

**UNIVERSIDADE DO MINHO**  
**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA**

A decorative graphic consisting of a vertical line on the left and a horizontal line on the right, intersecting at the center. The text is positioned within the central area formed by these lines.

**VARIÁVEIS FAMILIARES E SAÚDE EM CRIANÇAS**  
**DE PAIS DIVORCIADOS**

**Ana Paula Gonçalves de Moraes**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA**  
**NA ESPECIALIDADE DE PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**Braga, 2007**

**VARIÁVEIS FAMILIARES E SAÚDE EM CRIANÇAS  
DE PAIS DIVORCIADOS**

**Dissertação apresentada à Universidade  
do Minho, para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia, na Área de  
Especialização de Psicologia da Saúde,  
sob a orientação da Professora Doutora  
Maria da Graça Pereira**

**BRAGA - 2007**

**È autorizada a reprodução parcial desta tese, apenas para efeitos de investigação  
(mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete)**

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria da Graça Pereira, agradeço a oportunidade da sua orientação, as sugestões e a sua dedicação à discussão e revisão nas várias fases do processo de investigação e elaboração desta dissertação.

Aos professores do Mestrado em Psicologia da Saúde, pelas aprendizagens que me proporcionaram e, particularmente, à Coordenadora do Mestrado, Professora Doutora Teresa McInthre, pela sua disponibilidade.

À professora Doutora Isabel Malheiro do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar agradeço o apoio na revisão dos conceitos médicos.

Aos conselhos executivos das escolas onde este estudo foi realizado agradeço a disponibilidade e a colaboração.

O meu sincero agradecimento às crianças e pais divorciados que generosamente se prontificaram a colaborar. Sem eles este estudo não teria sido possível.

Um agradecimento muito especial aos meus amigos, pelo apoio e incentivo permanentes e em particular aos meus pais pela presença em todos os momentos do percurso longo e sinuoso deste trabalho.

## RESUMO

O divórcio é um importante factor de risco para problemas de ajustamento e saúde na criança.

O objectivo da presente investigação que se enquadra na perspectiva do modelo biopsicossocial é avaliar o ajustamento ao divórcio, problemas de comportamento, morbilidade psicológica, saúde física e psicossocial e a relação entre estas variáveis em crianças, na faixa etária dos 10 aos 12 anos, provenientes de famílias separadas/divorciadas há pelo menos um ano. O objectivo primordial é informar os pais que se encontram em processo de divórcio ou separação sobre a importância da prevenção primária infantil, em termos da redução de problemas comportamentais e promoção da saúde, i.e aumento da qualidade relacional pais – criança.

A amostra alvo desta investigação foi constituída por 168 participantes, 84 crianças, entre os 10 e os 12 anos e 84 progenitores separados/divorciados há pelo menos um ano. Os dados foram recolhidos usando medidas de auto relato dos pais que avaliam aspectos sócio demográficos, caracterização do nível sócio económico, ajustamento ao divórcio, comportamento da criança e saúde da criança e nas crianças, crenças sobre o divórcio, morbilidade psicológica e percepção do conflito parental.

Os resultados indicam que o divórcio por mutuo consentimento é um processo de divórcio protector da criança, o qual prevê a existência de condições protectoras e melhor resolução do divórcio comparativamente ao divórcio litigioso, que por ser um divórcio sanção exacerba o conflito interparental. Desta forma, as crianças de pais divorciados pelo litigioso apresentam mais problemas sociais e de externalização quando comparadas com as crianças de divórcio por mutuo consentimento. Ao nível da saúde, crenças e morbilidade não se observam diferenças significativas entre os dois grupos.

Do estudo desenvolvido pode-se concluir ainda que as crianças cujos pais se apresentam mais adaptados ao divórcio apresentam melhor comportamento e melhor saúde física, tendo o nível sócio económico dos pais sido controlado. Menor conflito e melhor funcionamento familiar relaciona-se com melhor saúde física e psicossocial da criança. É de salientar a existência de relação entre percepção de conflito e morbilidade psicológica. As crianças expostas a conflito intenso, não resolvido, maior ameaça percebida e maior triangulação apresentam níveis mais elevados de depressão. As crianças com maior percepção de ameaça percebida apresentam também níveis superiores de ansiedade. A

triangulação está associada a menor saúde psicossocial e pior comportamento. As crianças que apresentam menos problemas de comportamento (isolamento e problemas de atenção) e menor triangulação apresentam maior saúde psicossocial. Quanto maior a intensidade do conflito, pior resolução e maior triangulação maior a tendência para a criança culpabilizar o pai pelo divórcio. Relativamente á saúde, a exposição a conflito intenso e mal resolvido surge associado a funcionamento físico intenso, da criança.

Existem diferenças entre os grupos de crianças que experienciaram o divórcio em idade mais jovem (5-7 anos), a apresentar pior auto estima quando comparadas com as crianças de (8-11 anos) que apresentam maior isolamento.

Os resultados também mostram que o divórcio tem impacto na saúde física e psicossocial através do conflito. De facto o *conflito modera o impacto da saúde física na saúde psicossocial e da saúde psicossocial na saúde física, em ambientes familiares de elevado conflito.*

As análises exploratórias mostram a existência de relação entre a frequência de visitas do progenitor, não residente, à criança e menos problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, externalização e culpa paternal. A relação interparental negativa está associada a pior comportamento, maior internalização, externalização, culpa paternal e percepção mais negativa do conflito. Observa-se também uma relação positiva entre a necessidade dos pais terem acompanhamento psicológico e a necessidade de acompanhamento psicológico das crianças.

## **ABSTRACT**

Divorce is a very important risk factor for adjustment and health problems in children.

The goal of this study, based on the biopsychosocial model, is the assessment of divorce adjustment, behaviour problems, psychological morbidity, physical and psychosocial health and the relationship among these variables in children with ages between 10-12 years old, from families that are separated/divorced for at least a year. The results will also help to create intervention programs to prevent behaviour and health problems in children who have experienced divorce.

The sample included 168 participants, 84 children, between 10-12 years and 84 separated/ divorced parents. Data was collected using auto reported measures that assessed, in parents, socio demographics characteristics, economic status, divorce adjustment, child behaviour and child health. Children were assessed in terms of beliefs regarding divorce, psychological morbidity and parental conflict perception.

Results showed that divorce by mutual consent is a protector factor for children, since it includes the existence of protecting conditions and a better divorce resolution when compared with litigious divorce that exacerbates interparental conflict. As a result, children of divorced parents, who used litigious divorce, showed more social and externalization problems when compared with children of divorce by mutual consent. In terms of health, beliefs and morbidity, no significant differences were found between the two groups.

The results also showed that children whose parents are more adapted to divorce, have fewer behaviour problems and better physical health, when economic status was controlled. Low conflict and high family functioning were related to better physical and psychosocial health in the child. There was also a relationship between conflict perception and psychological morbidity. Children who had been exposed to intense non-resolved conflict, high perception of threat and more triangulation, had more depression. Children with high perception of threat, showed higher levels of anxiety. Triangulation was associated to lower psychosocial health and more behaviour problems in children.

Children with less behaviour problems (isolation and attention problems) and lower triangulation showed better psychosocial health. Higher conflict, worst conflict resolution and more triangulation were associated with the child's tendency to blame the father for the divorce.

In terms of health, exposure to high non-resolved conflict was associated to more energy, in terms of physical functioning, in the child.

Differences were found between children that experienced divorce at an earlier age (5-7 years old) to those who experienced it later (8-11 years old). Younger children showed less self-esteem and older ones more isolation.

Results also showed that divorce had an impact on physical and psychosocial health through conflict. In fact, conflict moderated the impact of physical health on psychosocial health and of psychosocial health on physical health in families with intense conflict.

Exploratory analysis showed a relationship between visits, by the non-resident parent, to the child and less social problems, cognitive problems, attention problems, externalization and father's blame. A negative interparental relationship was associated with more behaviour problems, internalization, externalization, father's blame and a more negative perception of conflict. We also found a positive relationship between parents' need to receive psychological help on one hand and children's need to receive psychological help on the other.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	11
CAPITULO I – O DIVÓRCIO NO CONTEXTO DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA SOCIO ECONÓMICA, CULTURAL, LEGISLATIVA E SOCIO DEMOGRAFICA .....	12
Perspectiva Histórica, Sócio Económica, Cultural e Legislativa do Divórcio .....	12
Enquadramento sócio demográfico do divórcio em Portugal .....	17
CAPITULO II - MODELOS TEÓRICOS DO PROCESSO DE DIVÓRCIO NOS PAIS.20	
Modelo de Bohannan .....	20
Modelo de Kessler .....	21
Modelo de Kaslow .....	22
Modelo de Kantor e Vickers.....	22
Modelo de Hacney e Bernard .....	23
Modelo Psicossocial.....	24
CAPITULO III - MODELOS TEÓRICOS DO PROCESSO DE DIVÓRCIO NA CRIANÇA..28	
Abordagens Teóricas do Desenvolvimento da criança .....	28
Teoria Sócio Cognitiva do Desenvolvimento.....	28
Teoria Psicossocial e Psicosexual do Desenvolvimento .....	29
Teoria do Processo Desenvolvimental de Divórcio .....	30
Abordagens Teóricas do Processo de Ajustamento da Criança ao Divórcio .....	31
Modelo de Hozman e Froiland .....	31
Modelo de Wallerstein .....	31
Modelo do Impacto do Divórcio .....	34
CAPITULO IV - MODELOS DE DIVÓRCIO E SAÚDE.....	36
Modelo biopsicossocial do conflito marital/dissolução e saúde física da criança .....	36
modelo das vias de vulnerabilidade fisiológica ao stress .....	51
modelo sóciopsicofisiológico do conflito marital e efeitos na criança .....	60
CAPITULO V - VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS AVALIADAS NO ESTUDO EMPIRICO.....	77
Estatuto Sócio Económico.....	77
Género .....	77
Idade .....	79
Conflito.....	81
Depressão/Ansiedade .....	84

Comportamento .....	85
Crenças .....	86
Saúde .....	87
<b>CAPITULO I - METODOLOGIA .....</b>	<b>91</b>
Objectivos gerais do estudo .....	91
Questões de investigação.....	91
Análise estatística das hipóteses .....	92
Materiais e métodos .....	93
Caracterização geral da amostra .....	93
Caracterização clínica e psicossocial da amostra .....	96
Variáveis estudadas.....	100
Métodos.....	100
Procedimento de colheita de dados.....	101
Instrumentos, estudos de fidelidade e validade .....	103
Descrição dos instrumentos aplicados aos pais .....	104
Descrição dos instrumentos aplicados às crianças.....	121
Análises exploratórias .....	132
Hipóteses de investigação.....	132
<b>CAPITULO II -RESULTADOS.....</b>	<b>137</b>
Resultados dos Testes de Hipóteses.....	137
Hipótese 1 .....	137
Hipótese 2.....	139
Hipótese 3.....	143
Hipótese 4.....	145
Hipótese 5.....	145
Resultados das análises exploratórias .....	148
<b>CAPITULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>154</b>
Caracterização da amostra.....	154
Resultados das hipóteses .....	157
Análises exploratórias .....	173
Limitações do estudo.....	180
<b>CAPITULO IV - CONCLUSÃO.....</b>	<b>182</b>
Implicações do estudo .....	189

## NOTA INTRODUTÓRIA

O conceito de família tem sofrido alterações nos últimos 30 anos. Tem-se assistido a uma transformação estrutural da família com um declínio significativo da proporção de famílias intactas associado a um aumento do número de famílias monoparentais e recasadas (Simons, 1996). Estima-se que cerca de 50 a 60% das crianças nascidas na década passada viverão, em determinada altura, no seio de famílias monoparentais na sequência da separação ou divórcio (Hetherington, Bridges, & Insabella, 1998). Estima-se que cerca de 20% das famílias intactas possam ser classificadas como “maritalmente em distress” sendo grande a probabilidade da sua dissolução (Cummings & El-Sheikh, 1991).

Cada tipo de família tem forças e fraquezas específicas e em geral as estruturas alternativas são meios igualmente viáveis para o desenvolvimento da criança e do adulto. No entanto alguns estudos mostram que as famílias monoparentais apresentam taxas mais elevadas de problemas emocionais (Stack, 1989; Tschann, Johnston, & Wallerstein, 1989) e de saúde física (Kisker & Goldman; 1987) comparativamente às famílias intactas e que essas diferenças tendem a persistir vários anos após a separação ou divórcio (Kitson, 1992). Os estudos com crianças sugerem que em termos epidemiológicos o divórcio parental é um importante factor de risco para problemas desenvolvimentais (Simons, 1996) e que a dissolução marital duplica a possibilidade das crianças desenvolverem problemas psicossociais (McLanahan & Sandefur, 1994).

A separação/divórcio constitui para as crianças uma situação de risco que pode ser evitada se for gerida de forma não disruptiva, salvaguardando os menores e protegendo-os da disfunção emocional dos pais. A necessidade sentida na actividade profissional, as elevadas taxas de divórcio, os efeitos no ajustamento e na saúde a longo prazo, o escasso número de estudos sobre o papel do stressor divórcio na saúde das crianças na faixa etária dos 10 aos 12 anos, pareceram-nos questões importantes a explorar e motivaram a realização deste estudo. Centramos os nossos esforços na compreensão das variáveis de risco e das variáveis moderadoras do risco psicopatológico e de saúde. O objectivo final será a compreensão da interacção entre as variáveis estudadas no sentido da criação de um modelo compreensivo que possibilite a elaboração de programas de intervenção centrados na modificação das variáveis que se mostrem pertinentes na promoção de melhor ajustamento e saúde.

## **CAPITULO I – O DIVÓRCIO NO CONTEXTO DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA SOCIO ECONÓMICA, CULTURAL, LEGISLATIVA E SOCIO DEMOGRAFICA**

### **Perspectiva Histórica, Sócio Económica, Cultural e Legislativa do Divórcio**

Para compreender a etiologia e as consequências do divórcio é necessário considerar a interacção entre factores pessoais e sociais.

Durante décadas o divórcio foi entendido como indicador de patologia nos indivíduos divorciados (Guttman, 1993). A crença prevalecente era a de que o divórcio era prejudicial aos indivíduos e à sociedade e uma ofensa a Deus (Popenoe, 1988). O problema residia na imoralidade dos envolvidos e a resposta apropriada era a censura e a punição. Posteriormente os cientistas sociais assumiram as doenças sociais como responsáveis pela ruptura familiar e socorreram-se da lei para resolver os “defeitos sociais” e para proteger as vítimas, através de barreiras legais contra o divórcio (Guttman, 1993).

A abordagem psicológica por sua vez considerava que a dissolução marital era o produto das dificuldades sentidas pelos indivíduos e por isso o divórcio tinha de ser erradicado através de meios psicoterapêuticos (Halem, 1989).

Recentemente a ideologia da família enfatiza a realização pessoal como a razão principal para a manutenção das relações familiares e o amor como a base do casamento (Theodorson, 1965). Contudo, as responsabilidades familiares, os estereótipos associados ao género, e a prescrição social face à vida familiar, dificulta a satisfação pessoal no meio familiar sendo o divórcio frequentemente a consequência (Yorburg, 1973).

Factores sociais e estruturais permanecem invisíveis para as pessoas que lidam diariamente com as consequências pessoais destes factores. Durante algum tempo o divórcio era um fenómeno raro, afectando apenas uma pequena proporção da população, sendo por isso explicado sobretudo em termos individuais. A linguagem de culpa e inocência, culpa e justificação era utilizada como grelha explicativa pelos indivíduos divorciados e o divórcio era percebido como um erro de escolha do parceiro (Guttman, 1993).

Só quando o divórcio se tornou frequente e visível e as suas consequências afectaram um número substancial de crianças e adultos, se começou a olhar para a ruptura marital como um fenómeno social a emergir num contexto social particular, afectando a estrutura da sociedade.

É importante a compreensão das transformações sociais que em interacção com fenómenos individuais, explicam o rápido crescimento registado nas taxas de divórcio nos últimos 30 anos.

Guttman (1993) salienta a relação entre industrialização e divórcio, constatando que este oscila de acordo com as alterações económicas e a urbanização. Comparativamente a uma sociedade mais rural ou pré industrial, a modernização reduz a interdependência dos membros do casal. O ingresso da mulher no mundo do trabalho, durante e após guerra, tornando possível a sua independência económica, o aparecimento de contraceptivos nos anos 60, permitindo a separação entre reprodução e sexualidade, garantindo o planeamento do ciclo de vida conjugal e familiar (Torres, 1996) e a promoção progressiva de valores “individualistas”, onde é dado o privilégio à procura da auto realização em vez do compromisso com a família e com a instituição casamento, são factores que estão na base do aumento da taxa de divórcio.

Segundo Huber e Spitze (1980), a probabilidade de divórcio aumenta quando o rendimento da mulher aumenta, sendo o divórcio superior entre os casais em que a mulher possui uma fonte independente de rendimento (Booth & White, 1980). Hiller e Philliber (1982) referem que o emprego da mulher aumenta a probabilidade de divórcio apenas quando esta trabalha num emprego não tradicional e principalmente se as suas aquisições profissionais são superiores às do marido.

No que concerne aos rendimentos, Guttman (1993) aponta para uma relação negativa entre níveis de rendimento e taxas de divórcio. Esta interacção é explicada pelo facto de os casais com rendimentos elevados terem mais a perder com o divórcio, do que aqueles que possuem baixos rendimentos.

No que se refere ao nível educacional, os estudos mostram que nas mulheres a relação entre divórcio e nível educacional mais elevado tende a ser positiva enquanto que nos homens, quanto maior o nível educacional menos provável é o divórcio (Kitson, Babri, & Roach, 1985). É de salientar contudo que a relação divórcio - nível educacional inversa nos homens e directa nas mulheres não é tão clara para as mulheres quanto para os homens (Guttman, 1993)

Relativamente à ocupação, considerada um bom preditor de divórcio, os estudos recentes mostraram, segundo Guttman (1993), uma relação ténue com as taxas de ocupação. Todavia são referidas taxas elevadas de divórcio entre os operários e trabalhadores de serviços e entre as mulheres de estatuto sócio laboral elevado que desempenham cargos de chefia e de administração. Porém quando estes dados são

cruzados com as variáveis rendimento e nível educacional as diferenças reduzem-se substancialmente.

No que concerne à distribuição geográfica, concluiu-se que é mais provável encontrar pessoas divorciadas em áreas urbanas do que em áreas rurais (Schwartz & Kaslow, 1997). Encontram-se duas explicações para este fenómeno, a maior percentagem de divórcios nas áreas urbanas, mas também, a tendência dos divorciados das zonas rurais migrarem para zonas urbanas.

É inegável o papel da religião e a sua influência nos aspectos ligados à família, tais como relações sexuais antes do casamento, a utilização de anticoncepcionais, o aborto, a dimensão da família e o próprio divórcio. As convicções religiosas parecem funcionar como um factor protector do divórcio. Segundo Pinto e Pereira (2005), alguns autores apontam para que um grande envolvimento religioso faça diminuir a taxa de divórcio. A participação em serviços religiosos que promovem e dão suporte à identidade do casal também surge relacionada com menores taxas de divórcio (Glenn & Weaver, 1977).

O divórcio é delimitado pela cultura e pelo tempo. O momento histórico e a cultura dominante interagem para que o divórcio conduza a diferentes eventos familiares e a diferentes efeitos nas crianças.

O estudo das sociedades tribais Hadza (sociedade caçadora-colectora na África Oriental) e os Índios Hopi (Sudoeste Americano) mostram que a dissolução marital não suscita as mesmas mudanças nas crianças de diferentes culturas, nem as mesmas mudanças em diferentes crianças dentro da mesma cultura (Emery 1999). No início dos anos 1950, a sociedade tribal Hadza apresentava taxas de divórcio cinco vezes superiores às dos Estados Unidos (Emery, 1999). Após o divórcio o pai transferia-se para outro clã dos Hadza onde passava a residir, deixando a criança com a mãe. As crianças Hadza de pais divorciados eram emocional e economicamente cuidadas por todos os membros do clã, população que se deslocava continuamente e se misturava com outros grupos (Bilge & Kaufman, 1983, cit. Emery 1999). Na cultura Hopi, as mulheres e os parentes masculinos e femininos são os primeiros responsáveis pelas crianças independentemente da integridade do casamento. Em caso de divórcio, as crianças permanecem sob o cuidado das suas mães. Os pais divorciados regressam à residência das suas mães podendo livremente visitar os filhos biológicos (Emery 1999). Nestas culturas, a separação e o divórcio não são percebidos como prejudiciais para a criança. O divórcio não suscita grandes mudanças ao nível das experiências de vida das crianças. Nenhum estigma está associado ao divórcio e a

dissolução marital tem um impacto mínimo nos recursos materiais da família e no suporte social (Emery 1999).

As alterações legislativas tiveram grande impacto no aumento da taxa de divórcio. Os últimos 30 anos foram marcados pela mudança de legislação no que diz respeito à conjugalidade, à família e ao divórcio em todos os países da Europa e nos EUA (Torres, 1996). Deixou de ser necessária a apresentação de uma falha conjugal grave e reiterada sendo suficiente a incompatibilidade conjugal para a separação.

Em Portugal, e até ao advento da primeira República, o casamento foi considerado uma instituição divina com carácter perpétuo enquanto que o casamento civil era uma instituição puramente humana. Com a instauração da República a 3 de Novembro de 1910 é publicado um decreto que estabelece que o casamento civil é o único vínculo válido de união conjugal, pelo que o registo civil ganha expressão social, fazendo desaparecer o carácter perpétuo do casamento (artigo 1056 do Código Civil de 1867). A nova lei distingue o matrimónio do casamento. O matrimónio, enquanto sacramento, é apenas válido perante a igreja, não tendo valor jurídico. No ano de 1911 é introduzida a obrigatoriedade do registo civil e a exigência prévia da cerimónia civil antes da consagração religiosa (Delgado 1996).

A assinatura da Concordata celebrada entre o Estado Português e o Vaticano a 7 de Maio de 1940, introduz um retrocesso importante na história do divórcio através do decreto lei n.º 30615 de 25 de Julho do mesmo ano, que veio abolir o divórcio no caso dos casamentos católicos celebrados a partir de 1 de Agosto de 1940, mantendo-o relativamente aos casamentos civis. Passou assim a estabelecer-se uma desigualdade entre os casados pela igreja e os casados pelo sistema civil. A concordata baseava-se na suposição de que elegendo o casamento católico, os nubentes renunciavam ao direito de requerer renúncia, que a lei civil obviamente aceitava. Este regime dualista adequa-se à natureza intrínseca do casamento civil tal como o Estado o concebe, e à do casamento religioso, nos termos em que a igreja o define, tendo sido mantido pelo Código Civil de 1996 (Delgado 1996)..

A revolução de Abril de 1974 conduziu a mudanças profundas de cariz socioeconómico, religioso e dos valores. Os valores alteraram-se. Cresce o individualismo e a competição assim como a gratificação imediata. O poder da igreja diminui. As barreiras legislativas do divórcio foram eliminadas. A 15 de Fevereiro de 1975 é alterada a Concordata de 1940 através do Decreto – Lei nº 261/75, de 27 de Maio que veio estabelecer que os efeitos do casamento, civil ou canónico, passariam a reger-se pela lei

civil. Após as reformas introduzidas pelos Decretos-Leis n.ºs 261/75, de 27 de Maio, 561/76, de 17 de Julho, 496/77, de 25 de Novembro e 163/95 de 13 de Julho, a lei portuguesa admite duas formas de divórcio: o divórcio litigioso e o divórcio por mútuo consentimento (Reis & Pessanha, 1990)

O divórcio litigioso é, como a própria expressão indica, um litígio, um processo de um cônjuge contra o outro, quando um dos membros do casal procura a ruptura, obtendo a condenação do outro, como responsável pela mesma. Pode ainda ser uma solução quando não há acordo sobre aspectos relacionados com a regulação do poder paternal (havendo filhos menores), o destino dos bens ou da casa de morada de família e quando os cônjuges estão separados de facto há mais de três anos. Pode ser requerido no Tribunal por um dos cônjuges contra o outro, com algum dos fundamentos previstos nos arts. 1779º e 1781º do Código Civil. A opção pelo divórcio litigioso só deve ser considerada quando entre os cônjuges não há entendimento para enveredarem pelo mútuo consentimento. Só tem legitimidade para intentar a acção de divórcio litigioso por violação culposa dos deveres conjugais, o cônjuge ofendido. A invocação e a prova da violação destes deveres pelo cônjuge ofendido tem consequências negativas no relacionamento dos elementos da família.

No entanto, o casal que esteja a divorciar-se litigiosamente poderá a qualquer momento pedir que o seu divórcio se transforme em divórcio por mútuo consentimento, reunidos que estejam os requisitos desta modalidade de divórcio.

O divórcio por mútuo consentimento foi introduzido no nosso direito pela legislação da 1ª República (art. 35º e segs. da “Lei do Divórcio” de 1910), mas o Código de Seabra de 1966 extinguiu esse instituto, mantendo somente a separação por mútuo consentimento e a possibilidade da sua conversão em divórcio. A separação judicial de pessoas e bens, ainda hoje prevista no art. 1794º e segs. do Código Civil, não pode ser considerada uma forma de divórcio porque somente cessam os deveres conjugais e não extingue o vínculo conjugal. O art. 2º do DL 261/75, veio dar uma nova redacção ao art. 1792º do Código Civil, permitindo aos cônjuges requerer o divórcio por mútuo consentimento, possibilidade essa que foi mantida na Reforma de 1977 (isto porque a 15 de Fevereiro de 1975 foi assinado o “Protocolo Adicional da Concordata de 1940 entre a Santa Sé e o Estado português, que modificou a redacção do art. XXIV dessa Concordata). O art. 1º do DL 261/75 revogou o art. 1790º do Código Civil, que não permitia a dissolução por divórcio dos casamentos católicos celebrados depois de 1 de Agosto de 1940.



Actualmente todos tipos de casamentos, católicos ou civis, e qualquer que tenha sido a data da sua celebração, podem ser dissolvidos por divórcio por mútuo consentimento (art. 1773º e segs. do Código Civil). Após a alteração legislativa de 1998, o divórcio por mútuo consentimento passou a ser possível ser decretado em qualquer altura.

A partir de 1 de Janeiro de 2002, as Conservatórias do Registo Civil passaram a ter competência para decretarem o divórcio por mútuo consentimento, modalidade que tem a particularidade de permitir que sejam os próprios cônjuges a tratar de todo o processo. Das duas modalidades de divórcio, esta é certamente a menos traumatizante já que resulta do acordo de ambos os cônjuges em se divorciarem, não havendo necessidade de fazer prova das razões que levaram ao divórcio.

### **Enquadramento sócio demográfico do divórcio em Portugal**

O divórcio tornou-se um fenómeno demográfico frequente na sociedade portuguesa. Uma análise retrospectiva do divórcio em Portugal, a partir das estatísticas demográficas publicadas pelo Instituto Nacional de Estatística, permite observar que no período entre 1975 e 1979, a média anual se situava nos 4 794 casos. No mesmo período, os divórcios litigiosos eram maioritários (48%), seguindo-se os divórcios por mútuo consentimento (44%), e por último mas ainda com alguma expressão, a conversão de separação em divórcio (8%). Nos anos 80, a média anual de divórcios aumenta para 7 947 casos, o que corresponde, face à média observada na segunda metade da década de 70, a um acréscimo proporcional de 65,8%. Na década de 80, os divórcios por mútuo consentimento, são já maioritários (67,8%), enquanto que os litigiosos e as conversões de separação em divórcio baixam, respectivamente para 31,5% e 0,7%. Entre 1990 e 1999, o número médio de divórcios anual é de 13 093 por ano, mantendo-se a tendência para o crescimento da modalidade por mútuo consentimento (77,3%), em detrimento da modalidade do divórcio litigioso (22,4%). Os processos de separação para divórcio são meramente pontuais (0,3%).

A análise do rácio casamentos/divórcios no período de 1995 a 2005 mostra que a percentagem de divórcios cresceu de 19% para 47%, e a um ritmo de crescimento superior ao dos casamentos verificados em igual período. Há um aumento significativo do número de divórcios até 2002, com tendência para estabilizar nos últimos anos. Em 2002, com um crescimento de 46,8% no número de divórcios face aos verificados em 2001, reforça-se a tendência para o aumento da frequência de divórcios na sociedade portuguesa. Os registos verificados em 2002 representam, não só o maior valor em termos absolutos como a maior

variação em termos anuais do número de divórcios ocorridos desde 1997. As alterações do quadro jurídico para o requerimento e tramitação processual do divórcio poderão ter contribuído para a maior amplitude deste acontecimento demográfico.

A forma predominante de celebração do casamento continua a ser a católica (61%). Os casamentos realizados apenas no Registo Civil representam já 40% do total de casamentos. Os dados estatísticos mostram ainda, que o casamento católico tem registado uma variação negativa no seu crescimento, sensivelmente idêntica à variação positiva no crescimento através da cerimónia civil. O número de divórcios de casamentos católicos representa 60% do total de divórcios enquanto o número de divórcios entre casamentos civis ronda os 40%. A análise permite ainda concluir que do total de divórcios, os provenientes de casamentos civis constituem dois quintos dos casamentos celebrados (40%), o que é indicador de uma menor taxa de divórcio entre os casamentos religiosos confirmando-se assim o efeito positivo da afiliação religiosa na preservação do casamento (Pinto & Pereira, 2005).

Em 2004 e 2005 continua a verificar-se um crescimento do número de divórcios por mútuo consentimento. Em 2005, os divórcios por mútuo consentimento são claramente predominantes (21380), representando 94% do total; inversamente aos divórcios litigiosos, com apenas 1453 ocorrências (6%).

A evolução dos divórcios, segundo a idade dos cônjuges, mostra que a susceptibilidade ao divórcio não atinge apenas os mais jovens. Os homens que, à data do divórcio, tinham menos de 30 anos cifravam-se (percentualmente), nos anos 2000 e 2005 em 16% e 14% respectivamente. No caso das mulheres, com a mesma idade, esta proporção situava-se em 24% (2000) e 21% (2005). Significa que, em ambos os sexos e proporcionalmente, há menos pessoas a divorciarem-se com menos de 30 anos. O grupo etário dos 30 aos 39 anos, continua a ser o de maior importância relativa, tanto nos homens (39%), como nas mulheres (39%), nos divórcios decretados em 2005. Por outro lado, relativamente aos grupos etários dos 40 aos 49 anos e dos 50 aos 59 anos, a tendência observada, de 2000 a 2005 foi para um ligeiro aumento dos divórcios, tanto nos homens como nas mulheres.

Tendo por referência a região de residência da família, observam-se acréscimos nos divórcios decretados em todas as regiões do país, entre os anos de 2000 e 2005, com excepção do Algarve (-19%), observando-se as maiores variações relativas no Norte (37%), Região Autónoma dos Açores (31%), Alentejo (29%) e Centro (24%).

A distribuição de frequências do número de divórcios segundo o grau escolar das mães é idêntica em 2002 e 2005, incidindo principalmente no ensino Básico e Secundário.

Numa perspectiva internacional, Portugal foi o país da Europa dos 15, com maior crescimento do número de divórcios entre 1995 (12322) e 2004 (23348) ou seja uma taxa de crescimento de 89,4%. No entanto, e não obstante esta taxa de crescimento, isto não significa que os portugueses se divorciem mais do que os restantes europeus. Segundo dados do organismo europeu de estatísticas (Eurostat), a taxa de divórcios no nosso país foi de 0,3% em 2003, enquanto na generalidade dos países do Norte da União essas taxas chegam aos 0,6% na maioria dos países. Em Portugal 2002 parece ter sido um ano de pico nas dissoluções de casamento com 27798 divórcios registados. Portugal é um país que saiu tardiamente de regimes ditatoriais e com forte influência da igreja, o que poderá explicar esta evolução na dissolução das uniões. No que toca a taxas totais, Portugal é dos países com menos divórcios. Excluindo o já referido ano de pico 2002 (0,4%), a taxa total de divórcios tem rondado, desde 2000, o valor de 0,3%. Outro dado comparável é a duração média do casamento na altura da dissolução. Em 2003, o tempo médio de duração do casamento entre casais portugueses, à data do divórcio era de 12,7 contra 14,1 anos em 1990. Neste parâmetro, Portugal regista valores idênticos aos dos restantes países europeus.

Os factores em análise influenciam a tendência para o divórcio a dois níveis distintos: a motivação e a oportunidade de divórcio: os factores sócio económicos e pessoais têm efeito em ambos os níveis, de forma diferente. É a interacção entre estes factores que determina as razões e as consequências do divórcio tanto a nível pessoal e social. Na prosperidade económica, a motivação para o divórcio pode ser baixa mas a oportunidade grande. Qual destes efeitos é mais poderoso depende do contexto social e económico em que o divórcio ocorre (Guttman, 1993).

## **CAPITULO II - MODELOS TEÓRICOS DO PROCESSO DE DIVÓRCIO NOS PAIS**

O divórcio é um processo experienciado pela família, com oportunidades e características exclusivas para o seu desenvolvimento, com impacto nas crianças. Os vários modelos explicativos do processo de divórcio distinguem-se no conteúdo e número de fases atribuídas ao processo, que se podem apresentar de forma não linear, com avanços e retrocessos.

### **Modelo de Bohannan**

Este modelo concebe o processo de divórcio como experiência pessoal traumática e um fenómeno social com uma magnitude crescente em seis processos paralelos, numa sequência variável e com intensidades diferentes (Bohannan, 1973):

**Divórcio Emocional** - caracteriza-se pela consciência crescente de sentimentos de insatisfação; focalização nos aspectos negativos da relação; diminuição do nível de confiança; redução do investimento emocional na relação, por um dos cônjuges. É o processo de desintegração do casamento.

**Divórcio Legal** - implica uma decisão que se torna pública. No divórcio litígios, a ideia de culpa está presente e é declarada.

**Divórcio Económico** - processo frequentemente conflituoso referindo-se à partilha de bens e à atribuição de pensões de alimento.

**Divórcio Co Parental** - embora os cônjuges se divorciem um do outro não o fazem da sua relação parental. A decisão sobre a custódia dos filhos tem implicações importantes no bem-estar destes.

**Divórcio Comunitário** - estão presentes ou ausentes as redes de apoio social familiar e o problema das lealdades e, como resultado, muitas vezes o problema da solidão.

**Divórcio Psicológico** – implica o trabalho pessoal sobre as questões ligadas á autonomia, diferenciação, reconstrução da identidade e auto-responsabilização.

Os estádios do modelo de Bohannan reflectem as fontes de maior dificuldade encontradas pelas pessoas que experienciam o divórcio, mas não abordam os aspectos emocionais inerentes ao processo de divórcio.

## **Modelo de Kessler**

O modelo de Kessler (1975) traduz o divórcio enquanto processo psicológico, identificando sete estádios, desde a consciencialização do desentendimento conjugal até à separação. É constituído pelos estádios emocionais:

**Desilusão** - marcado pelas dúvidas sobre a viabilidade da relação. Inicialmente a desilusão é inconsistente e desaparece da consciência, mas com o tempo a consciência e a focalização nos aspectos negativos da relação levam a pessoa a vacilar entre a idealização do companheiro e o desapontamento total, investindo nos aspectos negativos da relação, podendo suceder-se a *erosão*.

**Erosão** - a insatisfação torna-se permanente. Os membros do casal estão envolvidos um com o outro embora a comunicação assente em bases negativas. A recusa e a negação em aceitar que algo vai mal, são os sinais da desintegração relacional que insistem em não encarar por medo da solidão e dos problemas do divórcio. Observa-se uma centração maior no receber do que no dar, relação avaliada por uma escala muito sensitiva. A busca da satisfação emocional fora da relação, para preencher o vazio interior faz-se sentir de forma acentuada.

**Separação/Desvinculação** - traduz-se pela redução do investimento no casamento. As energias e investimentos são direccionados para o trabalho, ou para outra pessoa (filho, amante), mecanismo de triangulação que representa uma tentativa de reequilibrar uma frágil relação diádica. Os sinais do desapego psicológico são os silêncios, a comunicação truncada e o evitar de situações íntimas, observando-se uma orientação gradual do passado para o futuro

**Separação Física** - constitui-se como uma forma de formalizar o conflito. Para Kessler (1975), a separação física constitui o aspecto mais traumático de todo o processo emocional de divórcio. Os cônjuges confrontam-se com os seus sentimentos de solidão, ansiedade, confusão e com a necessidade de construir nova identidade. Segundo Kessler (1975), a parte que inicia o processo de separação estará mais desligada da relação e por isso melhor preparada para viver só.

**Luto** - apesar da tensão existente, o sentimento de perda está sempre presente e faz-se acompanhar por sentimentos de raiva, dor, tristeza, solidão e depressão. Os elementos do casal tentam libertar-se da presença psicológica do outro.

**Segunda Adolescência** - período que se caracteriza pelo sentimento de liberdade, exploração de interesses, necessidade de novas experiências, novos amigos e reavaliação dos antigos. Pode verificar-se a necessidade de validação externa da sexualidade que se

traduz na procura de diferentes relações sem investimento. Outros sentem falta da intimidade da família procurando o mais rápido possível a sua substituição.

**Readaptação** – A experiência foi integrada e observa-se a construção de uma nova identidade. O indivíduo aprendeu a lidar com o presente e o futuro, sentindo-se capaz de partilhar e manter relações íntimas e de investir numa nova relação.

### **Modelo de Kaslow**

O modelo de Kaslow (1981) valoriza os sentimentos e tarefas dos três estádios.

**Pré-divórcio** - a fase de deliberação caracteriza-se por sentimentos de desilusão, insatisfação, e a busca de ajuda ou negação da situação. Posteriormente surgem os sentimentos de angústia, ambivalência, choque, inadequação e subsequente diminuição da auto estima. Como resposta à situação, o casal pode separar-se física e emocionalmente, fazer de conta que está tudo bem ou ainda procurar recuperar o afecto.

**Divórcio** - podem observar-se os períodos de litígio, depressão, zanga, desespero, afastamento e o casal inicia o trabalho de luto. Posteriormente surgem os sentimentos de confusão, fúria, tristeza, solidão e alívio com decisões sobre aspectos económicos, custódia dos filhos e rede de suporte social e familiar.

**Pós divórcio** - começam a observar-se sentimentos de optimismo, reequilíbrio, resignação, excitação, curiosidade ou arrependimento. É neste período que cada membro do casal tem de finalizar o divórcio e reconstruir a sua estabilidade, sentir-se auto confiante, independente e autónomo, condições necessárias para terminar o divórcio psicológico e procurar novos investimentos.

### **Modelo de Kantor e Vickers**

De acordo com as perspectivas sistémicas, Kantor e Vickers (1983), as mudanças estruturais vão acontecendo progressivamente no seio de um desenvolvimento que se pressupõe normal, evolutivo ou transformador relacional. Neste sentido, as crises do sistema que dão origem ao divórcio não conseguem reatingir estabilidade e, na maioria dos casos, percorrem um curso regressivo que pode ser conceptualizado em estádios:

- o desequilíbrio cíclico torna-se dominante, aumentando de frequência e duração;
- surge um novo elemento que, pelo seu significado, desempenha um papel chave, tomando lugar no sistema e mantendo-o num certo descontrolo;

- o novo elemento mantém o sistema sob stress e ambas as partes alimentam o seu potencial mantendo um estado de desequilíbrio dinâmico;
- o sistema atinge um nível crítico de perturbação que embora varie quanto aos critérios internos, é geralmente elevado para um dos membros que apela a mecanismos de finalização (separação física, distanciamento);
- o outro em princípio corresponde a esse apelo; um ou ambos os membros defendem o elemento perturbador, ou simplesmente recusam isolá-lo, de forma a provocar alívio da dor e da pressão provocada pela perturbação do equilíbrio; os indivíduos pretendem formalizar o divórcio; a capacidade de reestruturação está consideravelmente diminuída e qualquer tipo de intervenção será ineficaz. O divórcio constitui-se como uma forma radical de transformação do sistema e, de certo modo, pode ser considerada como uma alternativa à negação da crise subjacente.

### **Modelo de Hackney e Bernard**

Hackney & Bernard (1990), propõem um modelo diádico referindo que embora ambos os cônjuges estejam a percorrer o mesmo caminho, estão frequentemente em pontos diferentes do processo. O modelo pressupõe quatro níveis de experiência que não seguem necessariamente uma ordem específica nem são irreversíveis, e que podem mesmo acontecer nos diferentes momentos de ajustamento ao divórcio, e o impacto de um deles pode retardar o processo por um curto ou longo período de tempo.

**Indecisão**- período marcado pela ponderação dos factores implicados, nomeadamente filhos, casa, mudança de vida, perda de uma relação. Esta indecisão presente antes do início do processo legal, prevalece muitas vezes para além deste período e mesmo após o terminus do divórcio especificamente em datas significativas.

**Emoção**- nível de experiência que explica o aspecto dramático que está associado ao divórcio com sentimentos de raiva, culpa, tristeza em relação ao passado e medo em relação ao futuro. A forma como cada um lida com as emoções tem repercussões no outro e no processo de divórcio.

**Realidade**- nível de experiência em que o indivíduo mostra ser capaz de se acomodar e fazer planos realistas. Este nível é relevante para alicerçar o ajustamento ao divórcio por implicar mudanças importantes ao nível funcional, individual e familiar.

**Renovação**- nível de experiência que implica a capacidade de ser autónomo e de ter terminado psiquicamente o processo de divórcio.

A complexidade do processo de divórcio caracteriza-se pela justaposição e reversibilidade dos níveis de experiência descritos, e pela possibilidade de cada membro do casal se situar em níveis diferentes. Se um dos elementos do casal se encontrar no nível emocional, lidará com dificuldade com as tarefas do realismo, interferindo com o outro elemento que eventualmente poderá ter passado ao nível da renovação.

### **Modelo Psicossocial**

O modelo psicossocial de Guttman (1993) é um dos modelos mais actuais para a explicação do fenómeno da separação e divórcio. Fundamenta-se na Teoria do Intercâmbio Social e nos princípios da Teoria da Dissonância Cognitiva.

A essência da Teoria do Intercâmbio Social é que a escolha se faz na base da maximização das recompensas e minimização dos custos, sendo possíveis dois níveis de comparações. Um refere-se aos resultados que o indivíduo deseja ou em que acredita. O outro nível refere-se às gratificações ou resultados que acredita conseguir numa relação alternativa. Com base nestes pressupostos teóricos, Levinger (1965) sugere que uma dada pessoa se mantém numa relação porque as atracções relativamente à relação existente são maiores do que as atracções relativas às relações alternativas e porque o nível de barreiras protectoras impedem a pessoa de sair dessa relação.

A Teoria da Dissonância Cognitiva de Festinger parte do pressuposto que o conhecimento e o significado que se lhe atribui se desenvolve num processo através do qual as pessoas tentam criar consistência interna entre as suas crenças e atitudes e os seus comportamentos. Neste contexto, a discrepância entre os comportamentos ou percepções e as atitudes ou crenças que lhe dão origem podem provocar insatisfação. Esta insatisfação tende a ser reduzida ou eliminada através do reajustamento e da congruência cognitivas.

O modelo psicossocial do divórcio assume que o processo se inicia com uma crise familiar que pode conduzir ao divórcio e que termina quando os sentimentos negativos relacionados com o insucesso do casamento e posterior divórcio, deixam de determinar a conduta do indivíduo de forma significativa, dando lugar ao crescimento pessoal. Este modelo define a crise de divórcio como um processo no qual pelo menos uma das partes se torna consciente de estar insatisfeita e começa a contemplar seriamente a possibilidade de divórcio. O modelo psicossocial contempla quatro fases:

**Tomada de Decisão** - o casal transporta para a relação diferentes experiências e histórias pessoais, a partir das quais forma as suas atitudes, crenças e expectativas sobre a vida e o casamento. Observam-se diferentes formas de entender aspectos da vida conjugal como a



diferença de papéis, as práticas e responsabilidades na criação dos filhos. Estas diferenças podem não ter o mesmo significado na qualidade e no desenvolvimento do casamento. Uma das tarefas mais importantes é lidar com as diferenças de ambos os elementos do casal e facilitar a cada um o seu crescimento pessoal no contexto do casamento. Se os elementos do casal são incapazes de trabalhar em conjunto para conseguir estratégias comuns e se pelo menos um dos elementos fica preocupado com as discrepâncias entre os custos e benefícios dentro e fora do casamento, o divórcio pode ganhar momentaneamente. A concordância entre uma decisão prévia e o desfecho final depende dos valores psicológicos e sociais, dos recursos que cada elemento percebe que tem, dos valores atribuídos por ambos à atracção psicológica e social e das barreiras psicológicas percebidas em resultado da avaliação dos custos/benefícios de estar divorciado ou casado.

Os recursos sociais e pessoais dos elementos do casal adquirem grande importância. Os recursos sociais incluem os amigos, parentes, e a família imediata. Os recursos pessoais definem-se em quatro atributos fundamentais: financeiro, educacional, que facilita a percepção realista das dificuldades e da capacidade de resolução de problemas, aspectos ligados à saúde pessoal, bem-estar físico, recursos psicológicos e características da personalidade (George 1980). A diferença entre o nível de recursos dos membros do casal é importante quando o casal decide sobre o divórcio (Wright, 1988). A percepção do valor dos recursos afecta o processo de consistência cognitiva. A decisão de se divorciar não depende só da percepção do nível de recursos de cada elemento mas também é resultado da análise das atracções, e barreiras associadas ao casamento e às suas alternativas. Ainda relacionadas com esta fase de divórcio consideram-se a redução das barreiras legais e económicas (Weitzman, 1985), a mudança na nossa cultura dos valores culturais e atitudes face ao casamento e ao divórcio (Rice & Rice, 1986) e o crescimento económico e independência, com conseqüente desenvolvimento pessoal. Durante a crise de divórcio pode emergir um conflito de atracção/repulsão. O conflito surge entre as atracções e as barreiras que reforçam o casamento, por um lado, e as atracções associadas ao divórcio, por outro. Para resolver a dissonância cognitiva, o indivíduo pode desvalorizar as forças em cada um dos lados da equação. As principais barreiras à decisão de divórcio são as questões económicas, especialmente para as mulheres, questões ligadas aos filhos, especialmente para os homens, e implicações referentes às crenças religiosas. Quando o casal toma a decisão de divórcio significa que um dos parceiros ultrapassou o ponto de não retorno e as atracções psicológicas associadas ao casamento são de seguida depreciadas.

**Separação** – Após a decisão de separação, o casal deve decidir quando o vai fazer. São poucos os casais que chegam a um acordo, em tempo certo para as partes, devido à deterioração da capacidade de negociação no processo de dissolução. Apesar de a separação física ocorrer a seguir à tomada de decisão, o tempo que decorre desde a decisão até à separação pode variar bastante (Melichar & Chiriboga, 1988). A separação pode ser o resultado de uma deliberação detalhadamente planeada, mas também pode ser uma resposta rápida e não premeditada. A celeridade da passagem pelas etapas do processo de divórcio é um factor importante no processo de ajustamento pessoal. Uma decisão longa e cuidadosa antes da separação está associada a menor trauma e depressão no pós divórcio (Weiss 1975).

**Fase de Transição** – é uma fase de stress emocional que envolve a transição legal, social, parental e económica. Após a renegociação dos problemas anteriores é necessário organizar a vida individualmente. A transição legal sofreu alterações profundas com a adopção do divórcio sem culpa ou o divórcio por mutuo consentimento (Martin 1997). Esta visão judicial coincide com a perspectiva psicológica de que ambas as partes contribuem para a desintegração da relação. No divórcio litigioso, centrado numa perspectiva de ganhos e perdas, o processo aumenta a escalada da batalha conjugal pelos recursos, acrescentando maior stress ao sistema já “sobreaquecido”. A transição legal reside não só no divórcio legal mas nas disputas que lhe estão subjacentes, e que estão relacionadas com os aspectos social e económico do divórcio. A transição económica está ligada às barreiras e atracções do divórcio. A importância do aspecto económico no ajustamento após divórcio levanta questões sobre os níveis de atractividade do casamento e divórcio. A transição social refere-se às alterações nas relações do casal divorciado com a família, amigos e com a comunidade. Após a separação, a natureza e qualidade das relações dos indivíduos separados altera-se. A transição social do divórcio inclui alterações no estilo de vida e nos papéis, e a criação e desenvolvimento de uma rede social satisfatória.

As situações podem variar muito de acordo com os valores culturais, sociais e a natureza da família e das relações que se estabelecem entre os seus membros. A família tem um papel determinante na comunicação da decisão de separação e no apoio posterior. O divórcio é frequentemente uma experiência nova e desconhecida para as famílias cujos membros não sabem como devem reagir, o que fazer e como actuar. As razões da separação também podem influenciar a aceitação por parte da família (Marcos 1986).

A transição parental emerge enquanto relacionamento dos ex cônjuges que continuam ligados à educação dos seus filhos como uma variável importante no ajustamento após

divórcio. Este novo foco de interesse tem em conta as alterações na conceptualização da família após o divórcio. Após a separação cada progenitor pode estabelecer uma relação independente com os filhos. Para que esta transição tenha sucesso, cada relação parental com os filhos, requer a continuidade da relação entre os progenitores. Para renegociar este complexo relacionamento com sucesso, os pais têm de renegociar e acordar o relacionamento entre eles, e o relacionamento de cada um com os filhos.

**Reajustamento e adaptação** – são quatro os níveis de ajustamento pessoal que caracterizam esta fase: o processo em que o divorciado estabelece novos e autónomos recursos sociais pessoais e recompensas; o processo no qual se atinge uma consistência interna entre os pensamentos, sentimentos e acções; o processo em que sente controlo acerca da sua vida na totalidade; o processo de auto afirmação e crescimento pessoal.

A mudança que o divórcio imprime no estilo de vida cria a necessidade de reanálise dos aspectos dos hábitos e identidade próprias. Reajustar e adaptar-se na perspectiva da teoria psicossocial significa que a pessoa divorciada desenvolveu as acções necessárias para adquirir um nível mais elevado de crescimento pessoal e de auto actualização. O reajustamento pressupõe a mobilização dos recursos, a percepção de que as gratificações do pós divórcio são maiores que os custos. O reajustamento parece estar directamente relacionado com o nível dos rendimentos. Quanto mais economicamente independente e maiores os rendimentos, melhor o ajustamento. O nível educacional contribui para o desempenho cognitivo que facilita a percepção realista das dificuldades e para a resolução de problemas.

Procurou-se descrever, de forma sucinta, os vários modelos teóricos do divórcio. Cada modelo enfatiza mais um ou outro aspecto da separação contudo todos salientam as crises como oportunidades de crescimento pessoal e, tal como refere Wiseman (1975), o divórcio é visto como uma oportunidade.

## **CAPITULO III - MODELOS TEÓRICOS DO PROCESSO DE DIVÓRCIO NA CRIANÇA**

O divórcio marca o início da transição para um novo estilo de vida familiar (Magrab, 1978). Requer que a criança lide com um novo meio familiar, uma nova rede de comunicação, visitas, apoio e a potencial intervenção de outras pessoas no sistema familiar. O nível de desenvolvimento psicossocial, psicosexual, emocional e cognitivo da criança tem um papel decisivo na sua resposta ao processo de divórcio parental, nos diferentes estádios. Apresentam-se as abordagens teóricas predominantes do desenvolvimento da criança e do ajustamento da criança ao divórcio.

### **Abordagens Teóricas do Desenvolvimento da Criança**

#### **Teoria Sócio Cognitiva do Desenvolvimento (Selman, 1980)**

A teoria sócio cognitiva explica as respostas da criança ao divórcio a partir do seu nível de raciocínio interpessoal. Segundo esta teoria, o desenvolvimento sócio cognitivo e as competências de raciocínio interpessoal desenvolvem-se em quatro estádios (Selman, 1980) :

**Estádio 0 (egocêntrico, pré Édipo)**- a criança não distingue o seu ponto de vista do do outro. No plano do raciocínio interpessoal confunde a subjectividade do eu com a do outro, mas identifica sentimentos subjectivos. Conceptualiza as relações interpessoais em termos dos aspectos físicos e compreende apenas um estado subjectivo num dado momento. Qualquer situação é definida, pela criança, como sinónimo da sua reacção pessoal à mesma.

**Estádio 1 (subjectivo, início do período de latência)**- a criança entende que os outros têm experiências subjectivas distintas da sua perspectiva. Não entende que é possível a coexistência de dois sentimentos opostos face a uma pessoa, mas está mais consciente dos seus próprios sentimentos. Não tem em conta a diferença de qualidade de cada relação. As consequências do comportamento nas relações interpessoais são entendidas em termos absolutos.

**Estádio 2 (auto reflexivo, latência tardia)** - a criança é capaz de reflectir sobre os seus próprios pensamentos e comportamentos do ponto de vista dos outros. No raciocínio interpessoal pode ainda não estar capaz de compreender como é possível integrar ou

expressar dois sentimentos opostos face à mesma pessoa, mas entende que estes sentimentos são possíveis.

**Estádio 3 (terceira pessoa, raciocínio adolescente)** – o adolescente pode adoptar um ponto de vista que considera ser simultaneamente a sua perspectiva, a de outra pessoa e a relação de uma com a outra. No raciocínio interpessoal tem a capacidade de conceptualizar as relações interpessoais como um produto das motivações mútuas, sentimentos e comportamentos.

Aplicando esta perspectiva aos efeitos do divórcio na criança pode-se relacionar o medo, regressão e auto culpabilização com a qualidade subjectiva e egocêntrica do seu raciocínio. Pelo facto de a criança no início do período de latência não entender o divórcio como distinto da relação marital e da relação pais-criança, a percepção das relações como absoluta pode ter como consequência a inibição e medos de abandono. O raciocínio interpessoal auto reflexivo das crianças no período de latência tardia resulta em postura de defesa e auto consciência social do divórcio. A capacidade dos adolescentes compreenderem os outros, independentemente dos contextos específicos das relações, pode permitir obter uma distância protectora e objectividade sobre o divórcio na família (Longfellow, 1979).

### **Teoria Psicossocial e Psicosexual do Desenvolvimento**

O desenvolvimento da criança progride em estádios discretos da infância à adolescência e ocorre em simultâneo com o estabelecimento da identificação sexual. Em cada estádio, a criança focaliza a energia física e psicológica na realização de tarefas desenvolvimentais distintas (Erickson, 1963).

**Período Pré Édipo** - a polaridade é **confiança** versus **desconfiança** e **autonomia** versus **vergonha e dúvida**. Neste período a criança identifica o seu género.

**Período do Édipo** – este período marca o atingir do sentido de **iniciativa** versus **culpa**. Esta polaridade é determinada pela tarefa de identificação de género. Durante este estádio, a criança percebe o pai do mesmo género como rival do afecto do progenitor do género oposto; o medo das consequências acompanha estas fantasias. A identificação de género será bem sucedida se o medo se transforma em desejo, produzindo identificação com o progenitor do mesmo género e protecção do self. O superego desenvolve-se com a internalização do medo.

**Período de Latência** – caracteriza-se por ser um esforço para o sentido de **indústria** versus **inferioridade**. A criança tenta imitar e identificar-se com os adultos significativos

de ambos os géneros. Os aspectos de masculinidade e feminilidade são integrados no comportamento da criança.

**Período da Adolescência** - as tarefas psicossociais e psicosexuais convergem na adolescência. A identidade envolve a integração do eu sexual, intelectual e moral em todos os aspectos do funcionamento social. É durante o período da adolescência que Erickson conceptualiza a polaridade entre **realização** versus **confusão de papéis**.

A integração das perspectivas psicossociais e psicosexuais dos efeitos do divórcio na criança permite-nos dizer que as perturbações na parentalidade precipitadas pelo divórcio podem impedir o desenvolvimento da confiança e autonomia na criança que se encontra no período pré Édipo (Westman, 1972). A ausência do pai no período de Édipo pode perturbar a identificação de género. Quando o divórcio ocorre no período de latência a integração de identidade de género e auto estima pela criança pode ser perturbada pelo envolvimento parental na própria crise, na altura em que a criança está activamente envolvida na identificação com ambos os pais. Do ponto de vista da perspectiva psicossocial e psicosexual, o divórcio tem menor impacto na adolescência.

### **Teoria do Processo Desenvolvimental de Divórcio**

Kressel e Deutsch (1977) definem o divórcio como um período desenvolvimental e identificam os seguintes estádios:

**Período de Predecisão** – caracteriza-se pelo aumento da insatisfação marital e tentativas de reconciliação. Não é claro o efeito no desenvolvimento da criança nem a sua duração. Neste período, as famílias oscilam num continuum entre mínimo e máximo conflito (Kelly, 1980). A qualidade da relação familiar no pré divórcio está relacionado com o ajustamento global da criança ao divórcio.

**Período de Decisão**- caracterizado pela tomada de decisão e por intensidade emocional.

**Período de Luto** - marcado por sentimentos intensos de culpa, de fracasso, baixa auto estima, solidão e depressão.

**Período de Reequilíbrio** –este estádio é atingido 18 meses após a separação na maioria das famílias (Wallerstein & Kelly, 1980). Contudo as autoras salientam que nem todas as famílias e crianças atingem este estádio.

## **Abordagens Teóricas do Processo de Ajustamento da Criança ao Divórcio**

### **Modelo de Hozman e Froiland**

Baseando-se no modelo de Kubler Ross (1969), Hozman e Froiland (1976), definem cinco estádios no processo de ajustamento da criança ao divórcio:

**Negação** - a criança necessita de resolver a tendência para perceber o mundo como ele é ou que ela quer que seja e aceitar a realidade dolorosa da separação dos pais;

**Raiva**- o alvo poder ser um ou ambos os pais ou alguém que tente substituir os pais;

**Negociação** – as crianças entram neste estádio quando a negação e a raiva não são produtivas. Imaginam que a melhoria do comportamento (ou outro tipo de manipulação) resulta em reconciliação. A criança tenta ultrapassar a perda negociando consigo própria;

**Depressão** - a criança atinge este estádio quando não consegue controlar a situação;

**Aceitação** - a criança aceita a realidade e descobre a possibilidade de re estabelecer uma relação satisfatória com ambos os pais.

### **Modelo de Wallerstein**

Wallerstein (1983) conceptualiza o ajustamento da criança ao divórcio em seis tarefas psicológicas. São tarefas de coping moldadas pela ameaça percebida à integridade psíquica e desenvolvimento que o processo de divórcio coloca à criança:

**Aceitar a Realidade da Ruptura Conjugal** - implica a aceitação da separação e a compreensão das mudanças familiares. As fantasias sobre o abandono parental e consequente saída de casa de um deles, constituem o maior obstáculo a uma aceitação do divórcio adequada à idade. Nesta tarefa, a criança lida com o medo de ser submersa pelos sentimentos de mágoa, hostilidade e abandono que bloqueiam o reconhecimento da ruptura familiar. Ao nível emocional e comportamental necessita de superar a tendência para negar, adiar e evitar os pensamentos associados à separação dos pais associada ao conforto derivado da fantasia. A fantasia pode anular os sentimentos de ineficácia da criança e capacitá-la para emendar o desentendimento e tentar reunir os pais. O reconhecimento da realidade da ruptura conjugal é uma tarefa separada da tarefa de reconhecimento da sua permanência. As crianças abordam o assunto da permanência com grande relutância e só após vários anos.

**Separar Conflito Parental e Reinvestimento** – esta tarefa marca o regresso às actividades habituais, com a capacidade de aprendizagem e interesses apropriados e prazer não danificado pela crise familiar. Para que isto aconteça, a criança necessita de se desmarcar

dos conflitos familiares, salvaguardando a sua identidade individual e removendo a crise familiar da posição dominante que ocupa na sua vida.

Segundo Wallerstein (1983), são muitos os jovens que no final do primeiro ano ou ano e meio após a separação se mostram capazes de reestabelecerem os seus níveis de aprendizagem e reinvestir nas suas actividades.

**Resolução da Perda** – é considerada a tarefa mais difícil imposta pelo divórcio. Implica lidar com a perda das rotinas familiares, dos símbolos, das tradições e da presença física e protectora de ambos os pais. Entre as perdas incluem-se por vezes a perda da morada de família, escola, vizinhança e de um leque diversificado de actividades. É exigido à criança que encontre uma forma de lidar com os constrangimentos, optimizando as potencialidades do pós divórcio. Nesta tarefa é central que a criança supere os sentimentos de rejeição e de impotência que a saída de um dos pais pode gerar. A voluntariedade do divórcio e a saída do pai pode exceder os esforços de coping da criança e aumentar o seu sofrimento, tornando esta perda mais difícil de assimilar do que a perda involuntária associada ao luto. Esta tarefa é facilmente resolvida quando a perda da relação com o pai (ou mãe) é parcial, e o pai não residente e a criança estão aptos a estabelecer e a manter uma relação de afecto no contexto de um padrão de visitas regulares, ou sob um plano de custódia conjunta favorável. A resolução desta tarefa pode durar alguns anos.

**Resolução da Hostilidade e da Culpa** - É importante assinalar a importância do contexto social na dissolução marital. O divórcio representa uma decisão voluntária. A criança está consciente de que o divórcio não é inevitável e que a causa imediata é a decisão de um ou de ambos os progenitores de não manter o casamento e vai elicitar diferentes respostas em função do motivo de ocorrência do divórcio. As crianças não acreditam no divórcio ausente de culpa, atribuindo-a aos pais ou a si próprio. O divórcio promove a hostilidade contra o progenitor que toma a decisão de se divorciar ou contra ambos os progenitores, por não restabelecerem a unidade familiar.

A hostilidade gerada no contexto do divórcio pode permanecer inalterada com a passagem do tempo (Wallerstein 1983). A hostilidade não só mantém os jovens afastados de um dos progenitores, como se relaciona significativamente com comportamentos de delinquência, dificuldades escolares e baixa realização na adolescência. A diminuição da hostilidade e a tarefa de perdoar surgem a par com a maturidade emocional e capacidade para reconhecer a divergência de interesses e de objectivos entre os membros da família. Com a diminuição da hostilidade a criança está apta a adquirir proximidade e alívio. Um aspecto significativo do perdão é a capacidade da criança para se perdoar a si própria por ter desejado que o



divórcio acontecesse ou ter falhado em reconstruir o casamento intacto. E certamente existe uma profunda conexão entre a capacidade da criança se perdoar a si própria e a capacidade de perdoar os pais. Além disso a proximidade de relação entre pais e crianças que Weiss (1979) descreve como emergindo fora desta crise pode ter as suas raízes, em parte no triunfo sobre a hostilidade.

**Aceitar a Permanência do Divórcio.** Intimamente relacionada com as tarefas antecedentes. Envolve a aceitação da partida do pai e a aceitação gradual da permanência e irreversibilidade do divórcio. A fantasia da reunificação da família é impressa com tenacidade. A presença viva e a disponibilidade dos pais dá continuidade à crença e ao desejo de reconstrução do casamento. Tendo em conta que ambos os pais estão vivos, que o recasamento é possível tal como o divórcio, a fantasia da reconstrução familiar instala-se no funcionamento da criança e só gradualmente esta se rende à realidade, o que talvez só aconteça quando a criança consolida a separação psicológica clara entre o self e os pais, durante os anos da adolescência. Os factores desenvolvimentais são relevantes na resolução desta tarefa. A criança mais jovem encontra maior dificuldade em abandonar o desejo da reconstrução familiar. Um factor igualmente importante é a extensão na qual ambos os pais continuam a tentar reconstituir o casamento. As fantasias adultas reforçam as fantasias da criança.

**Ter Expectativas Positivas relativamente às Relações Interpessoais** - a criança deve desenvolver uma visão realista sobre a sua capacidade para estabelecer e manter relações no futuro. Esta tarefa empresta a sua forma e stress adicional às tarefas desenvolvimentais da adolescência. Esta tarefa transporta e integra os esforços de coping dos primeiros anos, proporcionando uma oportunidade para a reconstrução do impacto da experiência de divórcio. A criança de pais divorciados deve aprender a dar-se a possibilidade de ter uma relação amorosa com a esperança realista de que esta se desenvolverá e resistirá.

Tendo presente que a resolução das tarefas de vida é sempre relativa e provavelmente nunca completa, esta última tarefa é construída sob a negociação bem sucedida das anteriores. A criança tem ainda de consolidar a separação da esfera parental e estabelecer uma direcção independente; dominar a depressão, a ansiedade, e os conflitos activados pelo divórcio que permaneceram residuais ao longo dos anos. É necessário resolver o luto inerente à perda da família intacta, a hostilidade intensa e culpa activados pela ruptura marital e alcançar a capacidade de perdoar. Terá de aceitar a permanência do divórcio parental e abandonar os desejos de reconstrução da família. Dentro do contexto das tarefas da adolescência, estas tarefas convergem para se reorganizarem. E é esta última tarefa, a

que Blos (1962) chama a segunda chance que a adolescência proporciona e que capacita a criança para atingir e reconstruir um sentido de integridade, salvando a visão realista do amor e das relações humanas duradouras a que o jovem, em desenvolvimento, pode aspirar na idade adulta.

### **Modelo do Impacto do Divórcio**

Kalter (1987) apresenta um modelo teórico do divórcio como processo, com duas componentes desenvolvimentais, uma intrínseca à criança e outra inerente ao desdobramento do processo desenvolvimental do divórcio. De acordo com o modelo o divórcio pode interferir com três tarefas desenvolvimentais:

**Capacidade para Modular a Agressão** – a criança defende-se da mágoa gerada pela partida de um dos progenitores com hostilidade e agressão. Os pais confrontam a criança com modelos de resolução do conflito menos adaptativos e as tentativas parentais para modelar o auto controle falham com frequência. A criança pode sub ou sobre controlar a hostilidade. Algumas crianças podem reagir com oposição e agressão. Inibição excessiva de agressão pode ocorrer em crianças que se sentem inadequadas ou não aceitas.

**Capacidade de Separação Emocional dos pais** - para a criança se tornar independente e se sentir segura em deixar a casa é necessário desenvolver um sentimento de aceitação psicológica e emocional no ambiente familiar. Os pais são frequentemente a ponte para a independência e autonomia. Nas famílias mono parentais, as crianças sentem-se, frequentemente, pouco seguras e confiantes relativamente à separação.

**Desenvolvimento da Identidade de Género** – por implicar a saída do pai, o divórcio significa com frequência a falta de um modelo de papel masculino positivo para a identificação de género dos rapazes. As raparigas podem sentir-se abandonadas e rejeitadas e ver o seu modelo de papel feminino, a mãe, rejeitado. O pai distante/ausente não assiste a rapariga na valorização da sua feminilidade, nem na aprendizagem de comportamentos femininos.

A asserção teórica de Kalter (1987) de que o divórcio dificulta a identificação positiva de género tem sido suportada por vários estudos. Hetherington (1972) refere que as adolescentes de famílias separadas exibem mais atitudes negativas e maior conflito com o pai e também maior actividade heterossexual, comparativamente a raparigas de famílias intactas ou cujos pais faleceram. Os estudos de “follow up” permitiram a Hetherington, Cox, e Cox (1977) verificar que filhas de famílias separadas casavam cedo, apresentavam elevada incidência de gravidez no momento do casamento, taxa de divórcio elevada,

comparativamente a filhas de viúvos e de famílias intactas. As raparigas de famílias divorciadas apresentavam também uma percepção mais negativa do seu pai e homens em geral. Kalter, Riemer, Brickman e Chen (1985) sugerem que o comportamento sexual precoce das raparigas de pais divorciados pode ser em parte o resultado da desvalorização do sentido de feminilidade. De acordo com os autores a menor auto estima pode ser causada pela ausência do pai e a falha na confirmação da feminilidade e valorização da rapariga. A depressão é comum na descendência de famílias divorciadas e o impacto do divórcio nas raparigas é mediado, a longo prazo, pela auto estima e falta de proximidade com o pai (Palosaari, Aro, e Laippala 1996). Quando as raparigas têm uma relação próxima com o pai não é evidente o risco de depressão, o que suporta a hipótese de Kalter (1987) de que o progenitor masculino assiste as raparigas na separação das mães.

A perda do pai como modelo de papel masculino para os rapazes e como facilitador do desenvolvimento da auto estima e conforto com a identidade sexual, nas raparigas parece ser problemática (King, 2001). A investigação sugere que a perda de contacto suficiente com o pai após divórcio tem impacto nos rapazes provavelmente durante o período de latência e os problemas serão sobretudo de natureza académica e comportamental. Nas raparigas, as áreas problemáticas estão sobretudo relacionadas com a auto estima, depressão e relações heterossexuais e emergem provavelmente no período da adolescência (King 2001).

## CAPITULO IV - MODELOS DE DIVÓRCIO E SAÚDE

A estrutura familiar pode constituir um factor de risco para problemas de ajustamento e de saúde nas crianças (Acock & Demo, 1994). Propomo-nos compreender a influência das variáveis de estrutura familiar (divórcio, parentalidade singular) na saúde física e emocional da criança através dos modelos de divórcio e saúde que se apresentam.

### MODELO BIOPSIKOSSOCIAL DO CONFLITO MARITAL/DISSOLUÇÃO E SAÚDE FÍSICA DA CRIANÇA

O modelo biopsicossocial propõe vias directas e indirectas que associam conflito marital e dissolução, com acentuação da morbilidade e mortalidade ao longo do ciclo de vida (Troxel & Matthews, 2004).

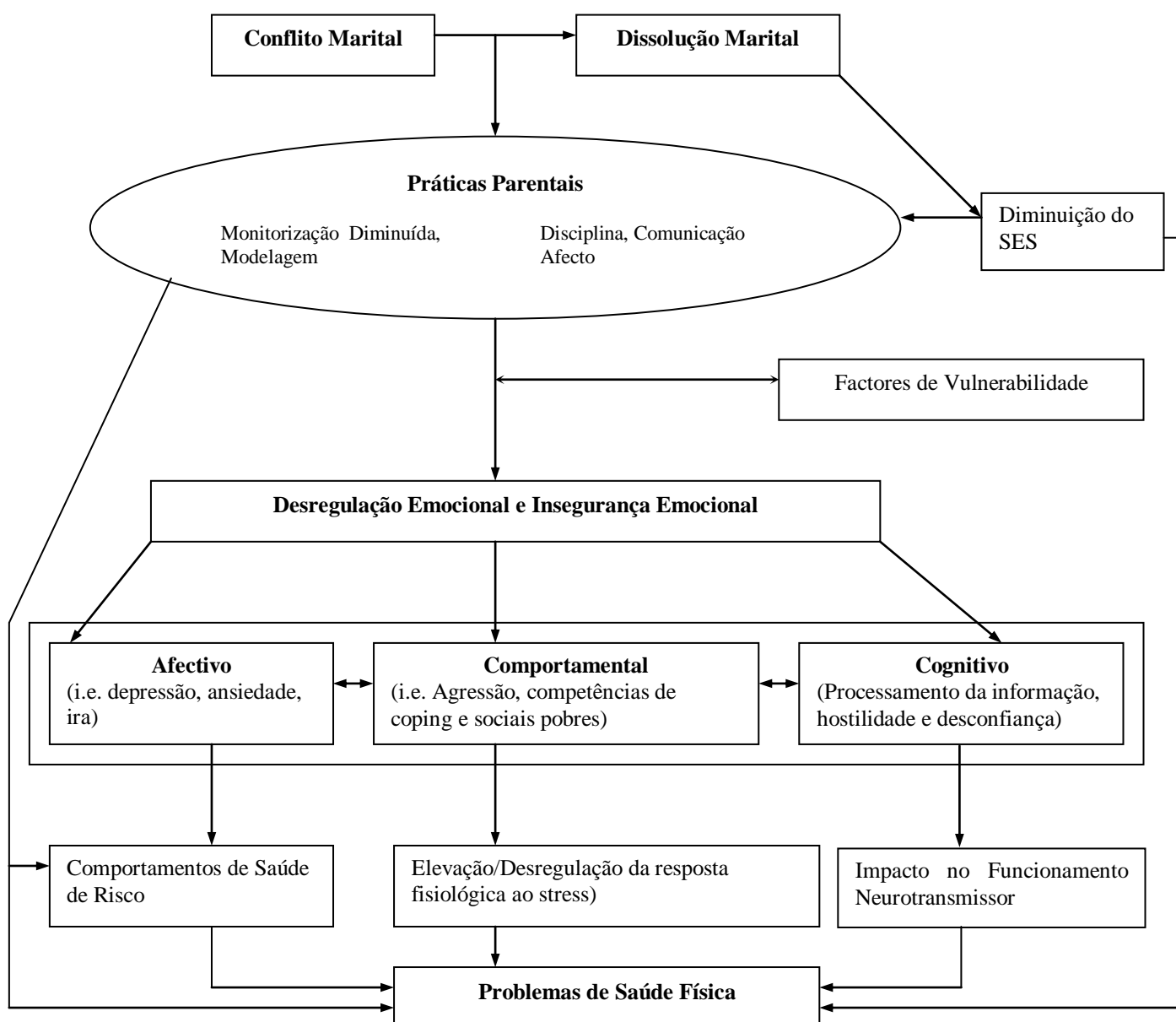


Fig. 1. Modelo Biopsicossocial do Conflito Marital/Dissolução e Saúde Física na Criança (Troxel & Matthews, 2004)

## 1. Práticas Parentais

O modelo biopsicossocial postula que os efeitos do conflito e divórcio na saúde física da criança, são transmitidos principalmente por via indirecta, através da alteração e deterioração da relação pais - criança (Troxel & Matthews, 2004).

O stress associado ao conflito marital e divórcio pode diminuir a disponibilidade física e emocional dos pais (Amato & Booth, 1996), conduzindo ao comprometimento das práticas parentais (diminuição da supervisão parental, aumento da restrição, diminuição da afeição e alteração dos padrões de comunicação pai – criança) (Buehler & Gerard, 2002).

A diminuição da supervisão parental, pode ter consequências directas na saúde devido à maior propensão das crianças para acidentes involuntários e comportamentos comprometedores de saúde (delinquência, abuso de álcool e drogas e promiscuidade sexual), (Troxel & Matthews, 2004). O divórcio é uma transição familiar que pode interferir com a parentalidade efectiva (Patterson & Forgatch, 1990). A maioria dos estudos, revistos por Amato (1993) mostra que o ajustamento psicológico dos pais ao divórcio é um preditor da disponibilidade física e emocional destes face à criança e do ajustamento da criança ao divórcio (Simons, Lin, Gordon, Conger, & Lorenz 1999). A qualidade da parentalidade do pai/mãe custodial é uma variável mediadora na associação entre divórcio e ajustamento da criança em rapazes e raparigas (Simons et al., 1999). É particularmente importante para o bem-estar da criança a capacidade do progenitor ser apoiante, comunicativo, atento às necessidades da criança, exercer controle consistente e disciplina positiva e monitorização próxima das actividades (Hetherington & Stanley Hagan, 1995).

O divórcio conduz também a alterações na interacção pais – criança, ao nível do afecto e da comunicação, as quais podem influenciar a saúde por via indirecta, ao conduzirem a deficits na capacidade de regulação da emoção, competência social, coping e competências de processamento de informação (Troxel & Matthews, 2004). Após o divórcio, é frequente observar-se erosão na interacção pais – filhos (Amato & Booth 1996). Previamente à ruptura, os pais divorciados mostram já menor envolvimento e maior conflito com os filhos, do que as famílias intactas (Block, Block e Gjerde 1988). Dimensões específicas do conflito interparental tais como severidade, intensidade, grau de ameaça das discussões para a criança, tipo de resolução, e conteúdo relacionado com a criança constituem factores de risco para as crianças de pais divorciados (Kerig, 1995). A criança de famílias em conflito além de estar exposta à hostilidade interparental, pode envolver-se na solução dos problemas parentais. A triangulação é uma disfunção da

relação marital (Minuchin, 1974) que pode assumir várias formas (Engfer, 1988; Kerig, 1995). A criança pode aliar-se a um progenitor contra o outro, pode ser usada como mediador nas disputas parentais, quem os pais deslocam o distress marital (Margolin, 1981; Kerig, 1995, 1996). Estas formas familiares rígidas impedem os pais de resolver as suas diferenças, aumentando a tensão familiar e comprometendo o ajustamento psicológico da criança. A triangulação pode contribuir para problemas emocionais e sintomas psicossomáticos nas crianças, as quais podem desempenhar o papel do paciente identificado com vista a manter a homeostase do sistema familiar (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Alguns estudos fornecem suporte para esta suposição, mostrando que a experiência de se triangulado, “apanhado no meio”, dos conflitos parentais está associado a distress e comportamento mal adaptativo da criança (Amato, 1986; Câmara & Resnick, 1989).

O divórcio é consequencial sobretudo para o pai, habitualmente sem exercício de poder paternal (Amato & Booth, 1991). A mudança de residência, a redução na disponibilidade física e psicológica e o aumento das responsabilidades financeiras entre outros stressores, conduzem à alteração do padrão de interacção com a criança (Troxel & Mathews, 2004), cuja quantidade e qualidade de contacto tem tendência a decrescer com o tempo (Furstenberg & Nord, 1985; Seltzer, 1991).

Além da menor disponibilidade física e emocional dos pais são propostas várias ligações para explicar a associação entre conflito marital e o comprometimento das práticas parentais. O conflito pode extravasar para a relação pais – criança contribuindo para que os pais se tornem mais agressivos e irritáveis com esta (Fincham, Grych, & Osborne, 1994), A criança por sua vez pode modelar os comportamentos agressivos e desenvolver estilos de atribuição hostis (Troxel & Mathews, 2004). Estes estilos de atribuição podem por sua vez aumentar o risco de efeitos adversos de saúde, através da maior reactividade fisiológica da criança a pistas sociais ambíguas e maior propensão para comportamentos de risco (abuso de substância e fumo) (Troxel & Mathews, 2004).

Por último o conflito marital pode influenciar indirectamente o risco de saúde da criança ao interferir na ligação afectiva pais-criança. A interferência na parte afectiva da relação e que pode ser expressa de várias formas. Exaustos pelo conflito, os pais sentem uma redução na sua capacidade para reconhecer e responder às necessidades emocionais da criança (Goldberg & Easterbrooks, 1984). A exaustão física e emocional provocada pelo conflito, pode predispor os pais a isolarem-se dos filhos, com quem passam a relacionar-se de forma menos afectiva (Davies & Cummings, 1994; Grych & Fincham, 1990). Sendo o

afecto e a sensibilidade determinantes no estabelecimento de vinculações emocionais seguras (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1991), o conflito marital pode conduzir ao estabelecimento de vinculações inseguras que influenciam o funcionamento interpessoal subsequente. Se a vinculação segura protege contra as emoções negativas que surgem em resposta ao conflito marital, a criança com vinculação insegura é mais vulnerável aos efeitos directos do conflito, através da activação emocional e fisiológica (Davies & Cummings, 1994).

## **2 Desregulação Emocional e Insegurança Emocional**

O modelo biopsicossocial propõe a regulação emocional como uma via entre dissolução/conflito marital e efeitos adversos na criança (Troxel & Mathews, 2004).

A emoção tem um papel mediador no funcionamento adaptativo individual. Os sistemas reguladores de emoção têm um papel crítico no desenvolvimento da auto avaliação e auto regulação, processos através dos quais a activação emocional é redireccionada, controlada e modulada, capacitando o indivíduo a funcionar de forma adaptativa em situações emocionalmente activadoras (Cicchetti, Ganiban & Barnett, 1991). A regulação emocional envolve relações multidireccionais entre características da criança (onde se incluem o temperamento e a reactividade), factores interpessoais (incluindo o clima emocional do meio cuidador) e outros processos socioculturais (Calkins 1994). No processo de regulação da emoção estão implicadas as dimensões cognitiva, afectiva, comportamental e fisiológica (Thompson, 1994). O cuidador providencia a regulação inicial e, durante o processo de desenvolvimento, transfere o controle para a criança (Koop, 1982).

Para Troxel e Mathews (2004), as competências de controle da activação emocional permitem à criança orientar as interacções sociais e manter o seu bem estar. Como tal, a criança vulnerável pela sua história familiar, idade, sexo ou factores sócio culturais, quando exposta a níveis elevados de conflito interparental, pode tornar-se sensibilizada aos stressores, em geral, por possuir competências de regulação emocional inadequadas (Calkins, 1994). Segundo Cummings, Iannotti, e Zahn-Waxler, (1985), a exposição prévia a níveis elevados de conflito, podem sensibilizar as respostas afectivas da criança a futuros conflitos. Além disso, o testemunhar de conflito hostil (expresso), agressivo ou mal resolvido pode impedir a criança de desenvolver competências de regulação da emoção progressivamente mais sofisticadas (Cummings & Davies, 2002). A incapacidade da criança para aceder a estratégias de regulação emocional adequadas, ao longo do desenvolvimento,

pode enfraquecer a sua capacidade para lidar com stressores subsequentes, criando-se um efeito cíclico de escalada, através do qual a desregulação afectiva se auto reforça (Emery, 1988). O perpetuar deste ciclo negativo de activação emocional pode conduzir a desregulações em vários sistemas biológicos e interferir com o funcionamento interpessoal (Troxel & Mathews, 2004).

O modelo biopsicossocial postula que as respostas afectivas da criança ao conflito marital não são só função directa do grau de hostilidade e conflito mas também depende do nível de segurança emocional da criança (Troxel & Mathews, 2004). Para Bowlby (1969), a segurança emocional é o prolongamento da qualidade da ligação afectiva entre os pais e a criança. O divórcio ao implicar uma possibilidade real, ou de ameaça de partida, de um dos pais, ameaça o sentido de segurança emocional da criança e a sua capacidade para regular a activação emocional. O modelo de segurança emocional de Davies e Cummings (1994) deriva em parte do significado que a criança atribui ao conflito marital para o bem estar da família. Através de representações internalizadas das relações parentais e processos de resposta a segurança emocional orienta as respostas imediatas e influencia o ajustamento ao longo do tempo (Troxel & Mathews, 2004).

Para a hipótese de segurança emocional, a exposição prévia ao conflito marital “destrutivo” (níveis elevados de ira, hostilidade aumentada, conflitos não resolvidos) resulta na sensibilização dos domínios reguladores que se pensa reflectir tentativas falhadas para manter a segurança emocional (Troxel & Mathews, 2004). Os domínios reguladores, afectivo (distress), comportamental (evitamento) e cognitivo (viés atribucional, e esquemas internos da qualidade da relação) podem ser perturbados quando a criança experiencia ameaças recorrentes à sua segurança emocional. A curto prazo, a sensibilização ao conflito pode representar uma resposta adaptativa da criança exposta a conflito recorrente. Mas a longo prazo pode conduzir ao desenvolvimento de traços (como a desconfiança dos outros) e de estilos afectivos e comportamentais que a colocam em risco para perturbações no funcionamento psicológico e interpessoal (Cummings, Davies, & Campbell, 2000).

As manifestações afectivas, comportamentais e cognitivas de desregulação emocional e insegurança podem gerar um conjunto de factores de risco, que conduzem ao aumento de problemas de saúde física através de vias psicossociais afectivas, comportamentais e cognitivas



### **3. Vias Afectivas**

A investigação estabelece uma associação positiva entre a exposição ao conflito marital/dissolução e os problemas de ajustamento da criança (Cummings & Davies, 1994; Grych & Fincham, 1990). Apesar dos problemas diminuírem ao longo do tempo, as crianças de famílias divorciadas exibem, em média, mais problemas de comportamento e são académica, social e psicologicamente menos bem ajustadas do que as crianças de famílias intactas (Amato & Keith, 1991).

A desregulação afectiva está associada ao risco de saúde física através da depressão, ansiedade e a expressão de hostilidade (Troxel & Mathews, 2004). A investigação suporta a associação entre depressão e ansiedade, doenças cardiovasculares morbidade e mortalidade (Kubzansky, Kawachi, Weiss, & Sparrow, 1998; Rozanski, & Blumenthal, Kaplan, 1999). Além disso, a depressão surge relacionada com todas as causas de mortalidade (Wuslin, Valliant, & Wells, 1999) e com a supressão do sistema imunitário (Herbert & Cohen, 1993). A investigação mostra ainda que as crianças provenientes de famílias em conflito exibem níveis elevados de hostilidade em resposta a conflitos simulados (Jenkins, 2000), emoção esta implicada na patogénese da doença da artéria coronária e hipertensão (Everson, George, Goldberg, Lakka, Silvenius & Salonen 1999). Alguns estudos mostram também que a criança exposta a conflito recorrente experiencia mudanças significativas nos sistemas de resposta fisiológica, incluindo alterações na frequência cardíaca (El Sheikh, Cummings, & Goetsch, 1989; El -Sheikh & Cummings, 1992), na pressão sanguínea sistólica (El-Sheikh et al., 1989) e condutância da pele (El-Sheikh & Cummings, 1992).

### **4 Vias Comportamentais**

O contexto familiar permite à criança aprender a relacionar-se, desenvolver expectativas, crenças, objectivos e estilos de interacção.

A criança exposta a hostilidade e agressão parental pode ver diminuído o seu limiar para exibir comportamentos idênticos (Emery, 1988). Adicionalmente, de uma forma inadvertida os pais podem aumentar a probabilidade da criança apresentar comportamentos agressivos no futuro, através do reforço negativo (Troxel & Mathews, 2004). Um exemplo desta situação é a criança que, em situações de conflito interparental, age por meio da agressão como forma de distrair os pais, resposta que pode ser reforçada pelos pais e generalizada, pela criança, a outras situações sociais. O conflito marital e dissolução

podem transcender o contexto familiar e influenciar adversamente o desenvolvimento de redes sociais, pela criança. O meio familiar com conflito pode contribuir para que as crianças desenvolvam deficits ao nível da competência social, maior propensão para agressão, exibição de afecto negativo, reduzindo desse modo os recursos interpessoais disponíveis, protectores do stress na infância e ao longo do ciclo de vida.

As teorias de controle (Gottfredson & Hirschi 1990) e da aprendizagem social (Elliot, Huizinga & Menard 1989; Patterson, 1982;) afirmam que a qualidade da parentalidade tem efeitos significativos no despoletar de problemas de conduta. As duas perspectivas teóricas defendem que a parentalidade inadequada (hostilidade, fraca monitorização, disciplina inconsistente) aumenta a probabilidade de comportamentos impulsivos, provocadores e de risco. Estes jovens consideram os actos delinquentes mais fascinantes do que os jovens que foram socializados a possuir crenças internas mais fortes. Além disso, os jovens mal socializados são atraídos por pares com as mesmas características rebeldes (Simons, 1996). Tal afiliação é particularmente provável que aconteça quando os pais exercem menor supervisão ou controle. O envolvimento com pares desviantes conduz a amplificação das tendências anti sociais adolescentes porque o grupo de pares desviante serve como meio de formação para o comportamento criminal e desviante. A investigação sugere que a diminuição dos comportamentos de parentalidade associada ao conflito marital (disciplina inconsistente, menor disponibilidade emocional, estilos parentais hostis) está associada a relações mais conflituosas e a rejeição de pares (Stocker & Youngblade, 1999). Parker e Asher (1987) referem que a rejeição social de pares na infância é um preditor da psicopatologia no adulto, incluindo depressão (Bagwell, Newcomb, & Bukowski, 1998) a qual pode indirectamente aumentar o risco de doença crónica (Troxel & Mathews, 2004).

Se os pais não assistirem a criança no desenvolvimento de competências de regulação emocional efectivas podem contribuir para que esta tenha maior propensão para se envolver em comportamentos comprometedores de saúde (Troxel & Mathews, 2004). Crianças com pouco suporte social, estratégias limitadas de modulação do stress e reactividade aumentada ao stress, podem adoptar comportamentos comprometedores da saúde como meio de aceitação social e de gerir a activação emocional negativa (Wills & Shiffman, 1985).

Há estilos parentais que estão associados a maior propensão das crianças para se envolverem em comportamentos comprometedores de saúde (Troxel & Mathews, 2004). A supervisão parental inadequada está associada a comportamento delinvente, desobediência, roubo, dano de propriedade, luta (Jacobson & Crockett, 2000), maior

consumo de álcool (Hawkins et al.,1997), prática de riscos sexuais (Metzler, Noell, Biglan, Ary, & Smolkowski, 1994) e problemas de comportamento (insucesso acadêmico, comportamento anti social) em crianças na faixa etária dos 5 aos 12 anos (Ary, Duncan, & Hops, 1999). Os estilos parentais apoiantes estão associados a menor consumo de álcool na adolescência (Jackson, Henriksen, & Dickinson, 1999) e menor utilização de drogas (Fletcher & Jefferies, 1999).

Os aspectos qualitativos do meio familiar nos quais se incluem o grau de conflito, envolvimento e supervisão parental parecem constituir um preditor mais robusto do abuso de substância comparativamente à estrutura familiar (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992). Por último, a modelagem parental do comportamento é um preditor significativo de comportamentos comprometedores de saúde (Troxel & Mathews, 2004).

Em síntese, estes resultados suportam a ideia que o conflito e dissolução no ambiente familiar podem moldar o desenvolvimento social da criança e o repertório de estratégias de coping, conduzindo a maior risco de saúde ao longo do ciclo de vida

## **5.Vias Cognitivas**

Uma criança exposta a conflito parental, com deficits ao nível das estratégias de regulação da emoção, pode desenvolver crenças estáveis sobre o controle das situações, o comportamento dos outros e as consequências prováveis dos comportamentos. A internalização destas crenças e experiências de vida pode levar a que as crianças, de famílias com conflito marital, desenvolvam esquemas cognitivos sobre a necessidade de vigilância permanente do mundo que a rodeia (Troxel & Mathews, 2004). Níveis de vigilância e de activação elevados podem ameaçar o desenvolvimento, na criança, de outras competências reguladoras necessárias à modulação da emoção e comportamento. Por seu lado, a atitude de vigilância pode contribuir para o desenvolvimento de esquemas interpessoais estáveis onde se incluem a desconfiança, hostilidade face aos outros e medos de abandono que enfraquecem a competência social (Troxel & Mathews, 2004). A criança exposta a agressão física, no ambiente familiar, vai provavelmente atribuir intenções hostis aos outros, prestar menor atenção a sinais sociais relevantes e gerar respostas comportamentais menos efectivas em cenários socialmente problemáticos comparativamente a outras crianças (Dodge & Crick, 1990).

O desenvolvimento de um estilo interpessoal hostil pode também em parte mediar a associação entre conflito marital recorrente e activação simpática crónica (Troxel & Mathews, 2004). Estilos hostis de atribuição, podem levar a maior frequência de

interacções sociais hostis, que por seu lado podem conduzir a activação simpática recorrente e exagerada e a aumento do risco cardiovascular (Flory, Mathews e Owens 1998).

Troxel e Mathews (2004), referem alguns estudos que sugerem que os estilos hostis de personalidade, em jovens, estão associados a aumento da pressão arterial sistólica e diastólica (Higginbotham, Baranowski., Puhl, & Greaves, 1991), níveis elevados de pressão sistólica em ambulatório (Benotsch, Christensen, & McKelvey, 1997), elevação da frequência cardíaca em ambulatório (Guyl & Contrada, 1998) e aumento da pressão arterial sistólica e diastólica em reactividade ao stress (Davies, Mathews, & McGrath, 2000).

A vigilância constante à ameaça do meio e a avaliação de intenções hostis podem ser vias mediadas cognitivamente, através das quais a exposição ao conflito e dissolução parental podem acelerar as trajectórias de risco de saúde na criança (Troxel & Mathews, 2004).

## **6. Vias Biológicas**

O testemunhar de conflito marital, intenso e frequente, constitui um stressor psicossocial crónico para a criança. A exposição repetida ao stress combinada com a incapacidade para modular a activação, pode conduzir a alterações fisiológicas, incluindo hiperactividade do sistema simpático adreno medular (SAM) e desregulação do eixo hipotalâmico adrenocortical pituitário (HPA) (Krantz & McCeney, 2002), ou alterações da função serotoninérgica (Manuck et al., 1998). Estas alterações fisiológicas podem aumentar o risco de doença crónica, em particular, hipertensão, doença cardiovascular, diabetes, doença infecciosa e alguns tipos de câncer (Troxel & Mathews, 2004).

O stress inerente a crescer numa família com conflito em interacção com vulnerabilidades genéticas pode levar a diferenças individuais estáveis na resposta ao stress, acentuando desse modo a susceptibilidade a doenças relacionadas com o stress (doenças infecciosas, certos tipos de câncer e doenças cardiovasculares) (Troxel & Mathews, 2004).

Apesar dos vários sistemas biológicos implicados na regulação fisiológica, circunscrevemos a nossa análise aos mecanismos fisiológicos inerentes ao contexto familiar e a consequências adversas de saúde: sistema simpático adreno medular (SAM); eixo hipotalâmico adrenocortical pituitário (HPA) e desregulações serotoninérgicas.

## **Sistema Simpático Adreno Medular (SAM)**

Estar exposto a conflito parental frequente e intenso pode induzir um estado acrescido de activação permanente do SAM, com efeitos patológicos no sistema cardiovascular (Krantz & Manuck, 1984) e pode comprometer o funcionamento imunológico (Cohen, Tyrrell, & Smith, 1997). Em rapazes na faixa etária dos 8 aos 10 anos verificou-se que as respostas cardiovasculares ao stress estavam associadas a maior massa ventricular esquerda, um factor de risco para a doença da artéria coronária (Allen, Mathews e Sherman 1997). As respostas fisiológicas ao stress crónico podem também afectar os níveis da pressão arterial em repouso e os factores de risco metabólico como elevação de lipidos no plasma e de glicose, conduzindo ao aumento do risco para doenças cardiovasculares e diabetes (Mattews et al., 2002).

A criança responde fisiologicamente às situações de conflito marital com elevação da pressão arterial (El Sheik, 1994) e reactividade da frequência cardíaca (Ballard, Cummings, & Larkin, 1993). As crianças expostas a conflito parental recorrente, respondem com maior activação do sistema simpático mesmo em contextos extra relação marital, quando expostas a interações hostis subseqüentes (Davies, Myers, Cummings e Heindel, 1999).

O género parece moderar a associação entre exposição ao conflito marital e respostas cardiovasculares a conflito simulado (El-Sheikh & Harger, 2001; El Sheikh, Harger & Whitson, 2001). El Sheikh (1994), por exemplo verificou numa amostra de rapazes e raparigas dos 4 aos 5 anos, que as raparigas de famílias com satisfação marital elevada apresentavam níveis baixos de reactividade a uma gravação áudio de conflito entre adultos, e que o conflito marital verbal intenso no contexto familiar estava associado a aumento da reactividade cardíaca. Nos rapazes a agressão física no ambiente familiar está associada a diminuição da reactividade cardíaca, mas maior expressão de agressão/hostilidade e distress facial. Dada a elevada relação entre violência conjugal e abuso na criança, principalmente nos rapazes a diminuição da reactividade nos rapazes de família com níveis elevados de conflito pode reflectir hipervigilância, talvez conseqüente à maior ameaça percebida (Knutson, Schartz, e Zaidi, 1991).

Alguns investigadores propõem a modulação vagal (um índice da activação do sistema nervoso parasimpático) como uma componente da regulação da emoção que pode moderar os efeitos do conflito marital no ajustamento e na saúde física da criança (Gottman & Katz, 1989).

Anatomicamente o *vagus* é o décimo nervo craniano e consiste em fibras motoras e sensoriais que operam de maneira bidirecional entre estruturas cerebrais e órgãos viscerais. O *vagus* exerce uma influência inibitória no coração actuando como um travão por forma a que o aumento do tónus vagal atrasa o início de contracções cardíacas subsequentes (diminui a frequência cardíaca) e a retirada vagal diminui a latência entre as contracções (a velocidade da frequência cardíaca) independentemente da actividade simpática (Porges, Doussard-Roosevelt, Portales, & Greenspan, 1996). O sistema vagal é um protector da saúde por permitir uma mudança rápida no output cardíaco face às exigências ambientais sem implicar sobrecarga potencial ou actividade simpática danosa (Doussard -Roosevelt & Porges, 1999). O tónus vagal elevado está associado a melhor saúde entre os recém nascidos (Porges, 1992), diminuição da doença física entre adultos (Porges, 1992) e melhor recuperação de procedimentos médicos invasivos (Donchin, Constantini, Szold, Byrne, & Porges, 1992). A menor variabilidade da frequência cardíaca (um índice da resposta vagal reduzida) está ligada a emoções negativas, incluindo ansiedade e hostilidade (Kawachi, Sparrow, Vokonas, & Weiss, 1994).

São vários os estudos que defendem que o tónus vagal elevado protege a criança das consequências da exposição ao conflito marital (El-Sheikh, Harger e Whitson 2001). Os estudos sobre reactividade cardiovascular em crianças expostas a conflito marital podem reflectir tanto alterações na activação simpática como a influência reguladora da activação parasimpática (Troxel & Mathews, 2004).

### **Eixo Hipotalâmico Pituitario Adrenocortical (HPA)**

O Eixo (HPA) regula funções somáticas, incluindo libertação de energia, respostas imunitárias, actividade cognitiva, crescimento e função reprodutiva pelo que a sua resposta coordenada desempenha um papel integral no sistema individual de respostas fisiológicas ao stress (Troxel & Mathews, 2004). A resposta do eixo HPA consiste na libertação hipotalâmica da hormona corticotrofina (CRH) que estimula a pituitária a segregar a hormona adrenocorticotrófica (ACTH), conduzindo a libertação adreno cortical de corticosteroides (Miller & O' Callaghan, 2002).

A regulação adequada do cortisol representa uma forma adaptativa do corpo responder ao stress, no curto prazo, pelo que a activação prolongada do Eixo HPA pode ter efeitos negativos, incluindo deficiências imunitárias, inibição do crescimento, atraso na maturidade sexual, danos ao nível do hipocampo, incapacidade cognitiva e problemas psicológicos como a depressão (Gunnar, 1998; Gunnar & Donzella, 2002). A elevação

crónica do cortisol pode enfraquecer o desenvolvimento de competências cognitivas e emocionais e elevar o risco de doenças relacionadas com o sistema imunitário (Troxel & Mathews, 2004).

Não há evidências directas que suportem a ligação entre variáveis maritais e respostas de cortisol na criança, mas várias pistas convergem para ideia de que o ambiente familiar pode moldar os padrões de reactividade do cortisol e ter impacto na idade adulta (Flinn & England, 1997). Estes autores referem ainda que o contexto familiar que se caracteriza por níveis reduzidos de interações positivas e elevadas interações negativas (disciplina excessiva; parentalidade pouco apoiante) permite prever níveis de cortisol fora do normal, aumento da frequência de doença e supressão da imunidade. Segundo Troxel e Mathews (2004), a segurança emocional inerente à relação pais – criança é um preditor da regulação de cortisol, subsequente na criança, e pode moderar a reactividade do eixo HPA em contextos ameaçadores (Gunnar, Gonzalez, Goodin, & Levine, 1981).

O ajustamento comportamental e as respostas de cortisol na criança são parcialmente mediados pelo contexto (Fisher et al., 2000). Os autores referem que a alteração nas práticas parentais subsequente a uma intervenção focada na disciplina consistente, reforço positivo, monitorização próxima e supervisão está associada a diminuição de problemas comportamentais e níveis baixos de cortisol basal nas crianças intervencionadas, comparativamente a crianças que não foram alvo de intervenção.

### **Funcionamento Serotoninérgico**

A desregulação do sistema serotoninérgico pode representar outra via, através da qual, o conflito marital e dissolução despoletam factores de risco que podem conduzir a problemas de saúde física (Troxel & Matthews, 2004).

A exposição a stress crónico na infância pode resultar em sensibilização crónica do sistema nervoso central incluindo alterações no funcionamento serotoninérgico e hiperreactividade do sistema HPA (Heim & Nemeroff, 2001; Mc Ewen, 2001), circuitos que desempenham um papel importante na regulação do stress e da emoção, e cuja desregulação pode contribuir para o aumento da vulnerabilidade ao stress e de problemas de saúde mental e física (Troxel & Mathews, 2004).

A função serotoninérgica do sistema nervoso central tem uma função reguladora, de redução da probabilidade de comportamentos como a agressão, expressos em resposta a pistas internas e externas (Berman & Coccaro, 1998; Spont, 1992). A investigação mostra que níveis baixos de serotonina estão associados a maior hostilidade (Manuck et al, 1998),

agressão (Berman, Tracy, & Coccaro, 1997) e abuso de substância (LeMarquand, Pihl, & Benkelfat, 1994).

Apesar da evidente emergência do papel dos factores ambientais na desregulação do funcionamento serotoninérgico, não existem até à data estudos sobre a associação entre aquela variável e conflito marital/dissolução, contudo parece existir relação entre cuidados iniciais inadequados, desregulação serotoninérgica e trajectórias desenvolvimentais associadas a aumento de risco de saúde (Troxel & Matthews, 2004).

## **7. Estatuto Sócio Económico**

O modelo biopsicossocial postula que o divórcio pode acelerar as trajectórias de risco de saúde da criança pela via do estatuto sócio económico do progenitor residente, da escassez de recursos, da maior exposição ao stress e do posterior comprometimento das práticas parentais (Troxel & Mathews, 2004).

Aproximadamente 90% das crianças, cujos pais se divorciaram, residem com um dos progenitores (Hetherington, 1991), estando assim expostas aos stressores associados ao processo de divórcio e aos stressores associados à parentalidade singular. O divórcio está associado a uma quebra de rendimento das mães que detêm a custódia. Bianchi e Colaboradores (1997) estudaram os efeitos económicos do divórcio e mostram que, após o divórcio, as mães, com custódia, têm uma diminuição de 25 a 50% no seu rendimento, contra os 10% experienciado pelos pais que detêm a guarda da criança. A acentuação da carga económica e psicossocial (excesso de trabalho, instabilidade no plano profissional) experienciada pelo pai/mãe que exerce a custódia pode comprometer as práticas parentais e limitar as oportunidades e recursos disponíveis associados ao desenvolvimento saudável da criança (Troxel & Mathews, 2004). As mães podem exibir diminuição de monitorização (Dawson, 1991), maior restrição, parentalidade inconsistente e negligente (Wallerstein & Kelly, 1980), menor estimulação e envolvimento (Demo & Cox, 2000).

As alterações na estrutura familiar podem restringir oportunidades ao nível do estatuto sócio económico, evidenciando-se a associação entre divórcio parental e menor nível de realização educacional dos filhos (McLanahan, 1999; Amato, 2001). O padrão de resultados escolares (repetição de graus académicos e notas baixas) indica que os problemas académicos residem sobretudo na motivação e que estão implicados factores económicos, aumento da mobilidade residencial e ausência de envolvimento parental (McLanahan & Sandefur, 1994) .



O nível sócio económico está relacionado com o aumento da incidência e prevalência de desordens crónicas e infecciosas e com a elevação das taxas de quase todas as causas de morbilidade e mortalidade, sendo por isso considerado um preditor psicossocial dos níveis de saúde (Adler et al 1994). Entre os indicadores de desenvolvimento da criança relacionados com o divórcio e a parentalidade singular, encontram-se a baixa realização académica, o aumento de níveis de depressão, ansiedade, agressão e de outros problemas emocionais e comportamentais (Hetherington, Cox e Cox, 1982).

O modelo de stress familiar postula que a influência do estatuto socioeconómico na socialização e comportamento da criança é mediado pelo bem-estar emocional dos pais e pelas relações sociais. A pressão económica aumenta o stress emocional dos pais, diminuindo a qualidade parental, contribuindo para a associação ente dissolução marital e baixa performance escolar.

## **8. Factores de Vulnerabilidade**

A psicopatologia desenvolvimental salienta a importância de factores de vulnerabilidade específicos que elevam o risco de outros factores psicossociais de risco (Hetherington & Stanley- Hagan, 1999, Rutter, 1987).

As consequências do conflito marital e dissolução nos vários grupos, não são idênticas e a evidência sobre eventuais moderadores é limitada e equivocada. Os estudos sobre a relação entre conflito, divórcio e saúde física em função do género não são conclusivos. Uns mostram efeitos em rapazes e não nas raparigas (Aro & Palosaari, 1992; Maier & Lachman, 2000) e outros exactamente o efeito oposto (Goede & Spruijt, 1996).

As diferenças no processo de avaliação podem mediar as diferenças de género no ajustamento (Cummings, Davies e Simpson 1994). A tendência das raparigas para assumirem a responsabilidade pelos problemas da relação parental e se auto culpabilizarem, coincide com a sua maior propensão para desenvolverem sintomas de internalização (afecto deprimido ou disforia) em reacção ao conflito marital (Cummings; Pellegrini, Notarius, & Cummings, 1989). Pelo contrário, nos rapazes a percepção de ameaça, que aumenta em função do grau de destrutividade do conflito marital está associada a maior externalização de sintomas (Cummings et al., 1994.)

O estágio de desenvolvimento da criança é um factor moderador do impacto do conflito marital e dissolução no risco de saúde (Troxel & Mathews, 2004). É provável que os processos subjacentes mediadores da relação entre factores maritais e saúde da criança difiram em função da idade da criança, e o tipo de consequências na saúde também podem

diferir mas a associação, em si própria, é evidente nos grupos etários. A associação entre conflito marital/divórcio e acidentes involuntários é particularmente evidente na faixa etária dos 7 anos de idade devido à diminuição de supervisão e monitorização pelos progenitores.

Certas características intrínsecas à criança podem torná-la mais ou menos vulnerável às consequências adversas do conflito marital e divórcio (Troxel & Mathews, 2004). As crianças de temperamento fácil, sociáveis e inteligentes têm maior probabilidade de evocar respostas positivas nos pais e adultos, maximizando desse modo os seus recursos interpessoais, que amortecem o stress associado ao divórcio e conflito (Hetherington, 1989; Werner, 1989). Por outro lado, os stressores associados à dissolução também podem potenciar problemas no funcionamento já problemático das crianças (Hetherington, 1989, 1991). Os padrões temperamentais da criança interagem com a parentalidade e permitem prever o ajustamento (Rutter, 1990). Crianças temperamentalmente fáceis mostram maior facilidade de adaptação à mudança, menor vulnerabilidade à adversidade (Rutter 1990), melhor coping com os stressores e melhor ajustamento (Hetherington 1989). Além de influenciar a qualidade dos cuidados recebidos as características temperamentais da criança influenciam também as respostas fisiológicas ao stress.

Apesar do modelo biopsicossocial enfatizar os factores de vulnerabilidade, muitas crianças são resilientes na adaptação ao divórcio e apenas uma minoria experiencia problemas significativos duradouros. Porém, o divórcio é um dos acontecimentos mais stressantes tanto nos pais como nas crianças (Davies & Cummings, 1994; Hetherington, Cox, & Cox, 1985).

Troxel e Mathews (2004) salientam as discontinuidades ao nível dos efeitos após a dissolução marital não subestimando a significância do evento em si próprio, mas sublinhando a importância da acumulação de factores de risco em cadeia (Rutter, 1991) que contribuem para as diversas trajectórias desenvolvimentais. Os autores salientam também os factores moderadores, género, idade, temperamento, factores sócio económicos e socioculturais que podem potenciar ou amortecer o risco associado ao conflito marital e dissolução (Troxel & Mathews, 2004).

## MODELO DAS VIAS DE VULNERABILIDADE FISIOLÓGICA AO STRESS

Este modelo considera que os cuidados iniciais estão associados ao desenvolvimento neurobiológico das respostas fisiológicas de stress, e identifica algumas especificidades familiares, que podem contribuir para aumentar o risco de respostas de stress não adaptativas. São propostas três vias, através das quais os cuidados iniciais inadequados podem conduzir à desregulação das respostas fisiológicas de stress.

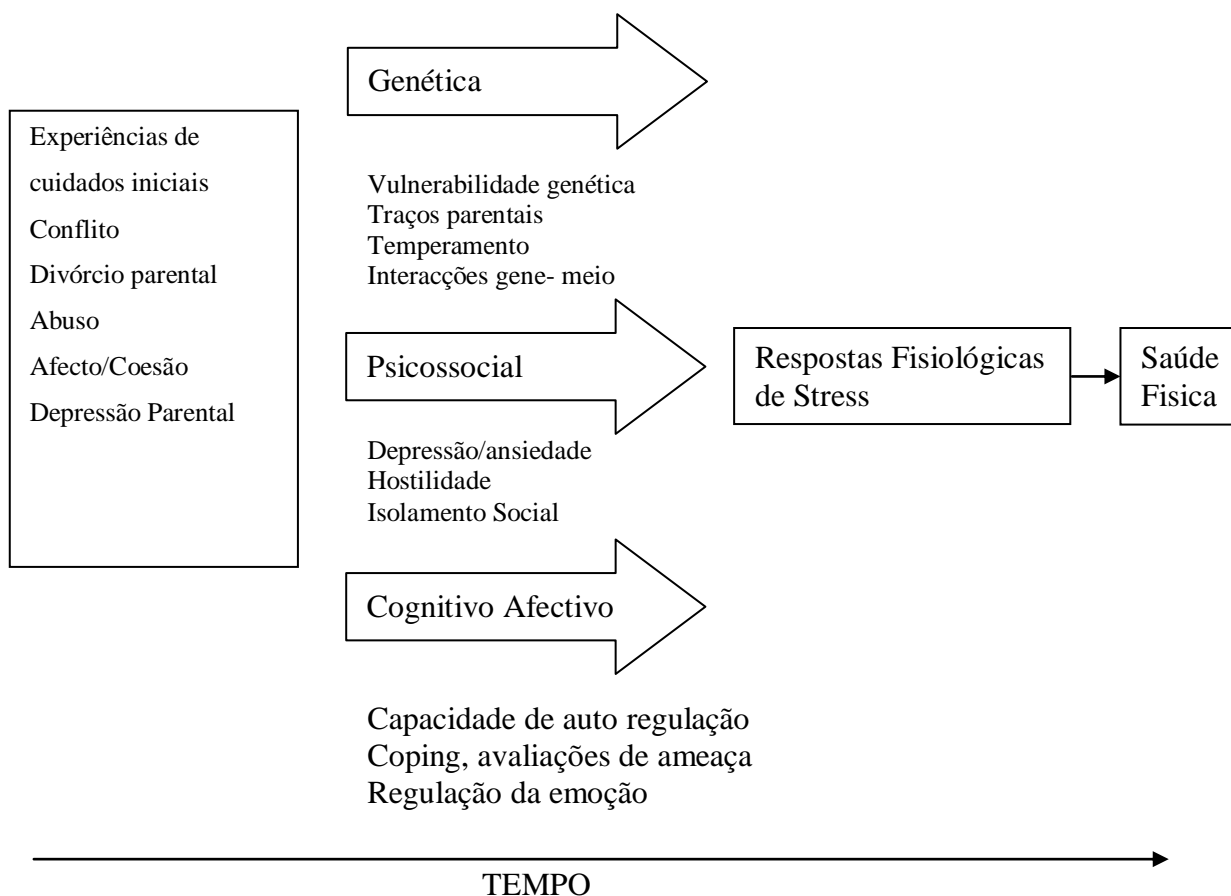


Fig. 2. Vias de vulnerabilidade fisiológica ao Stress (Luecken & Lemery, 2004)

### Cuidados Iniciais e Desenvolvimento de Respostas de Stress Fisiológico

Após o nascimento, o cérebro sofre mudanças desenvolvimentais rápidas (Luecken, Lemery, 2004). As funções comportamentais e neurohormonais estão sujeitas, durante a fase inicial de desenvolvimento, à influência do meio (Luecken, Lemery, 2004). O cuidador representa a maior influência, pelo que o comportamento parental pode ter efeitos directos e duradouros no desenvolvimento dos sistemas de resposta de stress neurobiológico das crianças (DeBellis, 2002; Meaney, Brake, & Gratton, 2002).

Os resultados obtidos em estudos com animais, sugerem que os cuidados iniciais têm impacto directo no desenvolvimento neurobiológico, afectando a longo prazo, os sistemas de resposta fisiológica de stress. Kuhn, Pauk, e Schanberg, (1990) demonstraram que a privação da influencia reguladora da mãe, tem impacto no desenvolvimento da fisiologia dos animais, produzindo mudanças nas respostas fisiológicas de stress a longo prazo (diminuição da secreção da hormona de crescimento e estimulação da corticosterona e da secreção de catecolaminas). Outros estudos mostram que a separação maternal provoca mudanças fisiológicas a longo prazo onde se incluem aumento, da frequência cardíaca (Reite, Kaemingk, & Boccia, 1989), do cortisol (Gunnar, Gonzalez, Goodlin, & Levine, 1981) e da reactividade do cortisol durante situações de stress (Bayart, Hayashi, Raull, Barchas, & Levine, 1990). Os cuidados adequados promovem o desenvolvimento de respostas fisiológicas de stress adaptadas, enquanto que, o comportamento parental irregular e distante está associado a hiper reactividade da noraepinefrina, reforçando a importância da relação criança- cuidador (Rosenblum & Andrews, 1994).

Embora menos conclusivos, os estudos com crianças, suportam estes resultados. Também nas crianças, os cuidados adequados promovem o desenvolvimento de respostas fisiológicas adaptáveis ao stress. O primeiro cuidador desempenha um papel critico na regulação das respostas de stress, por modular a activação fisiológica da criança na exploração do meio e acalmá-la emocionalmente quando activada (Streeck-Fisher & van der Kolk, 2000). As respostas de stress a separações parentais breves podem ser diminuídas se for proporcionado à criança um cuidador alternativo sensível e responsivo (Gunnar, Larson, Hertsgaard, Harris, & Brodersen, 1992)

### **Estruturas Familiares de Risco Elevado**

Níveis elevados de conflito familiar e parental estão associados a efeitos na saúde física (Katz & Gottman, 1997), crescimento lento (Montgomery, Bartley, & Wilkinson, 1997), aumento de sintomas somáticos (Luecken e Fabricius (2003) e maior utilização dos cuidados de saúde (Riley et al., 1993) em crianças e adolescentes de famílias intactas.

São também visíveis os efeitos fisiológicos associados ao conflito familiar. A investigação mostra que as crianças de famílias com conflito elevado exibem elevação das catecolaminas urinárias e da pressão arterial (Ballard, Cummings, & Larkin, 1993). Recentemente um estudo mostrou que as crianças de famílias com conflito exibiam reactividade cardiovascular face a discussões, efeito este moderado pelas avaliações de auto culpabilização e de ameaça percebida (El-Sheikh & Harger, 2001). Flinn e England

(1995) referem que as crianças de famílias com conflito mostram cortisol basal elevado e picos invulgares de cortisol em resposta a situações que envolvem punição, discussão e luta. As crianças de meios familiares em conflito exibem padrões de retirada parassimpática sugestivos de interações pouco adaptativas ao meio envolvente (Salomen, Matthews, & Allen, 2000).

Apesar dos estudos disponíveis não avaliarem as respostas fisiológicas, a longo prazo, em função do conflito familiar na infância e também não ser claro se os efeitos extravasam e perduram na idade adulta, alguma investigação sugere que o conflito severo está associado a risco aumentado de auto relato de doença física e distress mais tarde (Rahkonen, Lahelma, & Muuhka, 1997).

### **Divórcio Parental**

As crianças de pais divorciados podem experienciar múltiplas perturbações nos cuidados recebidos, elevando-se o risco de efeitos negativos na saúde física (Luecken & Lemery, 2004). Experienciam geralmente diminuição de contacto parental, (sobretudo com o progenitor que não detem o exercício do poder paternal) (Amato, 1993), da qualidade da relação pais-criança (Amato & Booth, 1996) e exposição ao conflito marital, no pré e pós divórcio (Amato, 1993).

Os dados disponíveis sobre os efeitos do divórcio na saúde física da criança, a longo prazo, são escassos e pouco consistentes. Alguns estudos relacionam o divórcio parental com diminuição da longevidade (Schwartz et al., 1995); aumento de sintomas somáticos (Aro, Hanninen & Paronen, 1989; Borkhuis & Patalano, 1997); saúde deficiente em mulheres jovens (de Goede & Spruijt, 1996); elevação significativa de problemas de doença crónica e aguda em adultos de meia idade (Maier & Lachman, 2000). Contudo, também existem estudos que mostram que os adultos que experienciaram divórcio parental na infância, apresentam sintomas somáticos equivalentes aos adultos de famílias intactas (hostilidade, queixas somáticas, e relatos de doença) (Luecken & Fabricius, 2003) .

Todavia, nas crianças de pais divorciados a negatividade percebida do divórcio (muito associada ao conflito parental) prediz sintomas somáticos, hostilidade e doença. O divórcio parece ser uma variável central para a perturbação dos cuidados iniciais recebidos, de tal forma que a experiência de divórcio em si não aumenta a vulnerabilidade da criança à doença física a longo prazo a menos que o divórcio seja experienciado como altamente negativo ou resulte na perda de contacto com um dos progenitores (Luecken & Lemery, 2004).

As elevadas taxas de divórcio, os efeitos na saúde a longo prazo e a vulnerabilidade permanecem questões importantes a explorar. A investigação existente sustenta a relação entre as características do meio familiar inicial e a vulnerabilidade fisiológica ao stress (Luecken & Lemery, 2004).

### **Depressão Parental**

A depressão parental aumenta o risco de cuidados parentais de menor qualidade tornando-se uma variável central para perturbação dos cuidados iniciais. A literatura tem evidenciado a depressão parental como factor de risco significativo para as desordens de internalização e externalização nas crianças e adolescentes (Goodman & Gotlib, 1999; Langrock, Compas, Keller, Merchant, & Copeland 2002). Os problemas emocionais e comportamentais das crianças podem estar associados ao aumento de comportamentos parentais negativos decorrentes da depressão parental (menos apoiantes e menos afectivos) (Gelfand & Teti, 1990; Lee & Gotlib, 1991). A investigação estabelece relação entre a depressão e a qualidade da parentalidade (Grossman, Eichler, & Winickoff, 1980; Orraschel, Weissman, & Kidd, 1980. A depressão caracteriza-se pela diminuição de interesse pelas actividades e situações previamente experienciadas como recompensadoras (Willner, 1985). Por consequência, a pessoa deprimida adopta uma abordagem desinteressada, irritável face às pessoas em geral incluindo as crianças (Willner, 1985). Estando a depressão associada a uma exploração negativamente orientada sobre o meio, o viés perceptivo tende a promover percepções pessimistas sobre as pessoas e acontecimentos (Beck, 1976). Como resultado, a pessoa deprimida sente-se insatisfeita com as relações sociais incluindo os seus filhos. Há estudos (Brody & Forehand, 1988; Christensen, Phillips, Glasgow, & Johnson, 1983) que defendem que as mães deprimidas têm maior tendência do que as não deprimidas a perceberem as suas crianças como difíceis. A insatisfação com a criança está relacionada com hostilidade parental, relutância e disciplina rígida (Brody & Forehand, 1988). Segundo Simons e Johnson (1996) muita da relação entre estrutura familiar e qualidade da parentalidade é mediada pelo nível de depressão. Apesar de terem sido identificados vários potenciais mediadores entre a depressão parental e o desenvolvimento e ajustamento da criança (transmissão genética, exposição a modelagem de cognições negativas), o principal é o stress associado a viver com pai/mãe deprimido(a) (Langrock, Compas, Merchant & Copeland, 2002), que se traduz no aumento de comportamentos parentais negativos e imprevisíveis (i.e irritabilidade, disciplina inconsistente) diminuição de comportamentos parentais de apoio

(i.e. menos caloroso, elogio, cuidado) isolamento parental (evitamento, ausência de reacção perante as necessidades das crianças) e intrusividade parental (irritabilidade e sobreenvolvimento na vida das crianças) e conflito marital aumentado (Gelfand & Teti, 1990). Provavelmente a depressão parental aumenta o risco de meios familiares disfuncionais passando a constituir um ambiente de stress crónico para as crianças (Langrock et al., 2002). O stress afecta a criança através da exposição ao comportamento depressivo, à comunicação, aos padrões de interacção pais-criança e ao aumento do conflito interparental (Cummings & Davies, 1994). Os autores chamam a atenção para o impacto negativo de depressão parental na segurança emocional da criança. As crianças de pais deprimidos estão expostas a comunicações emocionais que são especialmente ambíguas, inconstantes, duvidosas em relação ao significado e negativas podendo conduzir a insegurança emocional. A criança pelo seu temperamento também tem um papel nos processos familiares disfuncionais. Ge, Gonger, Lorenz, Shanahan e Elder (1995) referem que o distress psicológico dos pais e das crianças se relaciona reciprocamente ao longo do tempo, indicando que o distress emocional das crianças tem efeitos negativos nos pais e vice-versa.

Contudo pouco se conhece sobre a influência da depressão parental na saúde física da criança e nas respostas fisiológicas de stress, e menos ainda sobre os seus efeitos a longo prazo. No entanto, há estudos que referem a existência de cortisol elevado em crianças de mães deprimidas (Field et al., 1988, 1996) ou com níveis elevados de stress (Essex, Klein, Cho, & Kalin, 2002).

Os cuidados iniciais inadequados, decorrentes do divórcio parental e da depressão podem contribuir para a desregulação das respostas fisiológicas de stress, a longo prazo. São múltiplas as vias através das quais os cuidados iniciais podem influenciar a reactividade fisiológica, a longo prazo (genética, psicossocial e cognitivo – afectiva). Os cuidados iniciais podem interagir com a predisposição genética, aumentar o risco de características psicossociais não adaptativas ou resultar no comprometimento das capacidades auto reguladoras.

## **Vias para Desregulação das Respostas Fisiológicas de Stress**

### **1. Via Genética**

A genética e a sua interacção com o meio representam uma via plausível entre cuidados iniciais e respostas fisiológicas de stress, a longo prazo. A investigação mostra a existência de uma componente genética ao nível de:

**Funções Fisiológicas Relevantes na Resposta ao Stress-** a investigação aponta para a influência da hereditariedade nos níveis de cortisol. Bartels, De Geus, Sluyter, Kirschbaum e Boomsma, (2002) registam uma contribuição genética significativa nos níveis de cortisol basal de manhã e tarde.

**Desenvolvimento de Factores Psicossociais** - a investigação aponta para a influencia da hereditariedade na depressão e na hostilidade como factor que pode aumentar a vulnerabilidade ao stress, na idade adulta (Rice et al., 2002). Estima-se que da infância à adolescência, a hereditariedade para a depressão varie entre 30% a 80% e aumente com a idade. Embora pouco estudada, a influência da hereditariedade estimada para a hostilidade e comportamentos agressivos associados, varia entre 28% a 47% (dependendo da amostra e dos métodos de avaliação) (Coccaro, Bergeman , Kavoussi & Seroczynski, 1997). Em todos os estudos, a influência da hereditariedade na hostilidade e nos comportamentos tipo A é significativa mas moderada (Luecken & Lemery, 2004).

**Diferenças Individuais nos Cuidados Iniciais** - os estudos genéticos referem que a parentalidade é influenciada geneticamente através dos traços parentais. Os genes influenciam a personalidade parental e a inteligência que por sua vez vão influenciar os comportamentos parentais (Rende, Slomkowski, Stocker, Fulker, & Plomin, 1992). Os progenitores com QI elevado adoptam um estilo parental autoritário, que associa segurança a níveis óptimos de controle e a efeitos positivos na criança (Losoya, Callor, Rowe & Goldsmith, 1997). Outro meio de influência genética na parentalidade parece ser a criança, ou seja, os genes que influenciam as características da criança que, por sua vez, influenciam a parentalidade recebida. A criança desatenta e hiperactiva pode elicitar maior monitorização e controle dos seus pais. Crianças geneticamente parecidas entre si recebem cuidados parentais similares (Rowe, 1981, 1983)

**Características Temperamentais da Criança** – o temperamento da criança pode influenciar as respostas fisiológicas de stress e a qualidade dos cuidados recebidos (Luecken & Lemery, 2004). As crianças negativas e receosas são mais vulneráveis ao stress e demonstram reactividade fisiológica ao stress acentuado (Kagan, 2001). O temperamento que se caracteriza por negatividade elevada parece atrair menor afecto e



maior negatividade parental (Van den Boom 1989). As crianças temperamentalmente difíceis são afectadas de forma mais adversa pela dissolução familiar (Hetherington & Stanley – Hagan, 1995). Crianças temperamentalmente fáceis elicitam relações mais fortes com os adultos e demonstram resistência aumentada ao stress (Werner, 1993). A interacção meio - temperamento pode contribuir para amortecer ou aumentar a vulnerabilidade a consequências adversas (Bates, Pettit, Dodge, & Ridge, 1998). Crianças com temperamentos difíceis que recebem cuidados sensíveis e adequados mostram diminuição da vulnerabilidade ao stress (Gunnar, 1990). Crianças com temperamentos difíceis podem elicitar parentalidade severa que pode aumentar a vulnerabilidade a consequências negativas de saúde.

**Variações genéticas** – A investigação mostra que os cuidados iniciais podem despoletar a expressão genética e ter impacto nas respostas fisiológicas de stress (Fonagy, 2001). O meio inicial desempenha um papel crítico na expressão genética dos indivíduos com vulnerabilidades. Os estudos com animais mostram que os chimpanzés com alelo 5 HTT curto apresentam perturbação da função serotoninérgica, quando severamente afectados pela privação materna (Suomi, 2000).

## **2. Via Psicossocial**

A relação pais - criança de menor qualidade pode contribuir para o desenvolvimento de características psicológicas e sociais negativas (depressão, ansiedade e hostilidade e isolamento) e aumentar o risco de desenvolvimento de doença física. A perturbação da vinculação está associada a consequências de foro psicológico, baixa auto estima, ansiedade, redes de suporte social deficientes, aumento da agressão e hostilidade, sintomas depressivos e comprometimento da capacidade de coping (Sandler et al., 1992). Alguns estudos defendem que a hostilidade, em crianças, está associada a comportamentos parentais negativos (rejeição, afecto reduzido, conflito e controle estrito) (Woodall & Matthews, 1993).

A interacção positiva pais-criança revela-se protectora contra o desenvolvimento de depressão, enquanto que a rejeição, controle restrito, conflito e menor afecto estão associadas a depressão no adulto (Oliver & Paull, 1995). O conflito interparental, também pode ter impacto negativo no desenvolvimento de relações familiares e sociais protectoras (Kerig, Cowan, & Cowan, 1993).

A investigação suporta o papel das características psicossociais no aumento do risco de doença cardiovascular e outras doenças físicas. A hostilidade está associada ao aumento da

reactividade simpática ao stress que pode ser o mecanismo biológico através do qual a hostilidade aumenta o risco de doença coronária (Davis, Matthews, & McGrath, 2000). A depressão tem sido associada ao aumento de risco do desenvolvimento de doença coronária, aumento de mortalidade nos pacientes com doença coronária e aumento da reactividade simpática ao stress (Luecken & Lemery, 2004). Níveis elevados de ansiedade estão também associados ao aumento de risco de doença cardiovascular e outras doenças físicas através do aumento da activação simpática e reactividade (Suin, 2001).

Pelo contrário, as relações sociais de elevada qualidade e a vinculação segura estão implicadas na diminuição do risco de doença e podem alterar as respostas cardiovasculares ao stress (Christenfeld & Gerin, 2000).

### **3. Via Cognitiva – Afectiva**

As capacidades cognitivas e emocionais reguladoras estão associadas a vulnerabilidade à doença física, apesar do relativo conhecimento sobre o seu impacto nos processos fisiológicos (Luecken & Lemery, 2004). A auto regulação envolve, a regulação do input sensorial, o processamento de informação, as emoções, a activação fisiológica e o comportamento (Losoya, Eisenberg, & Fabes, 1998). A auto regulação efectiva está associada ao coping eficaz com stressores diários (Davies & Cummings, 1994), baixos níveis de agressão e hostilidade (Taylor, Repetti, & Seeman, 1997) e melhores comportamentos de saúde (Mc Cubbin, Needle, & Wilson, 1985).

A emergência de competências de coping e auto reguladoras adaptativas constituem uma tarefa central de desenvolvimento. A forma como os indivíduos constroem significado das situações influenciam as suas respostas comportamentais e fisiológicas. As crianças necessitam do seu cuidador para as assistir na regulação das emoções (Bornstein, 2002). O afecto parental restrito e o conflito familiar elevado, tem sido associado a deficiente regulação da emoção e estilos de coping mal adaptados ( Davies & Cummings, 1994).

O modelo cognitivo contextual de Grych e Fincham (1990), postula que o impacto do conflito familiar na criança é mediado pelas avaliações cognitivas e comportamentos de coping. A propensão para fazer avaliações negativas de situações ambíguas ou neutras, pode resultar em coping mal adaptativo e reactividade exagerada. Alguns autores propõem que a eficácia das respostas de coping pode moderar a reactividade fisiológica ao stress (Taylor et al., 1997) apesar de relativamente poucos estudos empíricos, referirem o papel do coping nas respostas fisiológicas de stress. Alguns autores defendem que as crianças que fazem avaliações negativas, em situações sociais ambíguas, apresentam maior

propensão para a agressão e aumento de reactividade cardiovascular (Chen & Matthews, 2001). Os autores referem que as crianças que cresceram em meios imprevisíveis e stressantes apresentam maior propensão para ver o mundo como ameaçador, conduzindo a hipervigilância e percepção de ameaça em situações ambíguas. Este processo pode conduzir a aumento da reactividade fisiológica e risco elevado de doença relacionada com o stress (Luecken & Lemery, 2004).

Pouco se sabe sobre o impacto das experiências familiares iniciais na capacidade de auto regulação a longo prazo. A criança exposta a conflito marital crónico tem maior probabilidade de responder com emoção negativa aumentada em situações posteriores de conflito (Cummings, Davies, Simpson, 1994). Alguns autores defendem que um meio familiar stressante pode conduzir ao comprometimento das capacidades auto reguladoras, que por seu lado podem conduzir a hiper reactividade fisiológica e vulnerabilidade da saúde psicológica e física, ao longo do ciclo de vida (Repetti, Taylor, Seeman, 2002).

Em síntese, os cuidados iniciais têm impacto ao nível psicológico, neurobiológico e fisiológico e, a longo prazo, na saúde física (Luecken & Lemery, 2004). São diversos os estudos que mostram a existência de relação entre parentalidade inadequada e efeitos cognitivos, afectivos, comportamentais e fisiológicos. As alterações nas respostas fisiológicas de stress parecem representar uma via através da qual os cuidados iniciais têm efeitos na saúde a longo prazo. Os cuidados iniciais podem afectar as respostas fisiológicas de stress através de múltiplas vias. Nestas vias incluem-se a interacção gene-meio, mais especificamente a possibilidade dos cuidados iniciais recebidos influenciarem a expressão de genes que tornam a criança mais ou menos vulnerável ao stress. A via psicossocial sugere que a parentalidade contribui para o desenvolvimento de características psicossociais que podem alterar a vulnerabilidade ao stress. Por último, a via cognitiva afectiva sugere que as experiências parentais influenciam as respostas cognitivas e emocionais, ao stress, que por sua vez influenciam as respostas fisiológicas.

A investigação sugere que a intervenção precoce com crianças vulneráveis pode ter efeitos benéficos nas respostas fisiológicas de stress e, ultimamente, na saúde física através do ciclo de vida (Luecken & Lemery, 2004).

# MODELO SÓCIOPSICOFISIOLÓGICO DO CONFLITO MARITAL E EFEITOS NA CRIANÇA

## 1. Introdução

O modelo de Katz e Gottman, (1991) é uma tentativa de avaliar como o conflito marital afecta as relações sociais com os pares e a saúde física, aspectos do ajustamento que são adversamente afectados por relações familiares de má qualidade.

O principal constructo teórico do modelo é a regulação da emoção, que se caracteriza por: (1) inibição do comportamento inapropriado associado ao afecto positivo ou negativo, abrandamento da activação fisiológica, focalização da atenção, auto organização para a acção coordenada ao serviço de um objectivo externo (Katz & Gottman, 1991).

A família é o principal contexto para a emergência da modulação da expressão emocional pela via da interacção (Denham, 1998; Parke & McDowell, 1998). Os anos pré escolares revelam-se o período mais importante para o desenvolvimento do controle emocional e da regulação (Maccoby, 1980). É neste período que a criança desenvolve a capacidade de auto organização em função de objectivos externos e a coordenação do seu comportamento com o dos outros (Koop, 1982).

Katz e Gottman (1991) consideram os mecanismos biológicos como medidas de processos que ligam factores psicossociais (ex: insatisfação marital) a efeitos comportamentais (relações deficientes com os pares), propondo-se compreender a ligação entre distress marital e efeitos na criança. No seu estudo utilizam o modelo de Henry e Stephens (1977) segundo o qual estados emocionais específicos (ira, hostilidade) estão relacionados com os sistemas de stress endócrino adrenal (simpático adreno medular e pituitário adrenocortical). O sistema simpático adreno medular é activado pelas respostas afectivas de raiva e hostilidade. Este sistema é responsável pela secreção de catecolaminas (norepinefrina, epinefrina e dopamina), que no funcionamento normal aceleram o metabolismo basal e o dispêndio de energia corporal. O segundo sistema, adrenocortical pituitário, é activado durante o stress crónico e está relacionado com os sintomas de internalização (inibição comportamental, depressão, medo e desamparo) (Henry & Stephens, 1997; Stansbury & Gunnar, 1994), perturbação do funcionamento imunológico e efeitos adversos de saúde (Selye, 1978). Este sistema é responsável pela segregação do cortisol glucocorticóide, que está relacionado com o metabolismo da glicose e a manutenção de processos metabólicos durante o funcionamento normal. A tensão marital

crónica despoleta tristeza, desamparo ou raiva na criança, e pode ser acompanhada da activação de um ou ambos os sistemas de stress endócrino (Katz & Gottman, 1991).

## **2. MODELO TEÓRICO**

### **2.1. Objectivo do modelo**

O modelo exploratório e preliminar de Katz e Gottman (1991) é uma tentativa de descrição dos processos através dos quais o conflito marital afecta as relações sociais da criança com os pares e a saúde física.

### **2.2. Constructos principais**

O modelo liga sete constructos principais: Satisfação marital; Actividade fisiológica parental; Estilo parental; Actividade fisiológica da criança; Expressão e regulação emocional da criança; Interação criança - pares e saúde física da criança.

### **2.3. Postulados**

O modelo é exploratório e postula que os casais em distress marital exibem um estilo particular de parentalidade que conduz o sistema nervoso autónomo da criança a um estado de activação fisiológica. Os autores prevêem que estas crianças expressem grande quantidade de afecto negativo, apresentem menor envolvimento no jogo e elevação do afecto negativo na relação com pares bem como pior saúde física (Gottman & Katz, 1991).

### **2.4. Variáveis Critério**

A variável interação com pares apresenta duas variáveis critério: o nível de jogo e a quantidade de interação negativa (Gottman, 1983; Gottman & Parker, 1986). O nível de jogo mede a extensão em que duas crianças permanecem num nível de jogo de baixo envolvimento (ex. jogo paralelo), ou progridem para um nível de jogo que exige maior envolvimento e atenção social (Gottman, 1983; Gottman & Parker, 1986). Segundo os mesmos autores, as crianças aumentam e diminuem o envolvimento no jogo no sentido de maximizar o afecto positivo e minimizar o afecto negativo. A segunda variável critério é a quantidade de interação negativa com pares, particularmente a agressão (Dodge, Pettit, McClaskey, & Brown, 1986). A terceira variável critério é a saúde física avaliada pela diversidade de problemas relatados pela mãe (Katz & Gottman, 1991).

## 2.5. Variáveis do Modelo

O modelo considera catorze variáveis:

**Satisfação Marital** - a satisfação marital é considerada o melhor indicador de crise familiar (Katz & Gottman, 1991). É obtida a partir de um inventário marital preenchido pela esposa.

**Estilo Parental** - traduz o comportamento parental na interacção pais- criança. São avaliadas as dimensões: estilo caloroso versus frio; presença ou ausência de estrutura e definição de limites; desistência por parte dos pais quando a criança não é obediente; ira parental e descontentamento, felicidade, sensibilidade e exigência de maturidade da criança pelos pais (Cowan & Cowan, 1987; Katz & Gottman, 1991).

**Actividade Fisiológica Parental.** Foram consideradas as variáveis fisiológicas: tónus vagal e fluxo sanguíneo periférico do pai, e nível de condutância da pele da mãe durante a interacção marital (Porges, 1984; Katz & Gottman, 1991).

Katz e Gottman, (1991) consideraram o tónus vagal porque a frequência cardíaca está geralmente sob a influência recíproca de ambos os ramos do sistema nervoso autónomo. Em geral a frequência cardíaca é controlada pelo ramo parassimpático mas em condições de stress agudo, a sua regulação pode ficar sob controle do sistema nervoso simpático.

O fluxo sanguíneo periférico é afectado por mudanças na força contráctil do coração e na pressão arterial e está sob o controle da porção receptora beta do sistema nervoso simpático (fibras responsáveis pela vasodilatação, aceleração cardíaca, aumento da força contráctil, bronco dilatação, libertação de glicose, lipólise). O fluxo sanguíneo periférico é considerado uma boa medida de activação do sistema nervoso simpático porque este afecta os processos que afectam o fluxo sanguíneo periférico, contractilidade do miocárdio, (sobretudo o ramo beta do sistema nervosos simpático; cardioaceleração), distensibilidade arterial (ramos alfa e beta do SNS; contracção ou dilatação das artérias).

O nível de condutância da pele é sensível a mudanças dos níveis de sudação das glândulas endócrinas da mão. As glândulas endócrinas são enervadas quase inteiramente pelo sistema nervoso simpático e ligeiramente pelo sistema nervoso parassimpático. Além disso, são os únicos órgãos servidos pelo sistema nervoso simpático que não sofrem a acção da circulação da adrenalina e não têm estimulação química baseada na adrenalina ou nora adrenalina, isto é, são activados directamente pelo sistema nervoso simpático. As medidas baseadas na actividade glandular de sudação tem o potencial de acção independente.

A monitorização da actividade somática geral permite a interpretação da aceleração e desaceleração da frequência cardíaca.

### **Actividade Fisiológica da Criança.**

Os autores utilizam três índices de activação fisiológica da criança:

**Amplitude da pulsação no dedo** - é uma estimativa do volume de sangue que atinge o dedo em cada batimento cardíaco e fornece indicação sobre as mudanças no fluxo sanguíneo periférico. O SNS pode alterar a distribuição do fluxo periférico para central pela constrição ou dilatação dos vasos sanguíneos periféricos.

**O tónus vagal da criança** - o vagus é o índice fisiológico da capacidade de regulação da emoção.

**As catecolaminas urinárias** – a dopamina (DA) é o precursor da noraepinefrina (NE), e a NE é o precursor da epinefrina (E). São utilizadas como um índice de activação fisiológica na criança.

### **Capacidade de Regulação da Emoção da Criança.**

A performance da criança num jogo foi seleccionada como medida da capacidade de regulação da emoção. A performance bem sucedida requer a utilização das quatro componentes referidas na definição de regulação de emoção (Katz & Gottman, 1991).

### **Expressão Emocional da Criança.**

A expressão emocional consiste num índice sumário da vontade e capacidade da criança para gerar expressões faciais de ira e desgosto. Estas expressões foram utilizadas porque são frequentemente confundidas uma com a outra em estudos de julgamento. São também dois afectos que são frequentemente expressos em manifestações naturais e são quase similares na qualidade afectiva, particularmente em resposta a estímulos sociais (Gottman & Katz, 1991). A combinação de ira e desgosto é uma tentativa de criar especificidade afectiva na definição vaga do termo hostilidade do modelo de Henry e Stephens (1977). A expressão facial de medo é um segundo índice da expressão emocional da criança. Algumas crianças recusam fazer esta expressão e alguns referem nunca ter sentido medo.

### **Interação Criança - Pares.**

Os autores utilizaram uma escala de jogo de nível positivo que consiste em quatro itens : 1) jogo positivo em paralelo; sucesso no jogo; jogo de fantasia estereotipado; jogo

de fantasia não estereotipado (Gottman & Katz, 1991). A variável nível positivo de jogo é calculada pela soma do número de vezes que cada item ocorre através de cada interacção. Além disso é utilizada também a proporção total de interacção negativa da criança com o melhor amigo.

### Saúde física da Criança.

A avaliação da saúde física da criança baseou-se no preenchimento, pela mãe, de uma escala de saúde.

### 3. Modelo Sócio Psicofisiológico do Conflito Marital e Efeitos nas Crianças

O modelo exploratório de Gottman & Katz (1991) sugere que certas dimensões do envolvimento parental estão relacionadas com insatisfação na relação marital e deixam marcas no mundo social da criança.

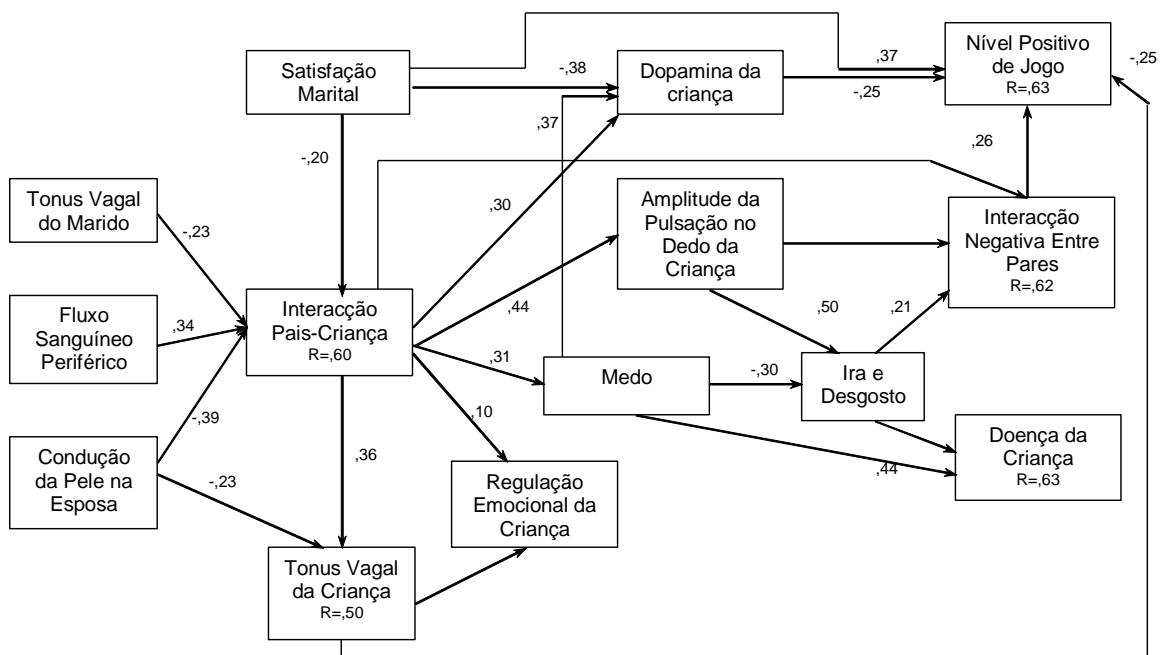


Fig 3. Modelo sócio psicofisiológico do conflito marital e efeito na criança (katz & Gottman, 1991)

O modelo apresenta uma explicação biológica, sobre a influência da insatisfação marital na actividade biológica da criança e sobre a contribuição das variações biológicas para relações de menor qualidade com pares e pior saúde física. A previsão é boa para as três variáveis critério: nível de jogo da criança ( $R=.63$ ), interacção negativa de pares ( $R=.62$ ); saúde física da criança ( $R=.53$ ). O modelo identifica vias directas e indirectas:



## **Vias Directas**

### **Casais em distress têm crianças com níveis de jogo de baixo envolvimento**

Os autores encontraram uma via directa que mostra que o distress marital por si só conduz a níveis de jogo de baixo envolvimento (Katz & Gottman, 1991). A mera exposição ao conflito marital pode representar uma sobrecarga para a criança e se assim for as crianças de famílias em conflito apresentam um nível de jogo de baixo envolvimento, comparativamente a crianças de meios familiares sem conflito. Ou o ter uma mãe em distress marital, por si só, pode afectar directamente o comportamento da criança. A teoria de aprendizagem social de Zahn-Waxler, Cole e Barrett defende que a criança aprende a associar-se à sintomatologia depressiva da mãe como forma de proximidade (Gottman & Katz, 1991). Os autores referem mudanças no comportamento em função do distress marital em idades muito jovens.

A via directa do conflito marital ao jogo de baixo envolvimento pode tornar-se um traço estável de expressar emoções, socializado através da interacção pais - criança no passado, independente da interacção actual e com possibilidade de se generalizar aos pares.

## **Vias Indirectas**

### **Casais em distress marital exibem comportamento parental negativo e as crianças apresentam dopamina urinária elevada e baixos níveis de jogo**

O conflito afecta o sistema endócrino da criança através da interacção pais - criança. Os casais em distress exibem comportamentos parentais negativos (não estruturam ou definem limites e são frios e irritáveis com a sua criança) que estão relacionados com a elevação dos níveis de dopamina urinária, na criança, e com baixo envolvimento no jogo com pares (Katz & Gottman 1991).

A introdução de estrutura na tarefa de interacção pais - criança ajuda-a a experienciar sucesso no desenvolvimento das actividades e transforma a interacção numa actividade familiar agradável. Quando os pais não estruturam a criança, esta tende a realizar as tarefas menos bem, parecendo mais frustrada e agitada (Katz & Gottman 1991). Face à inquietude da criança, os casais com este estilo parental prosseguem sem definir limites e mostram-se irritados se a criança falha o desempenho da tarefa. Estes comportamentos parentais parecem ser stressantes para a criança (avaliados pelas catecolaminas urinárias) e relacionam-se com a sua tendência para apresentar baixo envolvimento no jogo, mais interacções negativas e pior saúde.

## **Parentalidade negativa produz ira e desobediência, interacção negativa com pares, e pior saúde na criança**

A parentalidade negativa surge também relacionada com um cluster de três variáveis fisiológicas: a quantidade de sangue no dedo da criança, a recusa da criança em expressar medo e a sua vontade em expressar ira e desgosto.

Ekman, Levenson e Friesen, (1983), verificaram que a temperatura elevada da mão da criança é uma característica de ira, a baixa temperatura é característica de medo e que a maior quantidade de sangue na mão pode estar relacionada com o sentimento de ira. Esta interpretação recebeu algum apoio tal como a ideia de que a quantidade de sangue no dedo e a voluntariedade da criança para representar faces de ira e desgosto está relacionada com a interacção negativa da criança com o melhor amigo. A voluntariedade da expressão comportamental desempenha um papel importante na comunicação sócio - emocional da criança. Dada a previsão de interacção negativa com os pares, Katz e Gottman (1991) consideram razoável interpretar a vontade e capacidade da criança para expressar ira e desgosto nas tarefas propostas, como relacionadas com a expressão de afecto negativo na interacção social actual.

Quando a criança recusa adoptar a expressão de medo pode significar: uma defesa contra o sentimento de medo, uma resistência ao sentir medo, ou pode fazer parte do constructo de ira, desobediência ou de medo. Segundo os autores, é pouco clara qual a interpretação correcta do cluster de variáveis. Sabe-se que este cluster está relacionado com a variável doença na criança e o modelo de Henry e Stephens (1977) interpreta este cluster de variáveis como estados psicológicos associados a ira e desamparo.

## **Conclusão**

O modelo sociopsicofisiológico sugere que o distress marital pode ser um obstáculo ao desenvolvimento das relações sociais das crianças e aumentar a sua susceptibilidade à doença (Katz e Gottman 1991).

A análise das vias indirectas mostra que os casais em distress marital têm um estilo parental frio (menor atenção às necessidades da criança, indefinição de limites e ausência de estrutura), o qual pode estar relacionado com a ira e desobediência, assim como com a elevação dos níveis de hormonas do stress na criança. Estas crianças apresentam baixo envolvimento no jogo com pares, mais interacções negativas e pior saúde. Os resultados sugerem também que certas dimensões do envolvimento parental estão relacionadas com insatisfação na relação marital e que a falta de envolvimento parental deixa marcas no

mundo social da criança. Os autores propõem uma explicação biológica para a influência da insatisfação marital na actividade biológica da criança e sobre a forma como as variações biológicas se traduzem em pior relação com os pares e pior saúde física. A segunda via indirecta mostra que o conflito marital e a parentalidade negativa afectam o sistema endócrino de stress da criança. A criança que testemunha conflito parece estar sob um nível de stress crónico elevado que se relaciona com a sua propensão para manter níveis de baixo envolvimento no jogo.

Foi também identificada uma via directa do distress marital a níveis de jogo de baixo envolvimento sugerindo que só o simples facto de ter pais em distress marital pode afectar o comportamento da criança.

Katz e Gottman (1991) salientam que o modelo evita utilizar conceitos como a competência social no sentido de manter a precisão das variáveis critério. Sobre o significado da relação entre distress marital e níveis de baixo envolvimento no jogo: criança - melhor amigo, Ekman (1984) introduz o conceito de “flooding”. Segundo o autor, quase toda a experiência afectiva negativa evoca o afecto particular em questão, mostrando tendência para estar nesse estado frequentemente. A esta noção Katz e Gottman (1991) acrescentam que: (1) o estado afectivo é muito forte sendo difícil à criança regular o afecto quando nesse estado, (2) a criança torna-se hipervigilante em relação a pistas que podem conduzir a esse estado. Deste modo a criança com um nível elevado de catecolaminas, se “invadida” pela ira e desgosto tende a apresentar baixo envolvimento no jogo com pares e problemas na regulação da ira. Talvez apresente baixo envolvimento no jogo por ter medo do sentimento de ira, medo que as pessoas se zanguem com ela e medo de se zangarem consigo próprias. Este estilo de coping da criança com os medos tem como consequência o evitamento da diversão com os amigos e da aprendizagem de competências complexas de interacção necessárias ao jogo de elevado envolvimento (fantasia partilhada com pares). Segundo Gottman e Katz, (1991), pode ser este o mecanismo pelo qual as crianças experienciam problemas com os pares nos primeiros anos escolares.

### **Outros Dados do Modelo**

#### **A parentalidade negativa está relacionada com um padrão de subactivação da fisiologia marital**

Katz e Gottman, (1991) concluíram que a parentalidade pode ser predicta por um padrão de subactivação fisiológica que consiste na baixa satisfação marital, tónus vagal baixo no marido e baixa activação simpática no marido (fluxo sanguíneo periférico) e na

esposa (condutância da pele). Os casais com competências parentais negativas são menos activados do que os casais calmos. Estes casais apresentam subactivação do simpático e tónus vagal baixo no marido. Isto pode significar que têm dificuldade em mobilizar energias e organizar o seu comportamento (Katz & Gottman, 1991). Os pais com estilo parental positivo são descritos como exibindo activação elevada do sistema nervoso simpático no contexto marital e tónus vagal elevado no marido. Porges (1984) sugere que este padrão pode parecer calmo e reflectido de um ponto de vista comportamental, mas quando há supressão do tónus vagal os casais são extremamente expressivos.

### **A regulação da emoção não medeia a relação entre conflito marital e consequências na criança**

No modelo de Gottman e Katz (1991), a regulação da emoção não surge relacionada com qualquer das variáveis do modelo. Em vez disso surge relacionada com o tónus vagal sendo a direcção da seta do tónus vagal para a regulação emocional inteiramente arbitrária, o que pode traduzir problemas na definição de regulação da emoção ou que a emoção não é um constructo unidimensional como foi assumido.

### **A ligação entre regulação da emoção e tónus vagal**

Em 2002, Gottman e Katz, avaliaram o tónus vagal como índice fisiológico da capacidade de regulação da emoção. O tónus vagal tem sido considerado um índice da influência do sistema nervoso parassimpático no coração (Porges, 1991).

Porges (1984) sugere que o tónus vagal de base está relacionado com a reactividade comportamental, a capacidade de focalizar a atenção, a capacidade de se acalmar e de explorar novos estímulos (DiPietro & Porges, 1991; Porter, Porges, & Marshall, 1988; Stifter, Fox & Porges, 1989). Gottman e Katz (2002) acrescentam que deve ser adicionado ao constructo da fisiologia reguladora da criança a capacidade da criança suprimir transitoriamente o tónus vagal em resposta a exigências ambientais e sobretudo emocionais. O tónus vagal é suprimido em estados que requerem focalização ou manutenção da atenção, esforço mental, focalização em informação relevante, interacção emocional e repostas organizadas ao stress.

A regulação vagal é avaliada pelo *tónus vagal de base* e pelo *delta tónus vagal* (definido assim para caracterizar a alteração da baseline para a nova situação). O tónus vagal de base é um índice da capacidade do organismo para manter a homeostase e reagir

ao meio (Bornstein & Suess, 2000); O delta tónus vagal reflecte a capacidade do indivíduo para modular a activação na relação com o meio (Huffman et al., 1998).

Gottman e Katz (2002) avaliaram se as diferenças individuais no tónus vagal, em idade pré-escolar, permitiam prever a capacidade de regulação emocional aos 8 anos e o processo através do qual o tónus vagal operava no sentido de permitir prever a regulação da emoção aos 8 anos. Nesse sentido estabeleceram duas hipóteses de funcionamento do tónus vagal:

- **Hipótese de Inoculação de Stress** - o tónus vagal de base elevado protege a criança de ter uma reacção fisiológica forte face ao stressor. Esta hipótese sugere que é precisamente por estar apto a manter uma frequência baixa nos momentos de stress que uma criança com tónus vagal elevado está apta a regular o afecto negativo.

- **Hipótese de Recuperação** - o tónus vagal elevado capacita a criança a recuperar rapidamente da forte activação fisiológica provocada pelo stress. De acordo com esta hipótese a criança com tónus vagal elevado pode ser fisiologicamente reactiva às interacções de stress mas recupera rapidamente.

Gottman e Katz (2002) avaliaram a reactividade fisiológica da criança em resposta ao stressor rejeição parental. A rejeição parental foi avaliada através dos comportamentos parentais negativos de troça, crítica e intrusividade, que por poderem exceder a capacidade de regulação emocional da criança se revelam um bom contexto para explorar como o tónus vagal se relaciona com a regulação da emoção. O estudo de Gottman e Katz (2002) reforça a sugestão de Porges (1984), mostrando que o tónus vagal da criança está relacionado com as capacidades de regulação da emoção. Suporta também a asserção de que o tónus vagal na faixa etária dos 4 aos 5 anos permite prever a necessidade de regulação da emoção aos 8 anos, indicando que o tónus vagal base se relaciona com a maior capacidade da criança se auto regular.

Considerando o mecanismo através do qual o tónus vagal opera para prever a regulação da emoção, a hipótese de que a criança mantém uma frequência cardíaca relativamente baixa durante as interacções de stress pais-criança pode ser uma variável mediadora que explica a relação entre tónus vagal e regulação da emoção. Contudo, o modelo de vias não especifica os processos pelos quais este efeito ocorre, se através de um modelo de inoculação contra o stress (no qual crianças com tónus vagal elevado não apresentam reactividade fisiológica elevada à negatividade parental) ou um modelo de recuperação (no qual as crianças com tónus vagal elevado reagem mas recuperam rapidamente).

A análise de séries de tempo interrompido (estudo dos efeitos imediatos na frequência cardíaca da criança face à troça, crítica e intrusividade parental, e da quantidade de recuperação do aumento da frequência cardíaca cinco segundos antes e cinco segundos após o stressor parental) mostra que a variável tónus vagal de base está relacionada com o modelo de recuperação, contudo não rejeita o modelo de inoculação do stress.

Crianças com tónus vagal de base elevado não evitam situações que conduzem ao stress, nem são não reactivas, pelo contrário são altamente reactivas e capazes de recuperar mais rapidamente do que as crianças com tónus vagal de base baixo, combinação considerada incomum fisiologicamente por Martin e Venables, (1980).

É interessante salientar que as reacções fisiológicas da criança variam em função do indutor de stress (pai/mãe). Com os pais, os resultados suportam a hipótese de inoculação de stress. Na situação de troça parental, as crianças com tónus vagal elevado e maior capacidade de suprimir o tónus vagal estão mais aptas a manter frequência cardíaca baixa e a regular a emoção aos 8 anos de idade, o que pode reflectir em parte o papel do pai no desenvolvimento das competências de regulação da emoção. Consistente com a evidência das diferenças de género na expressão aberta da emoção entre homens e mulheres, os pais podem desencorajar a expressão da emoção negativa forte e, em vez disso, encorajar as crianças a adoptar uma abordagem calma e sensível face aos acontecimentos negativos (Gottman & Katz, 2002). Isto pode reflectir-se na menor exibição de reactividade autonómica ao stress quando as crianças estão com o pai.

Em resposta à negatividade da mãe, as crianças com tónus vagal de base elevado mostram maior aumento da frequência cardíaca e rápida recuperação comparativamente a crianças com tónus vagal baixo. O maior aumento de frequência cardíaca face à crítica maternal pode reflectir maior reactividade emocional à negatividade da mãe.

A análise da reacção comportamental da criança à negatividade do pai e da mãe será útil na clarificação destes dados.

### **Papel moderador/mediador do tónus vagal na relação entre conflito marital parental verbal e físico, ajustamento e saúde física da criança**

Katz e Gottman (2002), concluíram que o tónus vagal elevado e o delta tónus vagal protegem as crianças dos efeitos negativos associados à exposição ao conflito parental. Níveis elevados de supressão vagal protegem as crianças dos efeitos negativos da exposição ao conflito marital no domínio da saúde física e académica. Embora esteja comprovada a associação entre tónus vagal elevado e ajustamento adaptativo, os estudos

sobre regulação vagal como factor moderador dos efeitos associados aos stressores psicossociais são insuficientes.

El-Sheikh, Harger e Whitson (2001) analisaram a relação entre a exposição ao conflito parental e a saúde física da criança.

Embora as crianças de famílias em conflito apresentem maior risco para dificuldades de ajustamento, existe grande variabilidade nas consequências associadas ao conflito marital, pelo que os autores pretendem identificar os mediadores e moderadores activos nesta associação.

A regulação emocional exerce influência na via entre conflito marital e consequências na criança (El-Sheikh et al., 2001). A modulação da activação emocional associada ao conflito parental é, segundo Cummings e Davies (1996), um processo que pode explicar em parte as diferenças no ajustamento da criança associadas ao conflito parental.

O principal objectivo do estudo de El-Sheikh e colaboradores (2001) é a análise da modulação da activação fisiológica pelo sistema vagal, como um factor moderador dos efeitos do conflito marital no ajustamento e saúde física da criança. A regulação vagal elevada é analisada como um protector na associação entre exposição ao conflito parental, ajustamento e problemas de saúde na criança. Assim a associação entre conflito marital e efeitos negativos na criança, será mais evidente em níveis baixos de tónus vagal do que nos elevados, se a regulação vagal funcionar como factor protector (Rutter, 1990). O impacto dos factores de risco psicossocial na saúde e ajustamento têm sido explicados, em parte, pela reactividade crónica excessiva e extrema (alterações na resposta fisiológica da linha de base para a nova situação) nos domínios cardiovasculares e endócrinos (Smith & Christensen, 1992). A actividade dos vários sistemas fisiológicos, incluindo o sistema nervoso autónomo com as suas componentes simpáticas e parasimpáticas, assim como o eixo hipotalâmico-pituitário-adrenocortical, têm sido implicados na reactividade emocional e na regulação (Fox, 1989). Henry e Stephens (1977) consideram que a activação dos dois sistemas de stress endócrino supra-renal, o simpático-adrenomedular e o pituitário-adrenocortical estão relacionados com estados emocionais específicos e saúde física, como abordado no modelo sociopsicofisiológico de Katz e Gottman (1991).

Os dois sistemas endócrino e supra-renal não são independentes e stressores como o conflito marital podem evocar actividade em ambos os sistemas e simultaneamente comportamentos de internalização e externalização. A investigação sobre conflito marital mostra, em crianças de famílias em conflito, actividade fisiológica pronunciada

evidenciada pelo aumento dos níveis de catecolaminas na urina (Gottman e Katz, 1989), elevação dos níveis de pressão arterial (Ballard, Cummings e Larkin, 1993) e reactividade da frequência cardíaca ao conflito entre adultos (El-Sheikh, 1994).

No contexto do conflito marital, as crianças mais aptas a modular ou regular a sua actividade fisiológica, logo reduzindo a activação do sistema de stress concomitante, apresentam menor risco para problemas de ajustamento e saúde do que as crianças com regulação fisiológica deficiente. A regulação fisiológica define-se como a actividade dos mecanismos fisiológicos para manter a homeostase face às exigências da mudança (Johnson e Anderson, 1990)

Alguns estudos (Burns, Friedman, & Katkin, 1992; Cacioppo et al., 1995) mostram que a activação associada ao simpático durante os momentos de stress se relaciona mais com índices de disfunção fisiológica do que a remoção da inibição parassimpática. O tónus vagal também está relacionado com a reactividade fisiológica e comportamental (Porter, Porges, & Marshall, 1988) assim como com a capacidade de acalmar (Fox, 1989). O tónus vagal elevado está relacionado com bons índices de saúde nos recém nascidos (Hofheimer, Wood, Porges, Pearson, & Lawson, 1995; Porges, 1992,1995) diminuição de índices de doença física entre adultos (Porges, 1992) e melhor recuperação de procedimentos médicos invasivos (Donchin, Constantini, Szold, Byrne, & Porges, 1992). Pelo contrário, perturbações no funcionamento vagal têm estado relacionado com aumento de problemas respiratórios (Casale, 1987), problemas digestivos (Porges, 1991), e doença cardiovascular (Fukudo, Lane, Anderson, Kuhn, Schanberg, McCown, Muranaka, Suzuki & Williams, 1992).

O tónus vagal elevado tem estado associado a ajustamento adaptativo, incluindo regulação emocional adequada, competência social, processos atencionais e regulação comportamental (El-Sheikh et al., 2001). Além disso, o tónus vagal e o delta tónus vagal estão associados a efeitos a longo prazo (Porges et al., 1996).

Em 1995 e 1997, Katz e Gottman, concluíram que o tónus vagal elevado e o delta tónus vagal protegem as crianças dos efeitos negativos associados à exposição ao conflito parental. Níveis elevados de supressão vagal protegem as crianças dos efeitos negativos da exposição ao conflito marital no domínio da saúde física e académica.

Embora esteja comprovada a associação entre tónus vagal elevado e ajustamento adaptativo, os estudos existentes sobre regulação vagal como factor moderador dos efeitos associados aos stressores psicossociais são insuficientes.



El-Sheikh e colaboradores (2001) analisaram os níveis elevados do tónus vagal de base e do delta tónus vagal como protectoras dos problemas de externalização e internalização associados ao conflito interparental. Apesar de estar bem estabelecido o impacto negativo da exposição ao conflito parental verbal e físico nas dificuldades de internalização da criança o efeito protector da regulação vagal elevada para comportamentos de internalização ainda não foi estudado. Os autores analisam em separado os contextos de conflito verbal e físico. A literatura mostra que a resposta da criança difere segundo a forma de conflito (verbal, física) (El-Sheik & Reiter, 1996). O conflito físico implica reactividade comportamental imediata (Cummings, Zahn-Waxler, & Radke-Yarrow, 1981) e dificuldades desenvolvimentais subsequentes (Fantuzzo, DePaola; Lambert, Martino, Anderson, & Sutton, 1991). Este estudo fornece uma explicação detalhada dos efeitos protectores da regulação vagal elevada na saúde física.

No estudo sobre a regulação vagal como factor moderador da relação entre exposição ao conflito marital, ajustamento e saúde física, em crianças dos 8 aos 12 anos, El-Sheikh e colaboradores (2001) concluíram que o tónus *vagal elevado* protege a criança contra: problemas de ajustamento e de saúde associados à exposição a níveis de conflito marital verbal elevados e em menor grau de conflito físico; contra problemas de saúde associados a conflito marital físico elevado; contra problemas de internalização (de acordo com o relato das mães) e ansiedade (próprios relatos); baixa auto estima.

O tónus vagal elevado parece ser uma variável protectora reduzindo o risco de pior saúde apesar da exposição a conflito marital. A activação fisiológica crónica é uma via entre os stressores psicossociais e as dificuldades de saúde (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1995) e os resultados indicam a existência de forte associação entre reactividade cardiovascular e perturbação do funcionamento imunológico (Kiecolt-Glaser et al., 1994).

O auto relato de sintomas depressivos pela criança, não é moderado pelo tónus vagal. Os resultados mostram que a exposição ao conflito verbal interparental é preditivo de sintomas depressivos na criança, independentemente do tónus vagal elevado ou baixo. Isto pode significar que as experiências afectivas de depressão da criança, em associação com o conflito, são menos modulados pela regulação vagal do que a ansiedade e salienta a existência de múltiplas vias de efeito para o ajustamento da criança (Levenson & Gottman, 1983) e que há outras variáveis moderadoras que podem estar mais fortemente envolvidas nesta relação (relações pais - criança e competências de coping) do que a regulação fisiológica (El-Sheik et al., 2001)

Os níveis de exposição ao conflito verbal e físico interparental são ambos fortes preditores da saúde física na criança, e o relato de conflito pela criança é preditivo de doença crónica. Embora fosse de prever a relação entre conflito físico e problemas de saúde na criança, os resultados que indicam que o conflito verbal é um preditor robusto de problemas de saúde física na criança é menos esperado.

A saúde da criança está mais relacionada com o conflito associado ao divórcio do que com a dissolução do casamento. Katz e Gottman (1997) verificaram que o divórcio e a separação não se relacionavam significativamente com a variável doença na criança, mas que esta está significativamente associada a interações maritais hostis.

Níveis elevados de interações verbais conflituosas estão associadas a aumento de risco (El – Sheikh et al., 2001) reforçando a evidência de que os stressores crónicos moderados têm efeitos negativos no humor e na saúde física (DeLongis, Folkman, & Lazarus, 1988) e estão mais relacionados com o desenvolvimento de problemas de ajustamento na criança do que os stressores mais severos mas menos frequentes (Holahan, Holahan, & Belk, 1984)

Crianças de famílias de conflito elevado apresentam aumento dos níveis de catecolaminas (Gottman & Katz, 1989), elevação da frequência cardíaca (El-Shiekh, 1994) e reactividade da pressão sanguínea ao conflito (Ballard et al., 1993). Para El-Sheikh e colaboradores (2001) a reactividade da pressão arterial sistólica é um preditor significativo de problemas de saúde, ansiedade e depressão. As crianças com tónus vagal elevado mostram-se mais aptas a modular a activação emocional face ao conflito familiar e a reduzir os problemas de saúde concomitantes, associados à activação crónica do sistema nervoso simpático (Falkner & Ragonesi, 1986)

Por sua vez a supressão do tónus vagal durante um acontecimento emocionalmente activador (*delta tónus vagal*) está associada a circunstâncias que exigem manutenção da atenção, processamento cognitivo e organização da resposta ao *stress* (Porges et al., 1996).

Segundo El-Sheikh e colegas (2001) o delta tónus vagal e o conflito marital explicam respectivamente 32% e 57% da variância da saúde dos rapazes e dos problemas de externalização.

Embora o delta tónus vagal não evidenciasse efeitos de moderação significativos para a totalidade da amostra, registam-se efeitos relacionados com o género. O delta tónus vagal protege os rapazes contra problemas de saúde associados à exposição ao conflito físico interparental e de problemas de externalização associados ao conflito verbal.

As raparigas de famílias de elevado conflito apresentam nível baixo de delta tónus vagal comparativamente às provenientes de famílias de baixo conflito, o que suporta parcialmente a asserção de que as variáveis do meio influenciam o delta tónus vagal. A literatura sobre regulação vagal também sugere que a supressão do tónus vagal pode ser influenciada pelo meio porque se estabelece em fases mais tardias do desenvolvimento do que o tónus vagal (Bornstein & Suess, 2000)

Em síntese níveis elevados de delta tónus vagal protegem principalmente as crianças das consequências negativas da exposição ao conflito físico enquanto que níveis elevados de tónus vagal de base moderam a relação entre conflito verbal e efeitos na criança. El Sheikh e colaboradores (2001) referindo Katz & Gottman, (1995), consideram que o delta tónus vagal é mais influenciado por variáveis desenvolvimentais, como a relação pais-criança, do que o tónus vagal (Katz & Gottman, 1995) e que o delta tónus vagal pode reflectir a capacidade da criança para modular a activação (Huffman et al., 1998). Segundo o autor as duas medidas de actividade relacionam-se de forma diferente com vários aspectos do temperamento da criança.

No estudo de El-Sheikh e colaboradores (2001) o delta tónus vagal e o tónus vagal de base não surgem associados, pelo que o delta tónus vagal pode reflectir um aspecto diferente da regulação da emoção.

No que se refere às diferenças de género, estas sugerem que a regulação fisiológica tem qualidades protectoras que variam de acordo com as diferentes experiências desenvolvimentais em rapazes e raparigas.

O estudo de El-Sheikh e colaboradores (2001) relativamente à função protectora de níveis elevados de tónus vagal contra problemas de externalização, salienta a complexidade da relação entre processos fisiológicos e ajustamento das crianças por parecerem contradizer a literatura que considera a associação positiva entre níveis baixos de activação e desordens de externalização graves (perturbação do comportamento anti-social).

Duas conceptualizações tentam explicar esta associação: (1) níveis baixos de activação podem indicar ausência de medo, a qual pode predispor a pessoa a comportamento anti social; (2) a procura de estimulação é consequência dos níveis baixos de activação e tem por objectivo restaurar os níveis óptimos (Raine 1997)

Os resultados de El-Sheikh e colegas (2001) que sugerem que o delta tónus vagal elevado (representando mais supressão vagal e aumento da frequência cardíaca face à discussão parental) é protector de problemas de saúde nos rapazes é consistente com a

literatura que indica que níveis baixos de reactividade às exigências do meio estão associados a dificuldades de externalização. Embora neste estudo, os efeitos principais dos níveis elevados de tónus vagal prevejam níveis baixos de problemas de externalização sugerindo que níveis elevados de tónus vagal tem na generalidade efeitos positivos, as interacções entre tónus vagal e conflito marital indicam que a função protectora do tónus vagal é mais pronunciada em famílias de elevado stress.

O facto de o tónus vagal elevado proteger de problemas de internalização e externalização sugere a sua importância como moderador fisiológico nos efeitos. Os resultados mostram que quer níveis elevados do tónus vagal, quer do delta tónus vagal está associados a melhores resultados nas crianças de famílias de baixo e de elevado conflito, apesar de os resultados serem mais robustos para os últimos.

Em futuras análises seria importante observar se a criança com baixa regulação vagal é mais susceptível aos stressores ou sensível a influências do meio

El-Sheikh e colaboradores (2001) mostram que níveis elevados quer de tónus vagal quer delta tónus vagal são protectores em relação a efeitos negativos associados à exposição ao conflito marital nos domínios comportamental, emocional e saúde. Os resultados indicam também que nem todas as crianças expostas ao conflito marital estão em risco aumentado para problemas de ajustamento e saúde. Mais especificamente, o tónus vagal elevado é uma variável intraorganismica que protege a criança dos efeitos negativos do conflito familiar.

## **CAPITULO V - VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS AVALIADAS NO ESTUDO EMPIRICO**

### **Estatuto Sócio Económico**

Como vimos no capítulo anterior a alteração do estatuto sócio económico familiar, subsequente à separação, pode constituir uma via através da qual os factores maritais actuam sobre a saúde na criança (Troxel & Mathews, 2004). A acção pode exercer-se por via directa pela maior exposição a vários stressores ambientais que aumentam o risco de problemas de comportamento e saúde (Taylor, Repetti, & Seeman, 1997), e por via indirecta ao comprometer as práticas parentais (Hetherington, 1993).

Pelo facto de esta variável já ter sido abordada no capítulo anterior, na apresentação do modelo biopsicossocial decidimos referenciá-la de forma abreviada neste capítulo. No nosso estudo, o nível sócio económico foi avaliado através da escala Graffar.

### **Género**

A literatura não é conclusiva sobre os efeitos do divórcio tendo em conta o género mas é amplamente aceite que o divórcio é mais problemático para os rapazes do que para as raparigas (Emery, 1999). Contudo, em estudos recentes a obtenção de diferenças de acordo com o género é menos frequente e quando ocorrem, observam-se sobretudo em crianças muito jovens (Amato & Keith, 1991). A diminuição dos efeitos de género tem sido atribuída a um aumento do envolvimento dos pais após o divórcio (Maccoby & Mnookin, 1992), que por sua vez se deve à mudança na percepção do papel paternal e aumento da custódia conjunta e paternal.

Os rapazes respondem ao divórcio com problemas de externalização e as raparigas com problemas de internalização (Emery, 1982; Block, Block, & Morrison, 1981). Block e colaboradores (1981) sugerem que existem diferenças entre rapazes e raparigas não tanto no grau de perturbação mas sobretudo na forma de expressão. De acordo com os papéis sexuais e pelo menos na infância os rapazes tendem a mostrar disfunção pelo aumento da agressividade enquanto as raparigas demonstram maior isolamento e ansiedade. Dado que os problemas de comportamento são mais rapidamente referenciados para intervenção clínica, pode generalizar-se a ideia da existência de mais problemas entre os rapazes (Cummings, 1994). Além disso Kurdek, (1981) salienta que sendo a mãe em geral o progenitor que exerce a custódia é possível que a preponderância de problemas de ajustamento nos rapazes possa ser atribuída ao stress proveniente do facto de o rapaz

residir com um progenitor do sexo oposto. Este stress envolve provavelmente uma relação complexa, recíproca, entre estatuto desenvolvimental da criança, expectativas da criança em relação ao progenitor custodial, praticas disciplinares e qualidade dos sistemas de suporte disponíveis.

As diferenças de género no tipo e grau de vulnerabilidade também se alteram com a idade. Os rapazes podem ter mais problemas na infância mas as diferenças na incidência de psicopatologia nas famílias com conflito surgem mais na adolescência (Zaslow, 1989). Todavia na adolescência tanto os rapazes como as raparigas de pais divorciados mostram frequência elevada de depressão e de perturbação de conduta (Amato & Keith, 1991; Hetherington & Jodl, 1994). Hetherington, (1993) e Hetherington e colaboradores (1992) salientam também que os problemas de comportamento nas crianças de pais divorciados têm um aumento notável na adolescência, com maior incidência nas raparigas do que nos rapazes. McLanahan e Sandefur, (1994) salientam que embora rapazes e raparigas corram o risco de serem pais na adolescência, a gravidez tem consequências mais adversas nos níveis de educação (com probabilidade de abandono escolar) e de bem - estar do sexo feminino do que no masculino.

Em síntese rapazes e raparigas parecem igualmente vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de comportamento, sintomas de depressão, baixa actividade cognitiva em resposta ao divórcio (Hetherington & Stanely – Hagan, 1995). Todavia alguma investigação sugere que no período da adolescência, as raparigas são mais afectadas negativamente do que os rapazes identificando várias áreas: problemas comportamentais (Kalter & Rembar, 1981) auto estima diminuída (Hetherington, 1972, Kalter, Reimer, Brickman, & Chen, 1985) níveis aumentados de ansiedade e depressão (Wallerstein, 1987).

Hetherington, (1989) salienta que as raparigas de pais divorciados podem revelar-se excepcionalmente competentes no período pós divórcio mostrando-se mais capazes do que os rapazes para lidarem com responsabilidades, independência e desafios associados ao divórcio, na presença de stress moderado e de adulto próximo e apoiante (Hetherington, 1989). Quando adultas fixam padrões elevados para o seu comportamento, tem um sentimento de inadequação e de insucesso apesar das realizações e podem mostrar cuidados compulsivos, inadequados e emaranhamento emocional (Hetherington, 1989). A autora salienta ainda que na adolescente jovem há uma reacção adiada representando uma vulnerabilidade a problemas na auto estima feminina e ajustamento heterossexual o qual pode não ser visível até estes aspectos serem desenvolvi mentalmente relevantes.

No nosso estudo, esta variável foi avaliada através do questionário sócio demográfico.

### **Idade**

As teorias convergem na asserção de que crianças mais jovens estão em maior risco para problemas no período pós divórcio (Emery, 1999). As crianças mais jovens são mais dependentes dos pais, menos protegidas pelas redes de suporte extra familiar (professores e pares) e encontram-se num estágio de desenvolvimento em que são menos resilientes aos acontecimentos traumáticos (Kline, Johnston & Tschann, 1991). Dada a sua dependência dos adultos podem ter menos acesso ao pai não residente, factor que pode ser perturbador para o ajustamento. A sua capacidade cognitiva impede que compreendam o significado e as implicações do divórcio, conduzindo a fantasias, medos de abandono, e comportamento agressivo. Não compreendem as múltiplas e abruptas perdas e mudanças e mostram-se menos aptas a obter apoio dos outros (Hetherington & Stanley – Hagan, 1997). Para as autoras, a egocentricidade desta idade pode conduzir a sentimentos de auto culpabilização e auto responsabilização pela promoção da reconciliação. Pagani, Boulerice, Tremblay e Vitaro (1997) defendem que o período que antecede os seis anos constitui um período de grande vulnerabilidade que surge associado a aumento de ansiedade, hiperactividade, comportamento oposicional, problemas comportamentais comparativamente com crianças cujo divórcio parental ocorre mais tarde.

Num estudo de follow up, Wallerstein (1984, 1985, 1986, 1987) concluiu que as crianças no momento do divórcio estavam em idade pré-escolar dez anos após o divórcio não apresentavam memórias da família intacta mas sentiam o divórcio como um aspecto importante nas suas vidas. Apresentavam consciência intensa do pai não residente e na adolescência tentavam restabelecer a relação com ele. Hetherington (1972) verificou que a ausência do pai no período dos cinco anos é mais perturbadora para os rapazes e raparigas do que a separação em idades mais tardias. Mais tarde Wallerstein e Lewis (1998) verificaram que as crianças que no momento do divórcio tinham entre dois anos e meio e seis anos, quando jovens adultas apresentavam maior vulnerabilidade e maior necessidade de cuidados físicos e emocionais. As autoras referem ainda que das 26 crianças em idade pré-escolar, que no final do estudo se encontravam na faixa etária dos 27 aos 32 anos, metade estavam envolvidos com drogas e consumo de álcool. Apenas 6% das 26 tinham sido financeiramente apoiadas pelo pai não residente na frequência do ensino superior e, cerca de 40% tinham concluído o ensino superior.

A capacidade de compreensão das crianças dos 6 aos 8 anos de idade permite uma melhor aceitação do divórcio e o luto substitui a negação (Wallerstein & Kelly, 1980). Estas crianças apresentam menor tendência para a auto culpabilização mas as fantasias de reconciliação são proeminentes. As autoras concluem ainda que comparativamente com as crianças de 6 e 8 anos de idade, as crianças dos 9 aos 12 anos têm maior facilidade de adaptação. As crianças em idade escolar mostram-se preocupadas com a perda, particularmente do pai e da unidade familiar protectora (Wallerstein & Kelly 1980). No seu estudo, 40% das crianças tentaram voltar a residir com o pai e 25% mudaram-se mesmo para sua casa. Dos que residiam com a mãe 10% não mantinha contacto com o pai. A frequência de visitas apresentava relevância para as consequências a longo prazo quer nos rapazes quer nas raparigas. Contudo nos rapazes a qualidade da relação pai - filho estava significativamente relacionada com as consequências psicológicas. Um terço dos rapazes obtinha aproveitamento. Metade dos rapazes e um quarto das raparigas apresentava níveis de depressão moderados a clínicos e apresentavam dificuldades nas relações interpessoais (King, 2001).

Os adolescentes têm uma concepção abstracta e mais completa das razões do divórcio parental, o que facilita o seu ajustamento (Wallerstein e Kelly, 1980). Para as autoras, a tarefa cognitiva mais difícil é a integração da experiência de divórcio no desenvolvimento da identidade particularmente no que se refere às relações íntimas. Hetherington (1993), Hetherington e Jodi, (1994) referem que 25% a 33% dos adolescentes de famílias divorciadas se desligam da família, passam menos tempo em casa, evitam a comunicação, a interacção e as actividades com os membros da família. O desligamento pode ser uma solução positiva para uma situação familiar perturbada ou conflituosa, ou pode resultar num comportamento anti social e em problemas académicos (Hetherington, 1993). Os adolescentes de famílias divorciadas têm também maior probabilidade de se envolverem em consumo de álcool, comportamentos sexuais e exibirem sintomas de depressão (Wallerstein & Corbin, 1989). O follow up das autoras mostra que os que eram adolescentes no momento do divórcio, jovens adultos no momento do follow up (19 a 28 anos de idade) possuíam baixas habilitações. Apenas 50% estavam na escola no momento do follow up. 66% aguardavam ou tinham concluído a faculdade ou escola superior comparativamente a 85% dos que concluíram o liceu. Cerca de 50% abandonaram a escola e 30% estavam desempregados. Factores de ordem financeira constituíam o maior factor obstáculo de ingresso na faculdade. Dois terços deste grupo sentia que a sua infância e



adolescência tinha sido perturbada pelo divórcio e um terço das jovens adultas referia ter problemas nas relações heterossexuais.

No nosso estudo, esta variável foi avaliada através do questionário sócio demográfico.

### **Conflito**

O conflito marital é um stressor psicossocial crónico com impacto negativo no funcionamento da criança (Cummings & Davies, 1994), na sua saúde física (Katz & Gottman, 1997), reactividade fisiológica (El-Sheik, 1994) e num leque diversificado de problemas de ajustamento. Estes incluem problemas de externalização tais como a desordem de conduta (Johnson & O’Leary, 1987; Jouriles, Murphy, & O’Leary, 1989), desobediência (Jouriles & Farris, 1992), agressão (Johnson, Gonzalez, & Campbell, 1987) e comportamento antisocial (Emery & O’Leary, 1984). O conflito marital está também ligado a problemas de internalização na criança tais como a depressão (Johnston et al., 1987), isolamento ou ansiedade (Long, Slater, Forehand, & Fauber, 1988), auto conceito da criança (Bishop & Ingersoll, 1989) e competência social (Burman, John, & Margolin, 1987). Comparativamente a crianças de meio familiar de menor conflito, as crianças de meios familiares em distress marital exibem doença frequente (Gottman & Katz, 1989); indicadores fisiológicos de stress crónico nomeadamente aumento de níveis de catecolaminas na urina (Gottman & Katz, 1989); níveis elevados de variação da pressão arterial (Ballard, Cummings, & Larkin, 1993) e variação da frequência cardíaca (El-Sheik, 1994) ao conflito simulado.

Grych e Fincham (1990) propõem que a percepção cognitiva sobre as várias forças interactivas do conflito marital é o núcleo da relação entre conflito marital e ajustamento da criança após o divórcio. Segundo os autores, as crianças tentam activamente compreender e lidar com o stress causado pela exposição ao conflito interparental. A via preliminar é a cognitiva apesar de estarem envolvidos vários factores nomeadamente, a capacidade da criança para resolver o stress e o afecto. A criança toma consciência da ocorrência do conflito. Percepcionar o conflito é stressante (Cummings & Cummings, 1988) e tenta explorar activamente formas de redução do stress. O processamento preliminar resulta na tomada de consciência do conflito, na consciência do stress e num desejo de reduzir ou remover o stress envolvido. Presume-se que o nível de stress se relacione com a forma como a criança avalia inicialmente a situação que por sua vez será influenciada por factores contextuais (a experiência passada com conflito, o clima

emocional, temperamento da criança, e género assim como factores pessoais, expectativas e humor). O processamento preliminar é consequência de uma resposta afectiva ao conflito e conduz ao processamento secundário, durante o qual a criança tenta compreender a razão de ocorrência do conflito e que acção deve empreender. O processamento secundário é também influenciado por factores contextuais e pela activação emocional inicial. Implica a realização de atribuições para as causas do conflito, atribuição de culpa e responsabilidade e o desenvolver de expectativas sobre a utilidade das respostas de coping possíveis. Este nível secundário de processamento assiste a criança na moderação do seu nível activação emocional e pode influenciar a sua escolha no comportamento de coping. Espera-se que o coping bem sucedido conduza a uma redução do afecto negativo enquanto as estratégias de coping mal sucedidas resultarão na manutenção ou aumento do distress da criança. Esta abordagem prevê que o coping mal adaptativo e as atribuições disfuncionais constituem mecanismos importantes pelos quais as avaliações cognitivas e as tentativas de coping podem conduzir a problemas de ajustamento. Atribuições globais estáveis podem colocar a criança em maior risco para problemas de internalização por exemplo. A percepção de um dos pais como o principal responsável pelos problemas, também pode perturbar a relação da criança com esse progenitor e colocar a criança em risco para uma relação problemática com esse progenitor.

El-Sheik e Harger (2001) salientam o papel da variável - avaliações da criança- no aumento da vulnerabilidade para comportamentos de internalização e externalização, problemas de saúde e reactividade fisiológica associada ao conflito. Os autores no seu estudo concluem que as avaliações moderam as associações entre conflito marital, ajustamento, saúde física e reactividade fisiológica da criança. A avaliação de ameaça percebida, avaliada pela escala CPIC, funciona como moderador da externalização e em menor grau dos comportamentos de internalização e modera a saúde física da criança e a sua reactividade cardiovascular. Todos os efeitos de moderação demonstram que níveis elevados de ameaça percebida são factores de vulnerabilidade, encontrando-se associações positivas entre exposição ao conflito marital, níveis elevados de dificuldades de ajustamento, problemas de saúde, e reactividade cardiovascular, em crianças com elevada exposição ao conflito marital verbal e físico. Uma via entre os stressores psicossociais e o aumento de problemas de saúde pode ser a activação fisiológica crónica induzida pelos stressores (El -Sheik & Harger, 2001). O stress crónico exerce o seu impacto negativo no sistema imunitário pela reactividade cardiovascular aumentada (Cacioppo et al., 1995; Kiecolt - Glaser & Glaser, 1995)

Adoptando a perspectiva dos modelos psicobiológicos de stress (Holroyd & Lazarus, 1982), as avaliações específicas dos stressores estão associadas a padrões diferenciais de respostas afectivas, comportamentais e fisiológicas. A avaliação de ameaça percebida está associada a comportamentos de externalização e à activação crónica do sistema adreno medular simpático (Frankenhaeuser, 1980); A ameaça percebida é um preditor significativo da pressão arterial diastólica (PAD), que está relacionada com a activação do sistema nervoso simpático (El –Sheik & Harger, 2001). As desordens de internalização estão relacionadas com a activação do sistema de stress adrenocortical pituitário (Granger, Stansbury, & Henker, 1994; Stansbury & Gunnar, 1994). Dada a associação entre comportamentos de internalização e auto culpabilização é plausível que auto culpabilização possa estar relacionada com a activação do sistema de stress adrenocortical pituitário (El –Sheik & Harger, 2001). Apesar de especulativo, é plausível que os efeitos moderadores diferenciais encontrados, pelos autores, para as avaliações atrás referidas, em relação aos comportamentos de internalização e externalização estejam relacionados com a activação de diferentes sistemas de stress em resposta a várias avaliações cognitivas. De alguma forma, dado o padrão dos efeitos de moderação do estudo de El-Sheikh e Harger (2001), é possível que a reactividade fisiológica possa funcionar como um mecanismo entre conflito e saúde apenas para as crianças expostas a níveis elevados de stressores psicossociais (conflito marital). Isto sugere a existência duma mediação moderada (Cummings, Davies, & Campbell, 2000) e a reactividade pode explicar associações entre conflito e efeitos de saúde nalguns contextos tais como níveis elevados de conflito marital, mas não noutros.

Os resultados obtidos por El Sheikh e Harger (2001), são congruentes com a hipótese de segurança emocional segundo a qual a criança que não se auto culpabiliza ou se sente ameaçada pelo conflito marital é emocionalmente menos reactiva e menos vulnerável a efeitos negativos do que as crianças que percebem que estão mais envolvidas no conflito (Cummings & Davies, 1996). O estudo de El-Sheik e Harger, (2001), não refere a direccionalidade do efeito entre avaliações e reactividade fisiológica mas demonstra associações entre avaliações e reactividade fisiológica e salienta que níveis elevados das avaliações estão associados a níveis elevados de reactividade fisiológica no contexto de meios familiares de elevado conflito

No nosso estudo, esta variável foi avaliada através da escala CPIC.

## **Depressão/Ansiedade**

As respostas da criança às transições familiares são diversas, pelo que uns exibem resiliência marcada e outros experienciam perturbações no seu desenvolvimento (Amato & Keith, 1991)

As experiências familiares em idades jovens influenciam a auto estima e a propensão para a depressão a longo prazo (Brown, Bifulco e Andrews 1990). Amato (1993) refere que a auto estima é facilmente alterada durante os acontecimentos de stress. A idade da criança no divórcio é uma variável importante. A maturidade da criança e o desenvolvimento do seu auto conceito predizem o impacto do divórcio na auto estima (Goodman & Pickens, 2001). A cooperação parental, cuidados e evitamento do conflito a seguir ao divórcio são factores que estão relacionados com a auto estima e podem proteger a criança e prever efeitos negativos a longo prazo (Goodman & Pickens, 2001). Por sua vez conflito interparental também aparece relacionado com a auto estima da criança.

Para outros autores, a adolescência faz emergir os efeitos adversos do divórcio parental (Palosaari, Aro & Laippala, 1996) e que a depressão menos frequente na infância, aumenta na adolescência e início da idade adulta com maior propensão no sexo feminino. A adolescência caracteriza-se pela formação da identidade, processo relacionado com o conceito de auto estima. A tarefa de individuação – separação, essencial na adolescência pode ser uma ligação plausível entre relações nucleares e auto estima, que por sua vez tem um papel significativo na etiologia da depressão (Kandel, Davies, 1982). Brown e colaboradores (1990) salientam a relação entre a qualidade negativa das relações nucleares e a auto estima negativa. A baixa auto estima pode, sob certas circunstâncias, resultar em depressão clínica (Kalter, Riemer, Brickman & Chen, 1985). Kandel e Davies, (1982) salientam a associação entre a vinculação aos pais e o humor depressivo. Brown e colaboradores (1990) apontam a auto estima como preditor ou precursor da depressão e referem o seu papel como mediador da vulnerabilidade à depressão subsequente. No sexo feminino, o divórcio parental tem impacto na auto estima e a investigação sugere que o impacto do divórcio parental na vulnerabilidade para a depressão é em larga medida mediado via auto estima (Palosaari, et al., 1996). Uma menor ligação ao pai é indicativa de aumento de risco para depressão subsequente, apesar de distinto em rapazes e raparigas. Pensa-se que os rapazes são mais vulneráveis aos efeitos do conflito e problemas interpessoais no seio das famílias do que as raparigas (Aro, 1988). No sexo feminino, a ausência da aceitação paternal da feminilidade pode ser uma das consequências, negativas, do divórcio parental. Com a separação falta uma fonte potencialmente valiosa de

sustentação da auto estima. Em idades jovens a relação positiva criança- progenitor não residente permite prever melhor ajustamento entre os rapazes do que entre as raparigas. (Guidubaldi & Cleminshaw, Perry et al., 1986)

O stress inerente ao divórcio traz outra consequência associada, a ansiedade. Todo o stressor provoca ansiedade (Spielberger 1975) e a exposição a stress prolongado causa ansiedade crónica (kelly 1980). A ansiedade aumenta rapidamente no período de pós divórcio e acompanha todo o processo de adaptação à nova situação. Pagani, Boulerice, Tremblay e Vitaro (1997) referem que as crianças que experienciam o divórcio dos pais antes dos 6 anos ou entre os 6 e os 8 anos (e cujas famílias permanecem divorciadas) exibem mais ansiedade aos 12 anos do que seus pares de famílias intactas. A significância deste efeito apenas aos 12 anos indica impacto a longo prazo.

Fergusson, Lynskey, e Horwood (1994), referem que o divórcio também tem impacto na performance cognitiva da criança em idade escolar comparativamente aos seus pares de famílias intactas e os que experienciaram o divórcio antes de ingressar na escola. Talvez existam certas variáveis como a internalização e a performance escolar que são mais vulneráveis à ruptura familiar com a aproximação à adolescência (Pagani et al., 1997). É plausível que as mudanças normativas na relação pais –criança e o stress associado ao início da adolescência possam exacerbar os níveis de ansiedade aos 12 anos (Hetherington & Anderson, 1987). Hetherington (1992) verificou que mesmo nas famílias divorciadas há algum tempo, os problemas de comportamento podem surgir quando a criança atinge a puberdade. É igualmente plausível que os stressores experienciados pelas mães possam torna-las menos disponíveis psicológica e fisicamente para a sua criança pré pubertária . Talvez o stress associado ao período pubertário inclua medos na relação com o sexo oposto (Wallerstein, 1991). Isto pode contribuir para o stress experienciado pela criança, de pais divorciados, na transição para a adolescência.

### **Comportamento**

O divórcio parental tem efeitos a longo prazo no comportamento hiperactivo quando a separação parental ocorre antes dos 8 anos (Pagani, et al., 1997). As crianças que experienciam o divórcio parental antes dos 6 anos (e cujos pais permanecem divorciados) exibem elevação do comportamento hiperactivo aos 8 anos. Nos mais jovens, cujos pais se separam na faixa etária dos 6 aos 8 anos, o comportamento hiperactivo é mais elevado aos 12 anos. O padrão de relação pais- criança quando o comportamento ocorre antes ou após os 8 anos talvez explique esta situação (Paterson, 1982).

No que se refere ao comportamento oposicional, o divórcio parental anterior aos 8 anos de idade tem consequências adversas directas na frequência da agressão física no contexto escolar e na evolução do comportamento (Pagani et al., 1997). Todavia o comportamento agressivo não persiste após o período agudo do pós divórcio. Talvez a diminuição do conflito interparental a seguir ao estágio agudo (Wallerstein, 1991) se relacione com a diminuição do comportamento de oposição observada a longo prazo. As crianças que experienciam a separação antes dos 6 anos mostram mais comportamento de desobediência e provocador aos 6, 8, 10 e 12 anos de idade. Este resultado foi observado em crianças de famílias que permaneciam divorciadas durante a frequência da escola primária e são consistentes com os resultados obtidos para a hiperactividade. A congruência dos resultados sugere a existência de um período vulnerável relacionado com a comorbilidade de várias formas de perturbação de comportamento nas crianças de pais divorciados (Paternite, Loney, & Roberts, 1995; Seidman et al., 1995)

No nosso estudo, esta variável foi avaliada através da CBCL.

## **Crenças**

A forma como a criança constrói significado das experiências relacionadas com o divórcio envolve uma diversidade de competências socio-cognitivas: raciocinar sobre os papéis parentais e papéis familiares; adoptar a perspectiva de ambos os pais; focalização na intenção mais do que nas consequências negativas; fazer atribuições causais acerca de consequências negativas; empatizar com pais e irmãos e raciocinar acerca dos papéis parentais, dos papéis familiares e das famílias intactas e monoparentais como instituições sociais. Estas avaliações afectam a reacção e o seu ajustamento ao divórcio.

As crianças constroem muitas vezes crenças problemáticas sobre a natureza do divórcio parental e do seu papel causal na decisão de divórcio (Gardner 1976; Mendell 1983; Tessman 1978). Estas crenças incluem pensamentos de abandono, ser responsável pela união da família, expectativas de rejeição e ridículo pelos pais, acreditar que melhor comportamento resulta em reconciliação parental e culpabilizar exclusivamente um dos progenitores pelo divórcio (Kurdek, 1987). Estando as crenças relacionadas com as desordens afectivas e comportamentais, a avaliação das crenças das crianças sobre o divórcio parental permitirá conhecer melhor os problemas de ajustamento e permitirá delinear estratégias de intervenção de revisão dessas crenças. As crianças com muitas crenças problemáticas em relação ao divórcio parental podem estar em risco de psicopatologia (Kurdek, 1987). As crenças problemáticas relacionam-se com uma

variedade de cognições e afectos disfuncionais que provocam elevação da ansiedade, baixo auto-conceito e baixo suporte social que por sua vez se constituem como vias psicossociais afectivas que levam a problemas de saúde (Kurdek, 1987).

No nosso estudo, esta variável foi avaliada através da CBAPS.

## **Saúde**

Cresce a evidência de que os cuidados iniciais têm impacto na saúde física a longo prazo (Luecken & Fabricius 2003). A percepção do cuidado parental tem estado associada a vulnerabilidade psiquiátrica no longo prazo (Nordahl & Stiles, 1997; Hauek, Rorty, Henker, 1999), sintomas somáticos (Wickrama, Lorenz, Conger, 1997), e ao estatuto de saúde física em adultos na meia-idade (Russek, Schwartz & Baldwin, 1998). Vimos também que o conflito familiar é uma via através da qual os factores familiares podem influenciar a vulnerabilidade da saúde física a longo prazo (Luecken & Fabricius 2003). Níveis elevados de conflito familiar estão associados a pior saúde física (Mechanic, Hansell 1989; Katz & Gottman 1997), reactividade fisiológica exagerada (El-Sheik & Harger, 2001), crescimento lento (Montgomery, Bartley, Wilkinson, 1997) e maior utilização dos cuidados de saúde em crianças e adolescentes (Riley Finney, Mellits, Starfield, Kidwell, 1993). As crianças de pais divorciados experienciam estes factores em combinação e ou em maior intensidade. Após o divórcio a criança experiencia uma diminuição no contacto com os pais e muitas experienciam um contacto mínimo ou mesmo ausência de contacto com o pai não residente. O divórcio parental está associado a menor qualidade nas relações pais-criança. Alguns estudos referem níveis elevados de sintomas somáticos em crianças e adolescentes de pais divorciados (Borkhuis, Patalano, 1997; Aro, Hanninen, Paronen, 1989). Maier e Lachman (2000), salientam níveis significativamente elevados de problemas de saúde crónicos e agudos, em adultos de meia-idade, em função da ocorrência do divórcio parental em idades jovens, mediado pelo nível sócio económico, educação, uso de drogas, e suporte familiar.

Dada a elevada taxa actual de divórcio, as potenciais consequências do divórcio parental a longo prazo constituem uma importante questão a explorar.

Luecken & Fabricius (2001), estudaram a relação entre divórcio e vulnerabilidade na saúde física a longo prazo. Com esse objectivo avaliaram a associação entre auto relato de cuidado parental e conflito, saúde física e dois marcadores de vulnerabilidade fisiológica a longo prazo (queixas somáticas e hostilidade), numa amostra de pré adolescentes e adolescentes. O experienciar de sintomas somáticos (dores de cabeça, náuseas, e dor

abdominal) pode ser uma indicação de vulnerabilidade de saúde física. As queixas somáticas são consideradas uma resposta de stress psicossocial. As crianças e adolescentes que relatam níveis elevados de sintomas somáticos mostram uso frequente de serviços de saúde (Jyvasjarvi, et al., 2001), tensão arterial elevada (Kristal-Boneh, Melamed, Kushnir, Froom, Harrai, Ribak, 1998), aumento de incapacidade e comportamento de doença (Katon, et al., 1991).

A investigação associa a hostilidade ao aumento do risco de doença cardiovascular e de outras doenças e a pior prognóstico nos incidentes cardíacos posteriores (Williams 1991). Alguns estudos referem que a hostilidade nas crianças e jovens adultos está associada à exposição ao conflito parental (Matthews, Woodall, Kenyon, Jacob 1996) e meios familiares negativos. Níveis elevados de conflito parental podem contribuir para o desenvolvimento de níveis elevados de hostilidade e aumento da vulnerabilidade a doenças cardiovasculares e outras doenças a longo prazo (Luecken & Fabricius, 2001).

Luecken e Fabricius (2001), concluem no seu estudo que os sentimentos sobre o divórcio estão significativamente relacionados com hostilidade, sintomas somáticos e visitas a unidades de cuidados de saúde, de modo a que os referem o divórcio como uma experiência mais negativa têm piores resultados nas medidas de saúde. Assim a forma como se sente o divórcio emerge como um preditor significativo dos sintomas somáticos, visitas a unidades de cuidados de saúde e hostilidade.

Reportando-nos à actual taxa de divórcio este resultado revela-se encorajador por sugerir que a experiência de divórcio parental por si só não aumenta a vulnerabilidade a sintomas de saúde física ou ao factor de risco psicossocial hostilidade.

A avaliação negativa da experiência de divórcio surge associada aos marcadores de saúde física. O que os participantes sentiam relativamente ao divórcio surge mais fortemente associado a sintomas de saúde física, do que o divórcio por si só. Estes resultados sublinham a importância de determinar os factores que contribuem para a experiência subjectiva do divórcio parental da criança, uma vez que a qualidade da sua experiência pode ter implicações na saúde física a longo prazo.

Apesar de o conflito parental não se relacionar directamente com os marcadores de saúde física, Luecken e Fabricius (2001) sugerem a existência de uma relação indirecta através da influência do conflito na experiência de divórcio da criança. Os participantes que referem quer níveis elevados, quer níveis baixos de conflito parental experienciam o divórcio como mais positivo e os que referem níveis moderados de conflito experienciam-no como mais negativo. As crianças que vivem no seio de famílias com um



nível elevado de conflito parental experienciam o divórcio como uma mudança positiva. Da mesma forma os pais que evitam expor a criança a conflito elevado também contribuem para uma experiência mais positiva. É provável que níveis elevados de conflito antes do divórcio e níveis baixos de conflito após o divórcio prevejam efeitos mais positivos.

A percepção dos cuidados parentais surge significativa e positivamente associada ao número de dias de doença. Para muitas crianças, o divórcio resulta numa perturbação significativa da ligação pai-criança ficando a maioria das crianças a residir com a mãe. A separação de uma figura de vinculação tem sido associada a consequências fisiológicas negativas a longo prazo e a uma experiência de divórcio mais negativa. Uma relação forte é protectora contra o desenvolvimento de hostilidade e diminui os riscos de saúde física.

No nosso estudo, esta variável foi avaliada através da Escala CHQ.

## **PARTE II – INVESTIGAÇÃO**

## **CAPITULO I - METODOLOGIA**

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia adoptada no estudo empírico, apresentar os objectivos, as questões de investigação, as hipóteses a testar e a sua fundamentação, assim como as análises exploratórias complementares. Caracteriza-se também a amostra, os critérios de selecção e procedimento de recolha de dados. Por último apresentam-se as variáveis estudadas, os instrumentos utilizados com as suas características psicométricas e as análises estatísticas efectuadas.

Trata-se de um estudo transversal, causal comparativo, investigando num determinado momento relações de variáveis que não podem ser manipuladas pelo investigador.

### **OBJECTIVOS GERAIS DO ESTUDO**

- 1) Avaliar o ajustamento ao divórcio, problemas de comportamento, morbidade psicológica, a saúde física e psicossocial e a relação entre estas variáveis em crianças, na faixa etária dos 10 aos 12 anos, provenientes de famílias separadas/divorciadas há pelo menos um ano.
- 2) Elaboração de um programa de intervenção dirigido aos pais que se encontram em processo de divórcio ou separação sobre a importância da prevenção (e.g., redução dos problemas comportamentais) e promoção da saúde (e.g., aumento da qualidade relacional pais-criança)

### **QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

1. Existem diferenças nas variáveis psicossociais, ajustamento ao divórcio, comportamento, crenças, morbidade psicológica, saúde, avaliação do conflito em função do tipo de divórcio (litigioso versus mutuo consentimento)?
2. Qual a relação entre ajustamento parental ao divórcio, comportamento, e saúde na criança?
3. Qual a relação entre a percepção de conflito interparental pela criança, morbidade psicológica, crenças e saúde?
4. Existem diferenças nas variáveis psicossociais, comportamento e saúde, em função da faixa etária em que ocorreu o divórcio, isto é crianças mais novas (5-7 anos) e mais velhas (8-11 anos)?
5. Qual das variáveis estudadas a que melhor explica a saúde física e a saúde psicossocial da criança?

## ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS HIPÓTESES

Em todas as hipóteses, avaliar-se-á previamente se os pressupostos da estatística paramétrica estão presentes na nossa amostra, através da normalidade e homogeneidade da variância. Para tal, recorreremos ao teste de Kolmogorov- Smirnov de ajustamento à curva normal e de homogeneidade da variância da população em relação aos instrumentos de medida. A satisfação destes critérios é condição para a utilização da estatística paramétrica. Para a análise da significância das associações entre variáveis consideraremos como significativos os resultados em que a probabilidade de erro seja inferior a .05.

A **primeira hipótese** será testada através da estatística não paramétrica Mann Whitney U Test. Numa primeira análise considerou-se a possibilidade de realização de uma MANOVA contudo, não estavam reunidos os requisitos para a sua realização. A análise do grau de correlação entre as variáveis dependentes mostrou que algumas não se correlacionam. Os resultados do teste Kolmogorov- Smirnov de ajustamento à curva normal revelam que algumas escalas apresentam uma distribuição não normal na amostra estudada ( $p < .05$ ). O cálculo da homogeneidade de variâncias da amostra, pelo teste de Levene, mostra também que a homogeneidade da variância não se verifica.

Para a **segunda hipótese** de investigação e atendendo à amostra ( $n=84$ ) decidiu-se utilizar a correlação parcial (GRAFFAR) entre os resultados das escalas de ajustamento dos pais ao divórcio (DAI), as escalas de problemas da criança (CBCL) e a saúde (CHQ), controlando o nível sócio económico.

A variável nível sócio económico influencia o ajustamento da criança ao divórcio quer por via directa através da maior exposição a vários stressores ambientais (Troxel & Mathews, 2004) que aumentam o risco de problemas de comportamento e saúde (Taylor, Repetti, & Seeman, 1997), quer por via indirecta pelo comprometimento das práticas parentais (Hetherington, 1993), razão pela qual foi controlada.

Na **terceira hipótese** do estudo, atendendo à amostra ( $n=84$ ), utilizar-se-á um procedimento semelhante ao anterior (análise de correlação parcial) entre as escalas de percepção de conflito parental (CPIC), morbidade psicológica (CDI e STAI) e saúde (CHQ) controlando a duração da separação. Tomou-se a decisão de controlar a duração da separação pelo facto de o tempo ser uma variável que influencia o ajustamento da criança ao divórcio.

A **quarta hipótese** será analisada pelo cálculo da MANOVA após verificar o grau de correlação entre as variáveis. No caso de não se verificarem os pressupostos para a realização da MANOVA utilizar-se-á a ANOVA UNIVARIADA, que nos permitirá testar as diferenças ao nível do comportamento e saúde entre o grupo de crianças que experienciaram a separação parental entre os 5-7 anos e entre os 8-11 anos, controlando-se a duração da separação. A decisão de controlar a duração da separação foi tomada pelo facto de a duração da separação influenciar o ajustamento da criança ao divórcio.

Na **quinta hipótese** efectuar-se-á uma análise de regressão (hierarquia), em que as variáveis independentes são as variáveis sócio demográficas (sexo, nível sócio económico, e acompanhamento), clínicas e psicossociais (ajustamento ao divórcio, comportamento, conflito, morbidade). Entraram também na equação para a previsão da saúde física a interacção entre saúde psicossocial e conflito familiar e, na previsão da saúde psicossocial, a interacção entre saúde física e conflito familiar.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **POPULAÇÃO E AMOSTRA**

No presente estudo recorremos a uma amostra obtida junto de Escolas EB2 e EB23 da área geográfica do Porto, Gaia, Matosinhos e Braga. Trata-se de um estudo transversal com uma amostra de conveniência de pais separados/divorciados e respectivas crianças cujos critérios de inclusão no estudo foram: 1) Crianças na faixa etária entre os 10 e os 12 anos; 2) Pais separados há pelo menos um ano; 3) Consentimento informado de um dos progenitores autorizando a sua participação e a do seu filho (a) no estudo.

Foram inquiridos 168 participantes (84 pais e 84 crianças). A sua participação foi voluntária após conhecimento do âmbito e finalidade do estudo. A confidencialidade foi devidamente assegurada.

### **CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA**

A amostra é constituída por 168 sujeitos, 84 crianças, entre os 10 e os 12 anos e 84 progenitores separados/divorciados, há pelo menos um ano. As principais características sócio demográficas, estão representadas nos quadros que se seguem, apresentando-se em separado as características das crianças e dos pais com exercício de poder paternal.

## CRIANÇAS

Como se observa pelo **Quadro 1.1**, a amostra é constituída por 84 crianças, 41 do sexo masculino e 43 do sexo feminino, sendo a representação das meninas (51%) ligeiramente superior à dos meninos (49%). A faixa etária das crianças avaliadas situa-se entre os 10 e 12 anos, correspondendo o grupo mais numeroso aos 12 anos (39%), logo seguido do grupo de 11 anos (38%) e o de 10 anos (23%).

*Quadro 1.1*

<i>Idade das crianças no Momento de Avaliação</i>						
Idades	Total		Rapazes		Raparigas	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
10	19	23%	8	42%	11	58%
11	32	38%	14	44%	18	56%
12	33	39%	19	58%	14	42%

O **Quadro 1.2** permite verificar que a separação/divórcio ocorreu, há pelo menos um ano, para todas as crianças. Na amostra, a média das idades das crianças no momento da separação é de 8 anos, com um desvio padrão de 2 anos. O quadro 1.2 mostra uma maior incidência da idade aos 6 anos (21%), 10 anos (20%) e 7 anos (18%).

*Quadro 1.2*

<i>Idade da Criança na Separação/Divórcio</i>						
Idade	Total		Rapazes		Raparigas	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
5	4	5%	0	0%	4	100%
6	18	21%	8	44%	10	56%
7	15	18%	7	47%	8	53%
8	10	12%	5	50%	5	50%
9	9	11%	3	33%	6	67%
10	17	20%	11	65%	6	35%
11	11	13%	7	64%	4	36%

## PAIS

O **Quadro 1.3** mostra que a amostra parental é constituída por 84 pais, 6 (7%) são do sexo masculino e 78 (93%) do sexo feminino, sendo o matrimónio católico a forma

predominante de celebração do casamento. A média das idades é de 38 anos com um desvio padrão de 5. O grupo mais numeroso (39%) é o intervalo dos 36 a 40 anos.

**Quadro 1.3.**

<i>Idades da mãe/pai com Poder Paternal</i>						
	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	>50
n	4	26	30	11	5	1
(%)	5%	34%	39%	14%	7%	1%

Em relação ao nível de escolaridade o **Quadro 1.4.** revela que 31% dos progenitores têm o equivalente ao 6º ano e 28% tem entre 10 a 12.

**Quadro 1.4.**

<i>Escolaridade da mãe/pai com Poder Paternal</i>					
	>12 anos	10 a 12 anos	8 a 9 anos	6 Anos	< 6 Anos
n	10	23	11	26	13
(%)	12%	28%	13%	31%	16%

A análise do estatuto sócio económico, avaliado pela Graffar, e representado no **Quadro 1.5**, indica que a maioria dos progenitores (29%) pertence ao nível sócio económico médio.

**Quadro 1.5**

<i>Estatuto Sócio Económico do pai/mãe com Poder Paternal</i>					
	Superior	Médio Superior	Médio	Médio Inferior	Inferior
n	8	22	32	19	3
(%)	9,5%	26,2%	38,1%	22,6%	3,6%

Relativamente ao estatuto marital 20% (17) estão separados e 80% (67) divorciados. O **Quadro 1.6.** mostra que 55% optou pelo mútuo consentimento e 30% pelo litigioso.

**Quadro 1.6**

<i>Tipo de Divórcio</i>			
	Mutuo Consentimento	Litigioso	Não Responderam
n	46	25	13
(%)	55%	30%	15%

A duração do casamento, apresentada no **quadro 1.7**, é de 11 e 15 anos (36%), 6 e 10 anos (43%). Os restantes referem uma duração entre 16 e 20 anos (5%), superior a 20 anos (1%) e com menos de 5 anos (1%).

**Quadro 1.7**

<i>Duração do Casamento (Anos)</i>						
	1-5	6-10	11-15	16-20	>20	Não responderam
n	1	36	30	4	1	12
(%)	1%	43%	36%	5%	1%	14%

## CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E PSICOSSOCIAL DA AMOSTRA

### CRIANÇAS

O **Quadro 1.8**. traduz um aumento do número de crianças em acompanhamento psicológico, que sobe de 27%, durante o divórcio, para 30%, após o divórcio.

**Quadro 1.8.**

<i>Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico da criança</i>								
	Antes da Separação		Durante o Divórcio		Após o Divórcio		Momento da Avaliação	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
n	3	66	20	55	22	52	13	61
(%)	4%	96%	27%	73%	30%	70%	18%	82%
Não responderam	15	18%	9	11%	10	12%	10	12%

O **Quadro 1.9** mostra que dos 31 inquiridos (37%) que mencionam a duração do acompanhamento psicológico, 19 (61%) apontam uma duração superior a 9 meses (61%). Entre as queixas salientam-se a ansiedade, o isolamento, a teimosia, a violência, problemas de atenção, recusa à escola, medos e fobias e aproveitamento.

**Quadro 1.9**

<i>Duração do Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico da criança</i>					
	< 1 mês	1 a 3 meses	3 a 6 meses	6 a 9 meses	> 9 meses
n	2	4	5	1	19
(%)	7%	13%	16%	3%	61%
Não responderam	53				

O **Quadro 2.0**. mostra que a variação no número de consultas médicas/ano antes, durante, após o divórcio e no momento actual não é significativa.



**Quadro 2.0**

<i>Consultas de clínica geral a que a criança recorreu</i>												
	Antes da separação			Durante o divórcio			Depois do Divórcio			Actualmente		
	1	2 a 3	>3	1	2 a3	>3	1	2a 3	>3	1	2a 3	>3
n	38	31	10	34	30	9	33	26	9	39	27	9
(%)	48%	39%	13%	47%	41%	12%	49%	38%	13%	52%	36%	12%
Sem Resposta	5	6%		11	13%		16	19%		9	11%	

Da análise do **Quadro 2.1**, observa-se que tendencialmente os pais percebem o impacto emocional da separação/divórcio na criança como negativo.

**Quadro 2.1.**

<i>Impacto Emocional da Separação/Divórcio na Criança</i>								
	Negativo ← ← ← ← ← ← ← ←				→ → → → → → → → Positivo			
	Muito Significativo	Bastante Significativo	Pouco Significativo	Nada Significativo	Pouco Significativo	Bastante Significativo	Muito Significativo	
n	18	18	14	14	4	11	5	
(%)	21%	21%	17%	17%	5%	13%	6%	

O **Quadro 2.2** mostra que a relação com os pares é pouco afectada pelo divórcio.

**Quadro 2.2**

<i>Impacto da Separação/Divórcio na Relação com Pares</i>								
	Negativo ← ← ← ← ← ← ← ←				→ → → → → → → → Positivo			
	Muito Significativo	Bastante Significativo	Pouco Significativo	Nada Significativo	Pouco Significativo	Bastante Significativo	Muito Significativo	
n	3	5	9	47	3	9	8	
(%)	4%	6%	11%	56%	4%	11%	10%	

De acordo com o **Quadro 2.3** o impacto do divórcio no rendimento escolar é considerado nada significativo por 48% dos inquiridos.

**Quadro 2.3**

<i>Impacto da Separação/Divórcio no Rendimento Escolar da Criança</i>								
	Negativo ← ← ← ← ← ← ← ←				→ → → → → → → → Positivo			
	Muito Significativo	Bastante Significativo	Pouco Significativo	Nada Significativo	Pouco Significativo	Bastante Significativo	Muito Significativo	
n	9	10	12	40	4	5	4	
(%)	11%	12%	14%	48%	5%	6%	5%	

Relativamente ao impacto nas actividades extra escolares e segundo o **Quadro 2.4** o divórcio foi avaliado como nada significativo por 63% dos progenitores e bastante positivo, no sentido da maior participação nas actividades, por 12% dos inquiridos.

**Quadro 2.4**

<i>. Impacto da Separação/Divórcio nas Actividades Extra Escolares</i>							
Negativo ← ← ← ← ← ← ← ←				→ → → → → → → → Positivo			
	Muito Significativo	Bastante Significativo	Pouco Significativo	Nada Significativo	Pouco Significativo	Bastante Significativo	Muito Significativo
n	5	2	6	52	3	10	5
(%)	6%	2%	7%	63%	4%	12%	6%

## PAIS

O **Quadro 2.5** apresenta a frequência de visitas do progenitor não residente. 32% visita a criança duas vezes por semana ou mais, 10% uma vez por semana, 8% duas vezes por mês, 4% uma vez por mês, 22% menos que uma vez por mês. 24% dos progenitores não residentes nunca visitam a criança.

**Quadro 2.5**

<i>Frequência de vistas do pai/mãe não residente</i>						
	Nunca	< 1x/mes	1x mes	2x mes	1x semana	>=2x semana
n	19	17	3	6	8	25
(%)	24,4	21,8	3,8	7,7	10,3	32,1

O **quadro 2.6** mostra que a visita do progenitor à criança tem, no geral, a duração de meio-dia (32%) ou o fim-de-semana (27%).

**Quadro 2.6**

<i>Duração da Permanência com o pai não residente</i>							
	Nunca	½ Dia	1 Dia	Sab/Dom	3 Dias	>3 Dias	Não responderam
n	4	18	9	15	5	5	28
(%)	7%	32,1%	16,1%	26,8%	8,9%	8,9%	33%

A análise do **quadro 2.7** mostra que durante o divórcio há mais progenitores em acompanhamento psicológico/psiquiátrico (9% antes da separação e 22% na fase de separação) com uma ligeira diminuição após o divórcio (19%)

**Quadro 2.7**

<i>Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico do progenitor</i>									
	Antes da Separação		Durante o Divórcio		Após o Divórcio		Momento do estudo		
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
n	7	70	17	61	15	64	13	67	
(%)	9%	91%	22%	78%	19%	81%	16%	84%	
Não Responderam	7	8,3%	6	7,1%	5	6%	4	4,8%	

O impacto emocional do divórcio é positivo para os pais. O **quadro 2.8.** mostra que 31% o avaliam como muito positivo e 26% bastante positivo.

**Quadro 2.8**

<i>Impacto Emocional do Divórcio nos Pais</i>							
	Negativo ← ← ← ← ← ← ← ←				→ → → → → → → → Positivo		
	Muito Significativo	Bastante Significativo	Pouco Significativo	Nada Significativo	Pouco Significativo	Bastante Significativo	Muito Significativo
n	13	8	3	10	2	22	26
(%)	16%	10%	4%	12%	2%	26%	31%

O **Quadro 2.9** mostra que a nível financeiro o divórcio tem um impacto negativo.

**Quadro 2.9**

<i>Impacto Financeiro do Divórcio</i>							
	Negativo				Positivo		
	Muito Significativo	Bastante Significativo	Pouco Significativo	Nada Significativo	Pouco Significativo	Bastante Significativo	Muito Significativo
n	23	14	7	15	7	10	7
(%)	28%	17%	8%	18%	8%	12%	8%

O **quadro 3.0.** mostra que 53% avaliam a relação com o ex-cônjuge como positiva e 48 % avaliam-na como difícil

**Quadro 3.0**

<i>Relação com o Ex – Cônjuge</i>					
	Muito Boa	Boa	Razoável	Difícil	Muito Difícil
n	2	5	35	10	28
(%)	3%	6%	44%	13%	35%

## **VARIÁVEIS ESTUDADAS**

As variáveis de estudo foram seleccionadas em função das questões de investigação, hipóteses e análises exploratórias formuladas.

### **Variáveis Dependentes**

As variáveis centrais no estudo, constituindo o núcleo das questões de investigação e assumindo, nas hipóteses, o papel de variáveis dependentes são: a) Ajustamento ao divórcio (DAI-R), b) Crenças sobre o divórcio (CBAPS); c) Comportamento (CBCL) d) Morbilidade Psicológica (CDI/STAI) e) Percepção do Conflito Interparental (CPIC); Saúde (CHQ).

### **Variável Independente**

A principal variável independente neste estudo é a separação/divórcio

### **Variáveis Sócio Demográficas**

Foram estudadas as variáveis sócio demográficas consideradas relevantes para caracterizar a amostra e permitir as análises exploratórias das relações destas com o ajustamento à separação/divórcio: a) sexo; b) idade; c) estatuto sócio económico; d) habilitações; e) duração da separação;

### **Variáveis Clínicas/Psicossociais**

- a) Percepção do impacto do divórcio nos pais (nível emocional e financeiro) e nas crianças (nível emocional, rendimento escolar, actividades extra escolares e relação com pares)
- b) Necessidade de acompanhamento psicológico dos pais e das crianças

## **MÉTODOS**

O processo de tradução e adaptação necessário para a utilização das escalas e questionários (CBAPS, DAI) teve como base a orientação proposta por Bradley (1996) e decorreu após obtenção da necessária autorização dos autores (anexo I) de acordo com o seguinte procedimento:

- a) Tradução pelo investigador e simultaneamente por tradutor independente;
- b) Confronto das versões para elaboração da primeira versão em português;

- c) Retroversão por tradutor independente não conhecedor da versão inicial em língua inglesa;
- d) Confronto de versões (original e retrovertida) com o objectivo de avaliar a identidade do conteúdo dos itens;
- e) Adaptação e correcção dos termos técnicos
- f) Pré-teste com 6 progenitores/ 6 crianças para avaliar a adequação e compreensão dos itens da versão experimental;
- g) Elaboração “definitiva” da versão a utilizar no estudo

## **PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

O procedimento e colheita de dados realizou –se segundo as seguintes fases:

A *primeira fase*<sub>1</sub> envolveu a identificação de 50 escolas EB2 e EB3 da área metropolitana do Porto e do distrito de Braga com base nos critérios, número de alunos no 2º ciclo e 1ºano do 3º ciclo, acessibilidade, contactos pessoais; envio de uma carta ao conselho científico (anexo II) a apresentar os objectivos, metodologia de investigação, utilidade e pedido; agenda duma reunião com conselho científico para clarificar dúvidas e definição de colaboração necessária e planificação do estudo.

A *segunda fase*<sub>2</sub> abrangeu a realização de reuniões com os directores de turma das 10 escolas (4 do Porto, 1 de Braga, 1 da Póvoa de Lanhoso, 2 de Matosinhos e 2 de Vila Nova de Gaia) que participaram no estudo; sinalização das crianças a contactar; elaboração de lista de moradas e contactos dos pais; elaboração de uma carta dirigida aos pais a apresentar o estudo, com um destacável a devolver, pela criança em caso de participação. Recebido o destacável era agendada uma entrevista com o progenitor e criança.

A *terceira fase*<sub>3</sub> consistiu na aplicação dos questionários após conversa prévia com a criança e progenitor. Progenitor e criança respondiam aos questionários em simultâneo mas em gabinete separado. O caderno era apresentado aos participantes salientando-se a importância do estudo e da veracidade das informações, para que os resultados pudessem ser úteis na ajuda a crianças de pais separados/divorciados.

A participação foi voluntária, sendo o consentimento precedido de informação sobre o âmbito e a finalidade do estudo. A colheita de dados foi feita de forma sequencial e normalizada.

As 37 escolas que recusaram colaborar no estudo apontaram como razões: 1) “o elevado número de pedidos de participação em estudos de mestrado”; 2) o “tema” que consideraram “discriminatório dos meninos separados”; 3) “invasor da privacidade, apesar de ligado à saúde”; 4) “o saber-se que estes meninos não pertenciam a famílias normais”, 5) “o estudo traumatizava-os”; 6) “o estudo fazia-os lembrar o passado e prejudicaria o rendimento escolar”.

Após a sua colheita, os dados foram lançados numa base de dados informatizada e processados no programa de estatística SPSS, versão 14.0 para Windows.

## **INSTRUMENTOS, ESTUDOS DE FIDELIDADE E VALIDADE**

Os instrumentos utilizados para medir as variáveis estudadas foram os seguintes, pela ordem de apresentação aos sujeitos (anexo III):

### **Instrumentos**

#### *Pai/mãe com exercício de poder paternal*

- Questionário Sócio Demográfico (Pereira & 2004),
- Escala Graffar (Graffar, 1956)
- Divorce Adjustment Inventory (DAI-R) (Portes, Smith & Brown, 2000)
- Child Behavior Checklist (CBCL): (Achenbach,1978) (Tradução de Fonseca, Simões, Almeida, Gonçalves & Dias, 2004)
- Child Health Questionnaire (CHQ PF50-versão pais); (Langraf & Ware, 1996), (Tradução de Pereira & Gomes, 2001)

#### *Crianças*

- Escala de Crenças das crianças sobre o divórcio parental (CBAPS); (Kurdek & Berg, 1987)
- Children Depression Inventory (CDI): (Kovacs, 1983) (Tradução de Dias & Gonçalves, 1999)
- State Trait Anxiety Inventory for Children (STAI C-2): (Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori & Platzek, 1973) (Tradução de Dias & Gonçalves, 1999)
- Children's Perceptions of Interparental Conflict Scale (CPIC): (Grych, Seid & Fincham, 1992)

A selecção dos instrumentos foi baseada na natureza dos fenómenos que se pretendiam estudar e nas qualidades psicométricas destes. Para os instrumentos que não se encontravam adaptados à população portuguesa, foram determinadas as qualidades psicométricas na amostra estudada. Para a selecção e organização por dimensões dos itens incluídos nas versões finais das escalas, ainda não adaptadas, e aplicadas no âmbito deste trabalho, foi realizada uma análise de fiabilidade através da homogeneidade dos itens (consistência interna das escalas e sub escalas). Para tal, foram calculadas as correlações do item com o total da escala e/ou sub escalas (excluindo o respectivo item) e o Alfa de Cronbach. Este índice permite verificar se os itens que compõem cada uma das sub escalas

do teste estão ou não correlacionados entre si, ou seja se representam de forma paralela o mesmo constructo (Almeida & Freire, 2000).

## **DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS APLICADOS AOS PAIS**

### **Questionário Sócio Demográfico: (Pereira & Morais, 2004)**

Questionário elaborado para os objectivos deste estudo com suporte na revisão bibliográfica sobre o tema, visando obtenção de informação sócio demográfica, legal, clínica e psicossocial relativa à separação/divórcio.

A objectividade que caracteriza os dados solicitados é facilitadora da relação entre investigador e participantes e favorável à apresentação e preenchimento dos instrumentos.

### **Graffar: (Graffar, 1956)**

A escala Graffar permite caracterizar o nível sócio económico dos sujeitos que integram a amostra: Fornece informação sobre profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento (impressão subjectiva) e aspecto do bairro habitado.

### **Cotação/Interpretação**

A pontuação obtida na escala é traduzida em níveis sócio económicos que variam da seguinte forma: nível superior (5 a 9 pontos); nível médio superior (10 a 13 pontos); nível médio (14 a 17 pontos); nível médio inferior (18 a 21 pontos); nível inferior (22 a 25 pontos).

### **Divorce Adjustment Inventory (DAI-R): (Portes, Smith & Brown, 2000)**

#### **Versão Original**

O *Divorce Adjustment Inventory* (DAI-R) é uma escala tipo likert, constituída por 42 itens, que avaliam o *funcionamento familiar e o ajustamento da criança e dos pais ao divórcio*. O conteúdo das áreas avaliadas pelo DAI-R são funcionamento familiar no pré divórcio, relações co-parentais pós divórcio, relações pais - criança, sistemas de suporte



social, disposições da custódia, funcionamento parental pós divórcio e competências de coping da criança. O DAI-R é composto por cinco sub escalas:

*Conflito Familiar e Disfunção* – Avalia o funcionamento familiar e o ajustamento dos pais e da criança no pré e pós divórcio, num continuum de normal a patológico. Reflecte o conflito e funcionamento familiar nomeadamente a relação interparental e pais-criança, disciplina, actividades familiares, manifestação de stress da criança estabilidade financeira, conflito.

*Condições Protectoras de Divórcio e Coping da Criança* – Caracteriza as condições familiares que contribuem para diminuir a vulnerabilidade da criança a mau ajustamento (inexistência de conflito verbal entre os pais, menor exposição da criança ao conflito, stress financeiro mínimo). Os suplementos financeiros são considerados adequados e não são uma sobrecarga para o ex cônjuge. Esta sub escala sugere um processo de divórcio protector da criança.

*Resolução Positiva do Divórcio* - Avalia a relação parental pré e pós divórcio. Os oito itens reflectem o ajustamento saudável dos pais e da criança ao divórcio. Avalia a satisfação do progenitor com os dispositivos da custódia, cuidados e responsabilidades assumidas pelo ex – cônjuge. A evidência de um funcionamento positivo no pré divórcio surge ligado a uma resolução saudável do divórcio.

*Sistemas de Suporte Externo* - Avalia a extensão em que a criança discute os assuntos com pares e adultos, está envolvida em actividades externas, participa em aconselhamento e o seu insight sobre a razão do divórcio dos pais. Avalia também o envolvimento dos pais.

*Transição do divórcio* – O autor considera este aspecto complexo e contraditório. Traduz participação em aconselhamento por parte do progenitor, sensação que a criança não está apta a lidar com o divórcio, nem a compreender que o divórcio não significa que seja menos amada. Apesar disso, o progenitor residente não sente que o divórcio tenha causado problemas emocionais à criança, ou que a criança necessite do progenitor não residente com maior frequência. O comportamento da criança é referido como não agressivo. Esta sub escala reflecte uma situação inconsistente e instável com um progenitor sob stress considerável.

### **Cotação/Interpretação**

Os itens apresentam uma escala tipo likert com 5 possibilidades de resposta: Concordo Totalmente 1/ Concordo 2/ Não tenho a certeza/ 3 Discordo/ 4 Discordo Totalmente 5.

Invertida a pontuação de 18 itens, 1,3,8,9,10,16,18,20,21,22,23,34,35,36,37,38,41 e 42, procede-se à soma dos itens para obter a pontuação das sub escalas. As sub escalas e os itens respectivos são funcionamento familiar (2,4,11,12, 17,19, 26-32), condições protectoras de divórcio e coping da criança (5,6,7,13,14,24,25,40,42), resolução positiva do divórcio, sistemas de suporte externo (21,22,23) e transição de divórcio (16,18,20,33,34,35,36,39). *Pontuações elevadas nas escalas reflectem melhor ajustamento.*

### **Características Psicométricas da Escala – Versão Original**

O alfa de Cronbach do DAI-R demonstra uma consistência interna com um valor de (.89). O alfa de Cronbach para as cinco escalas é respectivamente: Funcionamento Familiar (.85); Condições Protectoras de Divórcio (.75), Resolução Positiva de Divórcio (.80), Sistemas de Suporte Externo (.87), Transição de Divórcio (.52) (Portes, Brown, Saylor & Sekhon, 2000). A análise factorial de componentes principais, com rotação obliqua, para analisar a estrutura subjacente ao inventário, permitiu identificar cinco factores. O factor I Conflito Familiar e Disfunção emergiu como o factor mais robusto associado ao funcionamento familiar. O factor II Condições Protectoras de Divórcio sugere um processo de divórcio em que a criança está protegida de alguns riscos. Este segundo factor está negativamente correlacionado com o primeiro embora de forma não significativa. O terceiro factor, Resolução Positiva de Divórcio, reflecte ajustamento saudável dos pais e da criança, ao divórcio. O quarto factor prende-se com Sistemas de Suporte Externo. O último factor é a Transição do Divórcio.

No que se refere ao funcionamento familiar quatro dos cinco factores do DAI-R mostram correlacionar-se significativamente com a pontuação total do Family Assessment Device (FAD): Funcionamento Familiar (-.63,  $p < .000$ ), Condições Protectoras de Divórcio (.43,  $p < .000$ ), Resolução Positiva de Divórcio (.44,  $p < .000$ ), e Sistemas de Suporte Externo (.41,  $p < .001$ ). A pontuação total do DAI-R também se correlaciona significativamente (.44,  $p < .001$ ).

### **Características Psicométricas na Amostra de Pais Separados**

As características psicométricas do DAI-R nesta amostra foram determinadas pela avaliação da fidelidade.

## Fidelidade

A fidelidade do instrumento foi calculada pelo cálculo do Alfa de Cronbach. Decidiu-se eliminar três itens que apresentam valores residuais negativos (itens 15, 39,42) com o total da escala. Obteve-se assim, na amostra de pais divorciados, um alfa de Cronbach de (.81) (**Quadro 3.1**).

**Quadro 3.1.** Alfa de Cronbach do DAI –R (39 itens)  
**Sumário da Escala: média: 130,38 Desvio padrão:18.37 Alfa Cronbach (.81)**  
(n=84)

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
1	126,7634	323,702	,226	,811
2	126,6920	324,573	,231	,811
4	127,1415	332,031	,080	,816
4	126,5511	317,679	,323	,808
5	127,4301	316,794	,311	,808
6	128,2158	326,748	,173	,813
7	127,5253	315,051	,320	,808
8	127,9313	313,475	,394	,805
9	127,7515	309,467	,489	,802
10	127,1415	312,459	,445	,804
11	126,4319	320,350	,334	,808
12	126,1174	318,151	,476	,804
13	126,7680	313,849	,431	,804
14	127,6837	322,611	,214	,812
15	126,6444	334,208	,041	,816
16	125,9182	327,147	,286	,810
17	126,5253	328,798	,136	,814
18	126,5372	335,315	,013	,817
19	128,3468	334,441	,040	,816
20	128,3349	326,180	,224	,811
21	128,3706	321,405	,315	,808
22	128,3706	324,843	,251	,810
23	127,8706	317,967	,316	,808
24	126,8283	315,721	,328	,808
25	125,5491	334,209	,122	,813
26	126,4307	317,226	,391	,806
27	126,3587	315,314	,454	,804
28	126,3825	311,635	,520	,802
29	126,0372	333,022	,079	,815
30	126,1656	321,196	,350	,807
31	125,7158	329,884	,224	,811
32	127,3349	324,718	,210	,812
33	126,6206	327,601	,206	,811
34	125,9063	322,699	,349	,808
35	126,2158	318,815	,359	,807
36	128,3944	312,754	,448	,804
37	126,5253	313,984	,407	,805
38	128,4789	320,364	,326	,808
39	128,5271	323,957	,246	,810

## Sub Escalas

No que concerne à fidelidade das sub escalas, os coeficientes encontrados pelo cálculo do alfa de Cronbach, nas sub escalas Conflito Familiar e Disfunção (.71) (**Quadro 3.2**), Resolução Positiva de Divórcio (.77) (**Quadro 3.3**) e Sistemas de Suporte Externo (.85) (**Quadro 3.4**), na amostra de pais divorciados, revelaram consistência interna razoável a boa

**Quadro 3.2.** Alfa de Cronbach da Sub Escala *Conflito Familiar e Disfunção*  
Sumário da escala: Média: .54 Desvio Padrão: 7.38 Alfa Cronbach: (. 71)  
(n= 84)

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
2	50,39	52,486	,013	,744
4	50,25	48,557	,172	,727
11	50,13	46,929	,334	,700
12	49,82	44,827	,594	,669
17	49,62	48,826	,377	,696
19	50,24	50,066	,156	,723
26	49,25	51,795	,246	,710
27	50,13	46,106	,368	,695
28	50,06	42,496	,624	,658
29	50,08	44,367	,482	,678
30	49,74	47,274	,384	,693
31	49,87	45,476	,476	,681
32	49,42	49,368	,371	,698

**Quadro 3.3.** Alfa de Cronbach da Sub Escala *Resolução Positiva do Divórcio*  
Sumário da escala: Média: 22.88 Desvio Padrão:7.22 Alfa Cronbach: (.77)  
(n=84)

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
1	19,26	43,040	,372	,772
3	19,64	46,885	,200	,795
8	20,43	38,095	,610	,730
9	20,25	39,279	,566	,739
10	19,64	38,634	,630	,728
37	20,90	38,831	,632	,728
38	19,03	40,966	,477	,754
41	21,03	44,154	,353	,773

**Quadro 3.4.** Alfa de Cronbach Sub Escala *Sistemas de Suporte Externo*  
Sumário da escala: Média: 6.07 Desvio Padrão: 3.28 Alfa Cronbach: (.85)  
(n=84)

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
21	4,0238	5,758	,608	,895
22	4,0595	4,755	,787	,729
23	4,0595	4,972	,782	,736

Contudo, as restantes duas sub escalas Condições Protectoras de Divórcio e Coping da Criança (**Quadro 3.5**) e Transição de Divórcio (**Quadro 3.6**) apresentam um alfa de Cronbach respectivamente de (.65) e (.60).

**Quadro 3.5.** Alfa de Cronbach da Sub Escala *Condições Protectoras de Divórcio e Coping da Criança*

**Sumário da escala: Média: 22.26 Desvio Padrão: 6.70 Alfa Cronbach: (.65)**  
(n=84)

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
5	19,31	33,007	,492	,588
6	20,09	35,788	,422	,611
7	19,40	30,972	,573	,561
13	18,64	38,228	,266	,647
14	19,56	36,514	,298	,641
24	19,75	37,112	,292	,641
25	18,70	36,655	,279	,646
40	20,36	40,305	,171	,666

**Quadro 3.6.** Alfa de Cronbach da Sub Escala *Transição de Divórcio*

**Sumário da escala: Média: 23.04 Desvio Padrão: 4.44 Alfa Cronbach: (.60)**  
(n=84)

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
16	19,3095	16,192	,208	,612
18	19,1905	15,867	,179	,631
33	20,0000	14,024	,346	,560
34	19,2857	13,725	,550	,481
35	18,5714	14,898	,438	,529
36	18,8810	14,203	,383	,543

Dado que o tamanho da amostra (n=84) não nos permite realizar o estudo da validade, decidiu-se manter estas sub escalas por se revelarem importantes do ponto de vista clínico e em estudos futuros deve ter-se em consideração todos os itens da escala original, no sentido de reavaliar o comportamento destes em diferentes amostras. A sub escala Transição de Divórcio, em particular, apresenta um alfa de Cronbach na amostra de pais divorciados de (.60), superior ao alfa obtido pelos autores (.52). Além disso a retirada da escala Transição de Divórcio não faz subir o alfa de Cronbach da escala total que continua a ser de (.81), decidiu-se por isso utilizá-la. Em estudos futuros seria importante analisar o comportamento destas duas sub escalas.

**Child Behavior Checklist CBCL: Achenbach 1991** – Questionário de Comportamentos da criança – (Tradução de Fonseca, Simões, Almeida, Gonçalves & Dias, 2004)

A CBCL é um questionário destinado a ser preenchido pelos pais com crianças entre os 4 e os 18 anos. Contem descrições de comportamentos problemáticos da criança, que os pais devem cotar com 0 (a afirmação não é verdadeira), 1 (a afirmação é algumas vezes verdadeira), ou 2 (a afirmação é muito verdadeira), para os últimos seis meses. É constituída por 8 sub escalas:

*Isolamento* - Associada a isolamento, mal estar interpessoal e a energia reduzida.

*Queixas somáticas* - Associada a uma tendência para a somatização.

*Ansiedade/Depressão* - Contem itens como “chora”, “é triste”, “tem medo de cometer erros”. Apesar de ser fácil distinguir os itens que associamos à depressão dos que atribuímos à ansiedade, a análise factorial não separa estas duas dimensões o que se compreende atendendo à co-morbilidade apontada entre as duas perturbações (Seligman & Ollendick, 1998).

*Problemas Sociais* - Inclui itens como “é muito dependente”, “não se dá bem com as outras crianças”.

*Problemas de Atenção* - Associado a hiperactividade e défice de atenção.

*Problemas de Pensamento* -Inclui itens como “ouve coisas que não estão presentes”, “Vê coisas que não estão presentes”, “ compulsões”.

*Comportamento Agressivo* - Descreve comportamentos de desafio aberto. Surge associado, entre outras, às perturbações de desafio ou oposição e de conduta.

*Comportamento Delinvente* - Contem itens como “ rouba coisas em casa”, “consome álcool ou drogas”, “ já provocou fogos”. Está associado a características típicas das perturbações de conduta.

Análises factoriais de segunda ordem permitiram ainda extrair os factores de *Externalização* e o de *Internalização*. O factor de *externalização* corresponde a síndromas cujos problemas estão maioritariamente *centrados na relação com os outros* (ex: agressão), enquanto o de *internalização* se refere a síndromas em que os problemas *estão centrados na própria criança* (ex: depressão).

## **Cotação/Interpretação**

Os resultados da CBCL são apresentados sob a forma de um resultado global, um resultado para cada uma das escalas e um resultado para cada um dos clusters Internalização/ Externalização.

A Child Behavior Checklist (CBCL) (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994; Albuquerque, Fonseca, Simões, Pereira, Rebelo & Temudo, 1999b) foi objecto de estudo em Portugal com amostras normativas e clínicas. O estudo do grupo normativo envolveu 1322 sujeitos, 667 rapazes e 665 raparigas, com idades entre os 7 e os 16 anos e provenientes das diferentes classes sócias económicas (Fonseca et al., 1994; Fonseca et al., 1995). Existem estudos de precisão (consistência interna e teste – reteste), validade (constructo e concorrente) e dados de natureza normativa (que possibilitam a definição dos pontos de corte) que viabilizam, embora com algumas precauções, a utilização da CBCL em Portugal (Gonçalves & Simões, 2000) .

Os coeficientes alfa de Cronbach revelaram-se bastante positivos quando se considera o resultado total no CBCL (.93) na amostra normativa. O alfa de Cronbach é bom ou satisfatório para os factores Oposição/Imaturidade (.82), Agressividade (.83), Hiperactividade/Problemas de atenção (.77), Depressão (.79), Queixas Somáticas (.73) apresentando limitações nos factores Problemas Sociais (.53), Isolamento (.66), Ansiedade (.65), Obsessivo/Esquizóide (.61).

No grupo normativo, os resultados relativos à estrutura factorial da CBCL, obtida a partir da análise de componentes principais seguida de rotação varimax, permitiram identificar os seguintes nove factores: Oposição/Imaturidade, Agressividade, Hiperactividade/Problemas de Atenção, Depressão, Problemas Sociais, Queixas Somáticas, Isolamento, Ansiedade, Obsessivo/Esquizóide. Igual número de factores ou sub escalas foi identificado no grupo clínico apresentando no entanto uma composição e designação distintos: Hiperactividade, Ansiedade/Depressão, Comportamento Agressivo, Problemas de Atenção, Isolamento, Queixas Somáticas, Comportamento Delinquente, Problemas de Pensamento (Gonçalves & Simões, 2000).

Quanto à validade convergente, ainda que modestas, são significativas as relações entre os resultados no CBCL e no TRF (.34) e entre o CBCL e a Escala Revista de Connors para Professores (.31). No que se refere à validade discriminante no CBCL, os sujeitos do grupo clínico apresentam médias significativamente mais elevadas do que os sujeitos dos grupos normativos quer nos resultados totais, quer nas pontuações de Internalização e de Externalização, quer nas subescalas específicas (Gonçalves & Simões, 2000).

O estudo teste - reteste realizado num grupo clínico de 74 sujeitos, 43 rapazes e 31 raparigas encaminhados para serviços especializados, sugere que a estabilidade dos resultados no CBCL é satisfatória (.55) e significativa ( $p < .01$ ) para um intervalo de tempo entre duas aplicações de dois anos (Gonçalves & Simões, 2000).

Tendo a CBCL sido adaptada numa amostra idêntica à nossa em termos sócio demográficos, apresentamos apenas o resultado *de alfa de Cronbach na amostra de pais divorciados que foi de (.95)*

**Child Health Questionnaire: CHQ PF50 (Versão Pais), (Langraf & Ware, 1996)**  
Questionário da Saúde da Criança, – (Tradução de Gomes & Pereira) (Versão de Investigação, 2001).

O CHQ-PF50 é um instrumento que avalia o bem-estar físico e psicossocial na faixa etária dos 5 aos 18 anos de idade (Langraf & Ware, 1996). Os autores adoptam um modelo de medição tripartida, avaliando cada dimensão em três parâmetros: *o estatuto, incapacidade, e avaliação pessoal*. O CHQ inclui também a variação completa dos estados de saúde para uma dada dimensão. É constituído pelas sub escalas:

*Funcionamento Físico* - Avalia a presença e extensão de limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. As dimensões das capacidades físicas observadas são auto cuidado, mobilidade, e actividades com variação na severidade do esforço (Patrick, Bush, & Chen, 1973). A presença/ausência de limitação é avaliada num continuum de 4 níveis de resposta que variam entre “sim, muito limitado” a “não, nada limitado”

*Limitações Actividades Diárias por Problemas de Ordem Emocional e Comportamental* - Avalia a extensão das limitações em termos de tipo, quantidade, desempenho em actividades escolares e recreativas devido a dificuldades emocionais e comportamentais num continuum de 4 níveis de resposta entre “sim, muito limitado a não, nada limitado”

*Limitações nas Actividades Diárias por Problemas de Ordem Física* - Avalia a extensão das limitações em termos de tipo, quantidade, desempenho em actividades escolares e com pares, devido a problemas de saúde física, num continuum de 4 níveis de resposta “sim, muito limitado a não, nada limitado”.

*Dor Corporal* - Avalia a intensidade e frequência da dor geral e o desconforto, num continuum de seis níveis de respostas que varia entre “nenhuma e muito grave”. A frequência da dor é também medida num continuum de seis níveis de resposta que varia de “nenhuma vez” a “todos/quase todos os dias”.



*Comportamento* - Avalia o comportamento como uma componente de saúde mental. A frequência de problemas de comportamento e a capacidade para se relacionar é medida num continuum de cinco níveis de resposta que varia entre “muitas vezes” e “nunca”. Além destes itens é pedida a classificação do comportamento global da criança. Este item global utiliza um continuum de cinco níveis de resposta de “excelente” a “mau”.

*Bem-Estar* - Avalia a frequência dos estados emocionais positivos e negativos, num continuum de cinco níveis de resposta que varia entre “todo o tempo” e “nunca”. Inclui itens para avaliar a ansiedade, depressão e afecto positivo.

*Auto Estima* - Avalia as dimensões da auto estima: satisfação com a escola, capacidade atlética, aparência, capacidade para estar com os outros, família e a vida em geral, num continuum de cinco níveis de resposta entre “muito satisfeito a muito insatisfeito”.

*Percepção de Saúde* - É uma avaliação subjectiva da saúde global e doença. É pedido aos pais que respondam à afirmação que melhor descreve a saúde passada, futura e actual da criança e a resistência e susceptibilidade à doença num continuum de cinco níveis de resposta que varia entre “Totalmente Verdade “ a “Totalmente Falsa”. A mudança na Saúde, no ano transacto, é avaliada utilizando um item global e um continuum de cinco níveis de resposta que varia entre “Muito Melhor que há um ano” a “Muito Pior agora que há um ano”.

*Impacto Emocional Parental* - Avalia a quantidade de distress experienciado pelos pais devido à saúde física da criança, bem estar emocional, atenção ou capacidades de aprendizagem, num continuum ente “Nenhuma” e “Muita”.

*Impacto Temporal Parental* - Avalia as limitações no tempo pessoal experienciadas pelo pais devido à saúde física da criança, bem estar emocional, atenção e capacidades de aprendizagem, num continuum de respostas de quatro níveis entre “Sim Muito Limitado a Não Nada Limitado”.

*Actividades Familiares* - Avalia a frequência de interrupção nas actividades habituais da família utilizando um continuo de cinco níveis de resposta entre “muitas vezes e nunca”.

*Coesão Familiar* - Avalia num único item as relações familiares. É pedida a classificação da capacidade da família em se entender num continuum de cinco níveis de resposta de “excelente a má”.

A escala também dispõe de duas pontuações sumárias, *SaúdePsicossocial e Saúde Física*.

## **Cotação/Interpretação**

Os itens são recodificados no sentido de *pontuações elevadas* serem sinónimo de *melhor saúde*. A recalibração é executada para os três itens com o continuum de respostas de “excelente” a “má” (Saúde Global, Comportamento e Mudança na Saúde).

Determina-se o número de sujeitos que completaram metade, ou mais, dos itens de cada escala. As pontuações da escala são calculadas se metade dos itens, ou mais, dentro da escala são respondidos, ou metade e mais um para as escalas com um número ímpar de itens. As pontuações brutas são calculadas pelo cálculo da média algébrica dos itens.

As escalas multi item com excepção das actividades familiares são utilizadas para calcular as pontuações sumárias psicossocial e física. As escalas *Funcionamento Físico*, *Limitações das Actividades Diárias por Problemas de Ordem Física*, *Dor Corporal*, e *Percepção de Saúde* correlacionam-se de forma elevada com a *componente física* e contribuem para a pontuação do índice sumário de *Saúde Física*. A *componente psicossocial* correlaciona-se de forma elevada com as Escalas *Limitações das Actividades Diárias por Problemas de Ordem Emocional e Comportamental*, *Auto Estima*, *Bem-estar*, *Comportamento*, *Impacto Parental Emocional* e *Impacto Parental Temporal* que contribuem para o índice sumário da *componente psicossocial*.

## **Características Psicométricas da Escala**

A mediana da fidelidade estimada para a escala CHQ PF50 na amostra americana é de (.84) (Langraf e Ware, 1996). O valor obtido para os coeficientes de mediana de fidelidade das escalas do CHQ-PF 50 em 26 grupos (amostras normativas e amostras clínicas) mostraram que, com algumas excepções, todas as escalas do CHQ-PF 50 atingem ou excedem o nível mínimo para comparação de grupo ( $\geq .70$ ). Funcionamento Físico (0.92); Limitações nas Actividades Diária por Problemas Emocionais e Comportamentais (0.84); Limitações nas Actividades Diária por Problemas de Ordem Física (0.90); Dor Corporal (0.88); Comportamento (0.80); Bem Estar (0.76); Auto Estima (0.84); Impacto Emocional Temporal (0.70); Impacto Temporal Parental (0.78); Limitações nas Actividades Familiares (0.93). O coeficiente mais baixo foi observado na Escala de Percepção de Saúde Geral (que varia entre 0.46-0.80). Os coeficientes de fidelidade de consistência interna para as escalas física e psicossocial na amostra americana são de 0.93.

A análise factorial de componentes principais realizada para avaliar a validade de constructo do CHQ-PF50 e a validade de cada uma das 10 escalas do CHQ em relação a

dois factores, *saúde física e saúde psicossocial*, conduziu à construção de medidas físicas e psicossociais sumárias. A confirmação empírica desta estrutura de factores constitui uma forte evidência da validade de constructo do questionário. As duas componentes contribuem com 59.2% da variância total medida nas dez escalas na população americana em geral.

O padrão de correlações entre as escalas CHQ e os dois componentes obtidos suporta com robustez a interpretação dos dois componentes de saúde física e psicossocial. Mais especificamente a escala funcionamento físico satura fortemente ( $r = 0.82$ ) na componente física e fraca na componente psicossocial ( $r = 0.082$ ). Também as escalas *Limitações das Actividades Diárias por Problemas de Ordem Física*, *Percepção de Saúde e Dor Corporal* saturam mais fortemente na *componente física* do que na psicossocial. A escala *Comportamento* correlaciona-se de forma mais elevada ( $r = 0.82$ ) com a *componente psicossocial*. A escala *Bem-Estar* tem a segunda saturação mais elevada ( $r = 0.078$ ) e as escalas *Limitações das Actividades Diárias por Problemas de Ordem Emocional* e *Comportamental e Auto Estima* têm saturações mais fortes na *componente psicossocial* do que na *componente física*. As escalas *Impacto Emocional Parental e Impacto Temporal Parental* tem saturações dignas de nota ( $r > 0.30$ ) tanto na *componente física* como *psicossocial*, apesar de ambas apresentarem correlações *mais elevadas* com a *componente psicossocial*.

A validade preditiva foi avaliada através da relação entre as pontuações das escalas do CHQ com condições de saúde de natureza similar. Por exemplo, espera-se que pontuações na escala de comportamento se correlacionem com relatos de condições de saúde relacionadas com o comportamento (problemas de comportamento, ansiedade, depressão e distúrbios do sono). Foram encontradas correlações significativas entre a escala de bem-estar e problemas de ansiedade ( $r = -0.35, p < 0.00$ ) e depressão ( $r = -0.31, p < 0.00$ ). A escala de comportamento também se correlaciona significativamente com questões separadas de problemas de comportamento ( $r = -0.50, p < 0.00$ ), e com uma composição de problemas de ansiedade, problemas de comportamento, depressão e distúrbios de sono ( $r = -0.40, p < 0.00$ ). Correlações significativas similares foram encontradas para itens relacionados com a *componente física*.

A estabilidade teste reteste, em crianças que não experienciaram nenhum evento significativo é positiva para todas as escalas e moderadamente elevada (rho Spearman 0.54-0.73). Quando as crianças referem ter vivenciado un acontecimento significativo, os resultados são similares embora sejam encontradas correlações negativas para a escala de

Funcionamento Físico e Limitações nas Actividades Diárias por Problemas de Ordem Física (rho Spearman: 0.18-0.77).

### Características psicométricas na amostra de pais separados

No estudo psicométrico do CHQ, e à semelhança do que foi feito pelos autores originais calculou-se a mediana da fidelidade da escala total que na amostra portuguesa é de (.81). Decidiu-se também utilizar o procedimento dos autores do estudo australiano do CHQ- PF 50 (comparação de fidelidade, validade, estrutura e normas ) (Waters, Salmon, Wake, 2000) que avaliaram a consistência interna da escala pelo coeficiente do alfa de Cronbach.

O alfa de Cronbach nas sub escalas na *amostra de pais divorciados* é respectivamente:

**Quadro 4.0.** Alfa de Cronbach da Sub Escala Funcionamento Físico  
**Sumário da Escala: Média: 23.00 Desvio Padrão: 2.31 Alfa Cronbach : (.77)**  
**(n= 84)**

Itens	Média se Item Eliminado	Variância se Item Eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
5_2_1a	19,37	2,829	,649	,715
5_2_1b	19,31	2,567	,847	,627
5_2_1c	19,07	4,492	,509	,752
5_2_1d	19,12	4,106	,522	,739
5_2_1e	19,08	4,376	,566	,742
5_2_1f	19,05	4,895	,215	,794

**Quadro 4.1.** Alfa de Cronbach da Sub Escala Limitações nas Actividades Diárias por Dificuldades Emocionais e Comportamentais  
**Sumário da escala: Média :10.85 Desvio padrão:2.1 Alfa Cronbach : (.90)**  
**(n=84)**

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
5_3_1a	7,20	2,187	,783	,881
5_3_1b	7,18	2,365	,860	,837
5_3_1c	7,31	1,831	,816	,869

**Quadro 4.2.** Alfa de Cronbach da Sub Escala Limitações nas Actividades Diárias devido à Saúde Física  
**Sumário da escala: Média :7.52 Desvio padrão:1.17 Alfa Cronbach: (.98)**  
**(n=84)**

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
5_3_2a	3,76	,352	,966	,98
5_3_2b	3,76	,352	,966	,98

**Quadro 4.3. *fa de Cronbach* da Sub Escala *Dor***  
**Sumário da escala: Média :9.88 Desvio padrão:2.11 Alfa Cronbach: (.88)**  
**(n=84)**

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
5_4_1	5,01	1,193	,796	.88
5_4_2	4,87	1,296	,796	.88

**Quadro 4.4. *Alfa de Cronbach* da Sub Escala *Comportamento***  
**Sumário da escala: Média : 23.79 Desvio Padrão: 4.41 Alfa Cronbach: (.81)**  
**(n= 84)**

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se eliminado
5_5_1a	20,22	12,750	,691	,754
5_5_1b	20,57	11,502	,659	,769
5_5_1c	19,58	14,143	,560	,786
5_5_1d	18,84	18,908	,214	,839
5_5_1e	19,48	13,438	,693	,757
5_5_2	20,28	13,434	,644	,767

**Quadro 4.5. *Alfa de Cronbach* da Sub Escala *Bem Estar***  
**Sumário da escala: média :19.51 Desvio padrão:3,33 Alfa Cronbach: (.77)**  
**(n= 84)**

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
5_6_1a	15,46	8,147	,475	,758
5_6_1b	15,19	7,066	,652	,698
5_6_1c	15,95	6,768	,546	,742
5_6_1d	15,78	7,223	,625	,709
5_6_1e	15,65	8,325	,470	,760

**Quadro 4.6 *Alfa de Cronbach* da Sub Escala *Auto Estima***  
**Sumário da escala: Média :24.98 Desvio Padrão:4.31 Alfa Cronbach : (.80)**  
**(n= 84)**

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
5_7_1a	21,18	12,738	,522	,790
5_7_1b	21,08	13,450	,525	,785
5_7_1c	20,65	14,467	,522	,785
5_7_1d	20,80	12,742	,627	,760
5_7_1e	20,55	13,848	,554	,778
5_7_1f	20,63	13,495	,673	,755

**Quadro 4.7.** *Alfa de Cronbach da Sub Escala Percepção de Saúde*  
**Sumário da escala: média : 16,12 Desvio padrão: 2,98 Alfa Cronbach: (.41)**  
**(n= 84)**

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
5_1	12,5435	5,941	,406	,220
5_8_1a	11,5577	6,166	,359	,257
5_8_1c	11,7075	7,171	,087	,452
5_8_1d	14,8077	7,663	,075	,446
5_8_1e	13,9003	5,684	,192	,392

A retirada de um item que apresentava valor residual negativo (item 5.8.1b) fez subir o alfa de Cronbach da escala para .41. Decidiu-se considerar esta escala para o cálculo da medida Sumária de *Saúde Física* apesar do alfa obtido, pelas razões que se indicam: 1) na versão original o coeficiente de fidelidade da Escala de Percepção de Saúde é baixo na maioria dos grupos onde foi calculado (Langraf & Ware, 1996). Os coeficientes alfa que atingem ou excedem (.70) foram observados apenas em seis, dos 26 grupos onde foi calculado. Os autores consideram que a mediana do coeficiente de fidelidade para esta escala é de (.68). Os coeficientes variam entre (0.46) a (.80); 2) como se pode ver pelo cálculo da análise factorial a escala Percepção de Saúde satura em (.62) na componente Saúde Física na amostra de crianças de pais divorciados; Dada a relevância clínica da escala e a necessidade de manter a estrutura original da Escala de Saúde Física.

**Quadro 4.8.** *Alfa de Cronbach da Sub Escala Impacto Emocional nos Pais*  
**Sumário da escala: Média :9.20 Desvio Padrão:3.81 Alfa Cronbach : (.85)**  
**(n=84)**

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se eliminado
5_9_1a	5,65	7,795	,627	,889
5_9_1b	6,31	6,289	,809	,720
5_9_1c	6,44	6,707	,761	,768

**Quadro 4.9.** *Alfa de Cronbach da Sub Escala Impacto no Tempo dos Pais*  
**Sumário da escala: Média :9.60 Desvio Padrão:2.29 Alfa Cronbach : (.72)**  
**(n=84)**

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se eliminado
5_9_2a	6,01	3,771	,335	,838
5_9_2b	6,42	2,170	,729	,382
5_9_2c	6,77	2,032	,632	,525

**Quadro 5.0.** *Alfa de Cronbach da Sub Escala Actividades Familiares*  
**Sumário da escala: média : 26.23 Desvio padrão: 4,13 Alfa Cronbach: (.79)**  
**(n=84)**

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se eliminado
5_9_3a	21,86	12,090	,636	,748
5_9_3b	21,93	12,242	,583	,759
5_9_3c	21,83	12,604	,541	,769
5_9_3d	21,79	12,341	,572	,762
5_9_3e	21,93	12,415	,447	,795
5_9_3f	21,80	12,523	,554	,766

À semelhança do estudo da versão original e do estudo australiano procedeu-se também à realização de uma análise factorial a dois factores que confirmou a existência de duas medidas sumárias, a escala de *Saúde Física* e a escala de *Saúde Psicossocial*. Contudo e contrariamente ao estudo americano, a escala Limitações de Actividades Diárias na Saúde Física satura tanto nesse factor (.40) como na Saúde Psicossocial (.50), mas mais fortemente no psicossocial. Dado que esta sub escala satura acima de (.30) em qualquer das escalas optou-se por manter a versão original colocando-a na saúde física, como acontece na versão original do questionário

**Quadro 5.1.** *Estrutura do CHQ - (Dois factores : Saúde Física e Saúde Psicossocial)*  
 (loadings significativos  $\geq$  .40)

Escalas	Componentes	
	<i>Saúde Psicossocial</i>	<i>Saúde Física</i>
Funcionamento Físico	,075	<b>,774</b>
Limitações Actividades Diárias por problemas emocionais e comportamentais	<b>,694</b>	,192
Limitações de Actividades Diárias por Saúde Física	<b>,501</b>	<b>,415</b>
Dor Corporal	,212	<b>,717</b>
Comportamento	<b>,853</b>	-,050
Bem Estar	<b>,665</b>	,223
Auto Estima	<b>,681</b>	,014
Percepção de Saúde	,154	<b>,622</b>
Impacto Emocional nos Pais	<b>,623</b>	,240
Impacto no Tempo dos Pais	<b>,521</b>	,320
Actividades Familiares	,672	,273

Método de Extração: Análise de Componentes Principais  
 Método de Rotação: Varimax with Kaiser Normalization

Em seguida calculou-se o valor da fidelidade para as duas sub escalas como se pode observar pelo **quadro 5.2** e **quadro 5.3**.

**Quadro 5.2. Alfa de Cronbach da Escala de Saúde Física****Sumário da escala: Média: 59,98 Desvio Padrão: 6,05 Alfa Cronbach : (.75)(n=84)**

Itens	Média se Item Eliminado	Variância se Item Eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
5_1	56,39	29,430	,576	,722
5_2_1a	56,35	29,944	,642	,718
5_2_1b	56,29	30,706	,590	,724
5_2_1c	56,05	34,943	,378	,751
5_2_1d	56,10	34,575	,315	,751
5_2_1e	56,04	34,678	,541	,747
5_2_1f	55,99	36,102	,373	,758
5_3_2a	56,23	32,928	,477	,739
5_3_2b	56,23	32,954	,474	,739
5_4_1	55,15	28,977	,513	,728
5_4_2	54,99	27,707	,668	,708
5_8_1a	55,37	29,608	,615	,719
5_8_1c	55,53	34,927	,046	,781
5_8_1d	55,24	35,614	,033	,774
5_8_1e	57,74	33,609	,061	,798

A fidelidade da Sub escala Saúde Física calculada pela computação do Alfa de Cronbach é de (.75) o que nos permite considerá-la aceitável. De salientar que a retirada do item 5.8.1b fez subir o alfa de Cronbach da escala de Saúde Física de (.71) para (.75).

**Quadro 5.3. Alfa de Cronbach da Escala de Saúde Psicossocial****Sumário da escala: Média:97,93 Desvio Padrão:14,42 Alfa Cronbach: (.90) (n= 84)**

Itens	Média se Item Eliminado	Variância se Item Eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
5_3_1a	94,29	196,518	,501	,899
5_3_1b	94,26	196,155	,609	,898
5_3_1c	94,39	193,650	,549	,898
5_5_1a	94,36	187,243	,640	,896
5_5_1b	94,70	181,561	,666	,895
5_5_1c	93,71	194,843	,424	,901
5_5_1d	92,98	206,786	,143	,904
5_5_1e	93,61	189,213	,650	,896
5_5_2	94,41	190,119	,579	,897
5_6_1a	93,88	198,055	,391	,901
5_6_1b	93,61	195,636	,445	,900
5_6_1c	94,37	188,680	,597	,897
5_6_1d	94,20	192,738	,569	,898
5_6_1e	94,07	199,138	,365	,902
5_7_1a	94,13	189,504	,514	,899
5_7_1b	94,02	197,342	,318	,903
5_7_1c	93,60	195,304	,491	,899
5_7_1d	93,75	196,197	,355	,902
5_7_1e	93,50	195,444	,438	,900
5_7_1f	93,58	193,514	,554	,898
5_9_1a	94,38	191,286	,385	,903
5_9_1b	95,04	180,799	,622	,896
5_9_1c	95,17	181,564	,620	,896
5_9_2a	94,34	201,500	,286	,903
5_9_2b	94,75	194,010	,473	,900
5_9_2c	95,10	191,270	,505	,899



O cálculo da fidelidade da sub escala de Saúde Psicossocial obtida pela computação do Alfa de Cronbach permitiu obter um valor de ( .90). Pelo facto da nossa amostra não permitir o estudo da validade, em estudos futuros deve ter-se em consideração todos os itens da escala original, no sentido de reavaliar o comportamento destes em diferentes amostras.

## **DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS APLICADOS AS CRIANÇAS**

### **Versão Original**

#### **Children Beliefs about Parental Divorce Scale CBAPS): (Kurdek & Berg, 1987)**

A Escala de Crenças das crianças sobre Divórcio Parental é uma versão portuguesa da (*Children Beliefs about Parental Divorce Scale*).

Constituída por 36 itens avalia as crenças problemáticas, das crianças, sobre o divórcio parental. Contem seis sub escalas seleccionadas a partir das crenças problemáticas citadas na literatura (Kurdek & Berg, 1987):

*Escala de Ridículo de Pares e Evitamento* - Avalia se a criança acredita que a separação dos pais se reflecte negativamente em si. A criança evita os pares e mostra-se preocupada quando lhe colocam questões sobre os pais. Esta crença pode impedir que a criança beneficie dos amigos como fonte de suporte emocional.

*Escalas de Culpa Paternal* - Avalia se a criança responsabiliza o pai pela separação. Esta crença pode contribuir para a interacção negativa, com aquele progenitor, no período pós separação

*Escala de Culpa Maternal* - Avalia se a criança responsabiliza a mãe pela separação. Esta crença pode contribuir para a interacção negativa, com a mãe após separação.

*Escala do Medo de Abandono* – A separação implica a saída de um dos progenitores da casa de família e a perda de contacto com esse progenitor. A criança pode pensar que poderá igualmente perder o contacto com o pai/mãe com quem reside, crença que poderá levar a dependência excessiva, pensamentos obsessivos e medos acerca da perda.

*Escala de Esperança de Reunião* – Avalia se a criança acredita que a separação dos pais é temporária e que a reunificação da família será conseguida através do seu comportamento, por exemplo desejando-o ou ficando doente.

*Escala de Auto Culpabilização* – Avalia se a criança acredita que a separação dos pais é devida a algo que fez ou disse. Esta crença pode levar a culpa e depressão.

### **Cotação/Interpretação**

A CBAPS é cotada por resposta problemática. Uma resposta positiva nos itens 1,2,3,4,6,9,11,12,14-20,22,23,27,29,30,35,36 e uma resposta negativa nos itens 5,7,8,13,21,24-26,28,31-34 indica uma resposta problemática. A pontuação das seis sub escalas é obtida pela soma do número de crenças problemáticas dentro de cada sub escala. A pontuação total é obtida pela soma do número de crenças problemáticas através dos itens com uma pontuação total possível de 36. Pontuações elevadas na CBAPS reflectem pior ajustamento.

A análise das propriedades psicométricas da Escala CBAPS fornece níveis aceitáveis de consistência interna com um alpha de Cronbach's de 0.80. Os níveis de consistência interna para as seis sub escalas obtidos por Kurdek e Berg, (1987) são respectivamente 0.62, 0.78, 0.77, 0.73, 0.78 e 0.54 para cada uma das sub escalas na ordem atrás mencionada.

A análise factorial da CBAPS mostrou que todas as escalas emergiam como factores separados e relativamente independentes, com excepção das escalas de medo de abandono e auto culpabilização.

A Escala tem boa validade concorrente com as crenças problemáticas geralmente relacionadas com auto registos de mau ajustamento. As pontuações totais estão significativamente relacionadas com elevada ansiedade, baixo auto conceito e baixo suporte social.

### **Características Psicométricas na amostra de pais separados**

#### **Fidelidade**

Considerando que não existe qualquer estudo de adaptação da escada e que esta se revela um instrumento relevante do ponto de vista clínico, procedeu-se a um estudo exploratório do instrumento. Obteve-se um alfa de Cronbach de (.67), observando-se a existência de um item com valor residual (22) que em nada contribuiu para a fidelidade da

escala tendo por isso sido retirado mas que mesmo assim não alterou o alfa total da escala que por ser inferior ao valor convencionado (.70) suporta a sua não utilização neste estudo.

**Quadro 5.4.** *Alfa de Cronbach* do CBAPS– Versão Original (36 itens)  
**Sumário da escala: média = 8.96 Desvio padrão 3.67 Alfa Cronbach : (.67)**  
**(n=84)**

Itens	Média se Item Eliminado	Variância se Item Eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
1	8,4513	11,929	,379	,653
2	8,3085	12,384	,257	,665
3	8,5347	11,581	,498	,640
4	8,0227	13,284	,067	,677
5	8,5780	12,794	,137	,676
6	8,8069	12,635	,310	,662
7	8,8442	13,116	,138	,674
8	8,7251	12,522	,276	,664
9	8,8430	13,221	,089	,677
10	8,9156	13,439	,032	,677
11	8,8406	13,380	,015	,681
12	8,8551	12,883	,269	,667
13	8,8323	12,887	,230	,668
14	8,3323	12,518	,213	,669
15	8,5298	12,078	,345	,656
16	8,8085	13,057	,133	,674
17	8,4156	12,638	,170	,674
18	8,8551	12,691	,369	,661
19	8,8671	12,503	,507	,655
20	8,3561	12,289	,277	,663
21	7,9876	13,365	,056	,677
23	8,8680	13,380	,027	,679
24	8,6418	12,926	,109	,678
25	8,8918	13,080	,240	,670
26	8,7370	12,968	,126	,676
27	8,7225	12,374	,329	,659
28	8,9156	13,452	,020	,678
29	8,7013	12,802	,167	,673
30	8,7966	13,195	,070	,679
31	8,7346	12,979	,122	,676
32	8,7370	12,407	,326	,660
33	8,9394	13,498	,000	,677
34	8,9275	13,388	,123	,675
35	8,7727	13,273	,031	,682
36	8,8442	13,140	,127	,674

A Sub escala *Culpa Paternal* apresenta um valor do alfa de Cronbach de (.80) superior ao obtido pelos autores (.78) e ao valor convencionado (.70) pelo que se decidiu considerar esta escala na análise estatística e apresentar os valores de fidelidade.

As restantes sub escalas apresentam um alfa de Cronbach de : “Medo do Ridículo e Evitamento” (.41); “Medo do Abandono” (.53); “Culpa Maternal” (.33); “Esperança de Reunião” (.58); “Auto Culpabilização” (.55), valores que por serem inferiores a .70

suportam a não utilização das sub escalas neste estudo. O **Quadro 5.5.** apresenta os valores do alfa de Cronbach para a sub escala de *Culpa Paternal*.

**Quadro 5.5.** Alfa de Cronbach da Sub Escala *Culpa Paternal*  
**Sumário da escala: Média = 2.44 Desvio padrão: 3, 69 Alfa Cronbach : .80 (n=84)**

Itens	Média se Item Eliminado	Variância se Item Eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se Item Eliminado
2	1,81	2,638	,521	,783
8	2,23	2,707	,602	,765
14	1,83	2,622	,522	,783
20	1,86	2,461	,635	,755
26	2,24	2,834	,513	,784
32	2,24	2,738	,594	,767

**Inventário de Depressão da Criança (CDI): Children Depression Inventory, Kovacs, 1992)** Tradução (Dias P. & Gonçalves, M., 1999).

O CDI é um questionário de auto relato adaptado do *Beck Depression Inventory*, constituído por 27 itens orientados para a pesquisa de sintomas depressivos, agrupados em 5 escalas: humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e auto estima negativa que se destina a crianças e adolescentes dos 7 aos 17 anos.

### **Cotação/Interpretação**

Cada um dos 27 itens que constituem o CDI exigem que a criança escolha uma das três frases alternativas, classificadas com um valor (0,1 ou 2) que melhor descrevem os seus sentimentos e ideias, significando os valores mais elevados uma maior severidade dos sintomas. As afirmações representam sintomas característicos de sujeitos não deprimidos, moderadamente deprimidos e fortemente deprimidos. *Pontuação elevada* no CDI reflecte *pior ajustamento*

O CDI possui dados normativos, ainda que preliminares, para Portugal que se basearam na administração do questionário a 191 sujeitos, dos 8 aos 17 anos. Os resultados do estudo são de uma forma geral satisfatórios, ao nível da fidelidade e da validade. A fidelidade do CDI foi avaliada pelo cálculo do coeficiente alpha de Cronbach sendo o alfa encontrado para a amostra total (N= 191) de (.80).

A validade do CDI é sustentada por investigações centradas no estudo das relações com outros instrumentos de avaliação, principalmente inventários de auto resposta, completados pela criança e orientados para a medida de outros constructos (Dias & Gonçalves, 1999).

## **Características psicométricas na Amostra de Pais Separados**

Tendo O CDI sido adaptado numa amostra idêntica à nossa, ao nível sócio demográfico, apresentamos apenas o resultado de alfa de Cronbach na amostra de pais divorciados que foi de (.82).

### **STAIC2 – *State Trait Anxiety Inventory for Children* , (Spielberger et al., 1973)**

O State - Trait Anxiety Inventory for Children, (STAIC) foi desenvolvido para avaliar a ansiedade em duas dimensões distintas: ansiedade - estado (STAIC c-1) e ansiedade –traço (STAIC c-2). Neste estudo apenas foi aplicada a escala c-2, relativa à ansiedade-traço, por se tratar de uma medida mais estável dos níveis de ansiedade das crianças.

### **Cotação/Interpretação**

A escala ansiedade – traço é um instrumento de auto resposta, que consiste em 20 frases às quais os sujeitos respondem indicando como geralmente se sentem, numa escala de 3 níveis: “nunca”, “às vezes”, “muitas vezes”. Esta escala foi desenvolvida para medir diferenças individuais, relativamente estáveis, na tendência para experienciar estados de ansiedade. Pode ser administrada individual ou colectivamente, tendo sido desenvolvida para auto administração (Dias & Gonçalves, 1999).

A fidelidade do STAIC c-2 foi avaliada pelo cálculo do coeficiente alpha de Cronbach. Para a amostra total (n=185), o alpha obtido foi 0.76. Os coeficientes encontrados para a amostra feminina foram de 0.76 (N=111) e para a amostra masculina de 0.66 (N=74). No estudo realizado por Spielberger e colaboradores (1973), os valores de alpha encontrados para a amostra feminina foram de 0.81 e de 0.78 para a amostra masculina. As diferenças encontradas nestes valores poderão dever-se à maior dispersão etária da amostra do presente estudo (do 3º ao 10º ano), dado que a amostra do estudo de Spielberger era constituída por alunos do 4º, 5º e 6º ano de escolaridade.

A validade convergente do STAIC c-2 foi calculada através da correlação com o CMAS-R. Os valores da escala de Ansiedade do CMAS-R em 175 sujeitos apresentaram uma correlação de 0.578 ( $p \leq 0.01$ ) com os totais dos mesmos sujeitos no STAIC c-2. No estudo de Spielberger, os resultados do STAIC c-2 foram correlacionados com uma versão anterior ao CMAS-R (CMAS), tendo sido encontrados valores de 0.75.

### **Características psicométricas na amostra de pais separados**

Pelo facto de existirem dados normativos calculados com base numa amostra com as mesmas características sócio demográficas da população alvo deste estudo faz-se apenas referência ao valor de fidelidade obtido na amostra de crianças de pais divorciados, que é de (.78.)

### **Children's Perceptions of Interparental Conflict Scale (CPIC; Grych, Seid & Fincham, 1992)**

Avalia a percepção e compreensão da criança sobre o conflito interparental. É constituída por 49 afirmações e avalia 10 dimensões do conflito: frequência, intensidade, conteúdo, resolução, ameaça, eficácia de coping, conteúdo (relacionado com a criança/não relacionado com a criança), triangulação, estabilidade e auto culpabilização (Grych, Seid & Fincham, 1992). A criança deve reportar-se aos tempos em que os pais viviam juntos e tinham desentendimentos e assinalar o que pensava ou sentia quando eles discutiam ou não estavam de acordo, colocando uma cruz no quadrado antes da palavra que indica se a afirmação é verdadeira (2), às vezes verdadeira (1) ou falsa (0).

### **Cotação/ Interpretação**

Os itens são pontuados de 1 a 3 com pontuações mais *elevadas* a reflectirem *formas mais negativas de conflito* e sua avaliação.

Na análise factorial da escala numa amostra de crianças na faixa etária entre os 9-12 anos, emergiram três factores: Propriedades de Conflito (Frequência, Intensidade e Resolução), Ameaça (Ameaça e Eficácia de Coping) e Auto Culpabilização (Conteúdo e Auto Culpabilização). A escala Propriedades de Conflito indica a extensão na qual o conflito é frequente, intenso e não resolvido. A escala Ameaça reflecte se a criança se sente ameaçada pelo conflito interparental e a capacidade percebida de lidar com o conflito. A escala de Auto culpabilização avalia a frequência de conflito relacionado com a criança e o grau no qual a criança se culpabiliza a si própria pelo conflito marital.

A Escala possui ainda as sub escalas de “estabilidade” e “triangulação” que saturam diferentemente de acordo com as amostras. A sub escala estabilidade mostrou saturar no factor Frequência/Intensidade/Resolução e no factor Conteúdo/Auto Culpabilização. A sub escala Triangulação satura no factor Ameaça/Coping e no factor Auto Culpabilização/Conteúdo. Retiradas estas dimensões, as restantes escalas foram

refatorizadas e as dimensões que compreendiam os três factores não se alteraram. Os autores consideraram que a saturação inconsistente da escala “estabilidade” pode ser resultado da sua fidelidade, a mais baixa entre as sub escalas nas várias amostras. Por seu lado, a sub escala “triangulação” pode estar significativamente associada tanto à Auto Culpabilização/Conteúdo como à Ameaça/Eficácia de Coping (Grych et al., 1992), pelo que os autores aconselham a revisão e reanálise da escala no sentido da compreensão da relação com outras dimensões em futuras investigações.

A CPIC demonstrou consistência interna adequada, fidelidade teste reteste, validade concurrente e de critério. A consistência interna de cada uma das nove sub escalas foi avaliada pelo cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, em duas amostras, assumindo os seguintes valores: Intensidade (.82, .80), Frequência (.70, .68), Resolução (.83, .82), Ameaça (.82, .83), Eficácia de Coping (.69, .65), Auto Culpabilização (.61,.69), Conteúdo (.74, .82), Estabilidade (.65, .64), Triangulação (.71, .62). As escalas estão correlacionadas umas com as outras e algumas escalas (frequência e intensidade) estão altamente correlacionadas.

A consistência das escalas (Propriedades de Conflito, Ameaça e Auto Culpabilização) foi avaliada pelo alfa de Cronbach e teste reteste, tendo excedido o valor mais baixo (.70) recomendado para uso em pesquisa (Nunnally, 1978). O alfa de Cronbach para as três escalas foi respectivamente (.89), (.83) e (.84) e a fidelidade teste reteste em duas semanas apresenta valores na ordem de Propriedades de conflito (.70); Ameaça (.68) Auto Culpabilização (.76) respectivamente (Grych et al, 1992). A escala total (uma medida composta pelas três sub escalas) obteve um alfa de Cronbach de (.93).

A validade da CPIC foi avaliada pela comparação da pontuação nas três escalas da CPIC com medidas parentais de avaliação do conflito marital, O’Leary-Porter Scale, (OPS); (Porter & O’Leary, 1980), que avalia a percepção parental da frequência de ocorrência do conflito marital na presença da criança), e de agressão inter cônjuges (Conflict Tactics Scale), (CTS); (Straus, 1979) que avalia a agressão verbal e física entre os cônjuges). A CPIC surge significativamente correlacionada com a OPS [ $r(81) = .30$ ] e com a CTS [ $r(78) = .39$ ] (Grych et al., 1992).

A validade das sub escalas foi também avaliada pela análise da relação das percepções de conflito da criança com o seu ajustamento. A escala propriedades conflito surge significativamente relacionada com um grande número das medidas de ajustamento de rapazes e raparigas. Maior exposição a conflito frequente, intenso e mal resolvido está

relacionado com níveis elevados de problemas de externalização relatados pelos pais, professores/pares e com relatos de problemas de internalização (Grych et al., 1992).

A validade da escala propriedades de conflito é sustentada por correlações significativas com medidas de relato parental do conflito marital e agressão interparental. Evidência da validade das escalas de ameaça e auto culpabilização é fornecida por associações teoricamente preditivas das respostas das crianças a vinhetas de conflito avaliadas 2 a 3 meses depois. É de salientar que foram encontradas relações significativas entre as percepções de conflito da criança e o seu ajustamento: as crianças que relatam níveis elevados de conflito frequente, intenso e mal resolvido entre os pais evidenciam níveis elevados de problemas de internalização e externalização (Grych et al., 1992).

Os relatos de ameaça e auto culpabilização não surgiram fortemente relacionados com ajustamento. A única exceção a este padrão foi a associação positiva entre avaliações de ameaça e culpa e o auto relato da criança de problemas de internalização. Este resultado sugere que a criança que se sente ameaçada e incapaz de lidar com o conflito e se culpa a si própria pela sua ocorrência vai provavelmente exibir problemas tais como ansiedade e depressão. Se as avaliações de ameaça e culpa medem a associação entre exposição ao conflito e problemas de internalização então espera-se que a relação entre a escala de propriedades de conflito e os relatos da criança de problemas de internalização diminua significativamente uma vez que as escalas de ameaça e auto culpabilização participaram na equação, enquanto a ameaça e auto culpabilização permaneceram significativamente associadas a problemas de internalização (Baron & Kenny, 1986). A relação entre conflito marital e problemas de internalização depende do grau no qual a criança se sente ameaçada e se culpa a si própria quando o conflito ocorre, mais do que da exposição ao conflito por si só (Grych et al., 1992).

### **Características Psicométricas na Amostra de Pais Separados**

As dimensões do conflito interparental incluídas no presente estudo foram *intensidade, resolução, ameaça e triangulação* por constituírem vias através das quais os problemas maritais podem extravasar para a relação pais - criança e influenciar o desenvolvimento e saúde da criança. Fundamentam esta decisão, razões que se prendem com a extensão do protocolo de avaliação e com considerações de ordem teórica. Kerig (1995) refere que as dimensões específicas do conflito interparental como a intensidade, resolução e triangulação constituem factores de risco importantes para as crianças de casais



em conflito. Nestes entido não foram consideradas as dimensões Frequência, Eficácia de Coping, Conteúdo e Estabilidade.

A intensidade do conflito interparental (conceptualizado em termos de agressão ao nível verbal e físico presente durante o conflito ou do grau de afecto negativo ou hostilidade expressa pelos pais) tem estado associada a mais distress e mais problemas de comportamento e ajustamento nas crianças (Camara & Resnick, 1988; Grych & Fichman, 1993; Katz & Gottman, 1993; Kerig, 1996) assim como maior probabilidade de rejeição social (Strassberg et al, 1992). Os relatos de resolução de conflitos interparentais, pelas mães, estão associados a menor número de sintomas de internalização em ambos os sexos e menor auto relato de ansiedade nos rapazes. Os relatos de resolução dos pais estão significativamente associados a baixo auto relato de ansiedade apenas nas raparigas (Kerig, 1996).

A investigação mostra também que a experiência de triangulação está associada a distress e mau ajustamento (Amato, 1986; Buchanan, Maccoby, & Dornbusch, 1991; Câmara & Resnick, 1989). A triangulação na criança está associada a problemas de internalização posteriormente na adolescência (Buehler et al, 1998).

A ameaça percebida avalia a escalada do conflito e o envolvimento da criança. Tem sido identificada como um factor que influencia a associação entre conflito parental e problemas de internalização e externalização (Kerig, 1998). El Sheik e Harger (2001) demonstram que níveis elevados de ameaça percebida são um factor de vulnerabilidade encontrando associações positivas entre exposição ao conflito, níveis elevados de dificuldades de ajustamento, problemas de saúde e reactividade cardiovascular

O cálculo do alfa de Cronbach da escala constituída pelas dimensões intensidade de conflito, resolução, ameaça percebida e triangulação é de (.89) como se pode observar pelo **quadro 5.6.**

**Quadro 5.6. Alfa de Cronbach da CPIC – Versão Original (27 itens)**  
**Sumário da escala: Média = 25,47 Desvio padrão 10,30 Alfa Cronbach: (.89)**  
**(n=84)**

Itens	Média se Item Eliminado	Variância se Item Eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
1	24,49	100,172	,405	,893
2	25,06	100,671	,404	,893
3	24,10	97,993	,563	,889
4	24,16	97,393	,530	,890
5	24,81	97,982	,498	,891
6	24,24	96,733	,628	,888
7	24,39	98,768	,398	,893
8	24,25	99,766	,388	,893
9	24,18	101,251	,275	,896
10	24,92	101,961	,224	,897
11	24,55	99,133	,481	,891
12	24,39	95,329	,668	,887
13	24,20	95,797	,638	,887
14	25,03	100,316	,378	,893
15	24,06	101,197	,349	,894
16	25,02	103,687	,152	,897
17	24,31	97,662	,589	,889
18	24,28	95,533	,587	,888
19	24,62	99,123	,390	,893
20	24,04	97,579	,566	,889
21	25,18	98,838	,566	,890
22	24,31	98,546	,521	,890
23	24,58	97,976	,440	,892
24	25,10	99,493	,459	,891
25	24,91	97,567	,526	,890
26	24,19	98,560	,418	,893
27	24,80	98,323	,511	,890

No que se refere às sub escalas o valor do alfa obtido permite a utilização das escalas de intensidade, resolução e ameaça percebida. Na escala de triangulação o valor obtido (.68) é superior ao obtido pelos autores numa das amostras (.62), mas inferior a (.70). Contudo, considerando que o fenómeno da triangulação é difícil ser medido, principalmente a partir da perspectiva da criança (Kerig 1995), o valor obtido estar muito próximo de (.70) e a relevância clínica da escala para a investigação, decidimos pela sua utilização. Apresenta-se em seguida o alfa de Cronbach para cada sub escala.

**Quadro 5.7. Alfa de Cronbach da Sub Escala Intensidade**  
**Sumário da escala: Média = 7.09 Desvio Padrão: 3.51 Alfa Cronbach: (.82)**  
**(n=84)**

Itens	Média se Item Eliminado	Variância se Item Eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
3	5,73	9,382	,592	,802
8	5,88	9,496	,498	,818
12	6,01	8,512	,708	,781
17	5,94	9,110	,667	,791
20	5,66	9,108	,629	,796
21	6,81	10,238	,440	,825
25	6,53	9,432	,493	,819

**Quadro 5.8. Alfa de Cronbach da Sub Escala Resolução**  
**Sumário da escala: Média = 6.35 Desvio Padrão:2.96 Alfa Cronbach: (.81)**  
**(n=84)**

Itens	Média se Item Eliminado	Variância se Item Eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
1	5,37	6,408	,564	,787
6	5,12	6,209	,580	,784
11	5,43	6,082	,671	,764
15	4,94	6,490	,581	,784
22	5,20	5,969	,704	,756
27	5,68	6,858	,379	,828

**Quadro 5.9. Alfa de Cronbach da Sub Escala Triangulação**  
**Sumário da escala: Média = 4,81 Desvio padrão:3,27 Alfa Cronbach: (.68)**  
**(n=84)**

Itens	Média se Item Eliminado	Variância se Item Eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
2	4,40	8,730	,439	,642
5	4,14	8,461	,379	,652
7	3,72	7,823	,470	,628
10	4,26	8,962	,248	,685
14	4,37	8,762	,357	,658
16	4,35	9,393	,232	,683
19	3,96	7,779	,505	,619
24	4,44	8,808	,369	,655

**Quadro 6.0. Alfa de Cronbach da Sub Escala Ameaça Percebida**  
**Sumário da escala: Média =7.22 Desvio Padrão= 3.42 Alfa Cronbach : (.79)**  
**(n=84)**

Itens	Média se Item Eliminado	Variância se Item Eliminado	Correlação do Item com o Total Corrigido	Alfa de Cronbach se Item Eliminado
4	5,91	8,432	,595	,755
9	5,93	9,062	,445	,788
13	5,95	8,263	,638	,746
18	6,03	8,174	,573	,760
23	6,33	8,140	,588	,756
26	5,95	8,732	,471	,784

Dado que não foi utilizado o instrumento na sua totalidade não foi possível efectuar o estudo da validade do instrumento.

Assim, os instrumentos adaptados à amostra deste estudo revelam-se satisfatórios para a sua utilização nos testes de hipóteses.

## **ANÁLISES EXPLORATÓRIAS**

Nas análises exploratórias tenta-se compreender qual a relação entre as variáveis sócio demográficas e psicossociais (sexo da criança, número de visitas, acompanhamento, relação inter parental após o divórcio, rendimento escolar, impacto emocional da separação na criança e relacionamento com pares) com as escalas de problemas da criança (CBCL), morbidade psicológica (CDI e STAI), saúde (CHQ), culpa (CBAPS) e percepção de conflito parental (CPIC)

## **HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO**

A partir da bibliografia consultada e explanada na primeira parte, e das questões apresentadas, forma formuladas as seguintes hipóteses de investigação, no sentido de avaliar o impacto do divórcio na saúde das crianças:

### **Hipótese 1**

Espera-se a existência de diferenças significativas, nas variáveis psicossociais, ajustamento ao divórcio (DAI), comportamento (CBCL), saúde (CHQ), crenças (CBAPS), depressão (CDI), ansiedade (STAI- c2), avaliações de conflito (CPIC) no grupo de divórcio parental litigioso versus mutuo consentimento.

O divórcio parental é um importante factor de risco para problemas desenvolvimentais (Simons, 1996). As modalidades de divórcio mutuo consentimento e litigioso diferem entre si na severidade do conflito que lhes é inerente. O divórcio por mutuo consentimento não procura a culpa e acontece quando os cônjuges estão de acordo no reconhecimento das incompatibilidades e diferenças, adoptando uma postura conciliadora no interesse dos filhos (Pinto & Pereira, 2005). O divórcio litigioso como a própria expressão indica é um litígio, um processo de um cônjuge contra o outro (Torres, 1996), que pode exacerbar o conflito interparental.

A investigação mostra que o conflito associado ao divórcio influencia o ajustamento do progenitor e da criança, conduzindo a problemas de ajustamento e saúde (Troxel & Mathews, 2004). Dado que a ideia de culpa está presente no litigioso e é declarada, espera-se uma diferença significativa nos dois grupos (Bohannon, 1973), ao nível das variáveis psicossociais ajustamento ao divórcio, comportamento, depressão, ansiedade, avaliações de conflito e saúde, com valores mais positivos destas variáveis no grupo de mutuo consentimento por ser um processo de divórcio protector da criança.

## **Hipótese 2**

Espera-se que as crianças cujos pais apresentam melhor ajustamento ao divórcio, (DAI), apresentem menores índices de problemas de comportamento (CBCL) e melhores índices de saúde (CHQ), controlado o estatuto sócio económico dos progenitores (Graffar).

O ajustamento psicológico dos pais tem demonstrado ser um preditor da sua disponibilidade física e emocional para a criança e subsequentemente do ajustamento da criança ao divórcio. Os efeitos do conflito e divórcio na saúde física da criança, são transmitidos principalmente por via indirecta, através da alteração e deterioração da relação pais - criança (Troxel & Mathews, 2004). O mau ajustamento dos pais e consequente comprometimento das práticas parentais explicam uma porção significativa dos problemas de internalização e externalização da criança (Simons, 1996). A interferência do ajustamento dos pais na qualidade da parentalidade pode influenciar a saúde de forma indirecta ao conduzir a deficits na capacidade de regulação da emoção, competência social, coping e competências de processamento de informação (Troxel & Mathews, 2004). Espera-se assim que as crianças cujos pais apresentam melhor ajustamento ao divórcio apresentem melhores índices de comportamento e saúde.

Decidiu-se controlar a variável nível sócio económico pelo facto de a alteração do estatuto sócio económico familiar, subsequente à separação, constituir uma via através da qual os factores maritais actuam sobre a saúde na criança, através da escassez de recursos, da maior exposição ao stress e do posterior comprometimento das práticas parentais (Troxel & Mathews, 2004), factores que aumentam o risco de problemas de comportamento e saúde (Taylor, Repetti, & Seeman, 1997).

### **Hipótese 3**

Espera-se que as crianças com níveis elevados de conflito (CPIC), apresentem risco aumentado para morbidade psicológica (CDI, STAI), maior culpa paternal (CBAPS), e menores índices de saúde física e psicossocial (CHQ), controlando a duração da separação.

A investigação estabelece uma associação positiva entre exposição ao conflito marital/dissolução e problemas de ajustamento da criança (Cummings & Davies, 1994; Grych & Fincham, 1990). As dimensões do conflito avaliadas no nosso estudo, intensidade, resolução triangulação e ameaça percebida constituem factores de risco para as crianças de ambientes em conflito. A intensidade do conflito e a sua não resolução estão associadas a mais distress e problemas de ajustamento (Câmara & Resnick, 1988; Grych & Fincham, 1993). A experiência de triangulação também está associada a distress e mau ajustamento (Amato, 1986; Camara & Resnick, 1989). Por último a ameaça percebida tem sido identificada como um factor que influencia a associação entre conflito e problemas de internalização e externalização (Kerig 1998).

Consideramos que as crianças que experienciarem níveis elevados desta dimensões vão apresentar desregulação emocional, via que liga o conflito marital a efeitos adversos na criança (Troxel & Mathews, 2004). Por sua vez, a desregulação afectiva está associada ao risco de saúde física através da depressão e ansiedade (Troxel & Mathews, 2004). A investigação suporta a associação entre depressão e ansiedade, e problemas de saúde psicossocial e física (Rozanski, & Blumenthal, Kaplan, 1999). A depressão está também relacionada com todas as causas de mortalidade (Wuslin, Valliant, & Wells, 1999) e com a supressão do sistema imunitário (Herbert & Cohen, 1993).

Avaliam-se as crenças por estarem relacionadas com desordenas afectivas e comportamentais. As crianças constroem muitas vezes crenças problemáticas sobre a natureza do divórcio parental (Gardner 1976; Mendell 1983; Tessman 1978) e podem estar em risco de desenvolver psicopatologia dado que as crenças estão relacionadas com uma variedade de cognições e afectos disfuncionais que provocam elevação da ansiedade, baixo auto-conceito e baixo suporte social (Kurdek, 1987), que por sua vez se constituem como vias psicossociais afectivas que levam a problemas de saúde.

Considerou – se importante controlar a duração da separação por ser uma variável temporal que influencia o ajustamento da criança ao divórcio. A investigação é conclusiva em documentar que os problemas das crianças decrescem com o tempo após o divórcio (Emery, 1999).

#### **Hipótese 4**

Espera-se que as crianças que experienciaram a separação parental em idades mais jovens apresentem mais problemas de comportamento (CBCL), morbidade psicológica (CDI e STAI) e pior saúde (CHQ), quando comparadas com as crianças que experienciaram o divórcio em idade mais tardia.

As teorias convergem na asserção de que crianças mais jovens estão em maior risco para problemas no período pós divórcio (Emery, 1999). A sua capacidade cognitiva e o seu nível de desenvolvimento impedem que compreendam o significado e as implicações do divórcio (Hetherington & Stanley – Hagan, 1999). As idades mais jovens constituem um período de grande vulnerabilidade ao divórcio parental, relacionando-se com aumento de ansiedade, hiperactividade, comportamento oposicional, problemas comportamentais e de auto estima comparativamente a crianças cujo divórcio parental ocorre mais tarde (Pagani, Boulerice, Tremblay e Vitaro, 1997). De acordo com Troxel e Mathews (2004), a criança vulnerável pelo factor idade se exposta a níveis elevados de conflito interparental pode tornar-se particularmente sensibilizada aos stressores por ter competências de regulação emocional inadequadas (Calkins, 1994). Como já referimos a desregulação afectiva está associada ao risco de saúde física através da depressão e ansiedade (Troxel & Mathews, 2004) podendo traduzir-se em menor saúde.

#### **Hipótese 5**

Prevê-se que as diferentes variáveis sócio demográficas (sexo, nível, sócio económico), clínicas (acompanhamento) e psicossociais (ajustamento, comportamento, conflito e morbidade) tenham um impacto diferente na saúde física e na saúde psicossocial da criança (CHQ).

A investigação identifica várias variáveis que ligam conflito marital e dissolução, com acentuação da morbidade e mortalidade ao longo do ciclo de vida (Troxel & Mathews, 2004). O divórcio está associado a um número importante de stressores. Entre as variáveis com capacidade explicativa para a ligação entre conflito marital e dissolução e acentuação da morbidade e mortalidade ao longo do ciclo de vida, destacamos o nível sócio económico, género, conflito, vias afectivas, comportamentais e cognitivas. A investigação mostra que o divórcio pode acelerar as trajectórias de risco de saúde da criança pela via do estatuto sócio económico. O nível sócio económico está relacionado

com o aumento da incidência e prevalência de desordens crónicas e infecciosas, sendo considerado um preditor psicossocial dos níveis de saúde (Williams & Collins 1995).

A literatura não é conclusiva sobre os efeitos do divórcio tendo em conta o género mas é amplamente aceite que o divórcio é mais problemático para os rapazes do que para as raparigas (Amato & Keith, 1991). Os rapazes respondem ao divórcio com problemas de externalização e as raparigas com problemas de internalização (Emery, 1982; Block, Block, & Morrison, 1981).

Entre os indicadores de desenvolvimento da criança relacionados com o divórcio e a parentalidade singular, também se encontram o aumento de níveis de depressão, ansiedade, agressão e de outros problemas emocionais e comportamentais (Emery, Hetherington, e DiLalla, 1985, Hetherington, Cox e Cox, 1982; Peterson e Zill, 1986). O conflito marital e dissolução pode transcender o contexto familiar e influenciar adversamente o desenvolvimento de redes sociais, pela criança.

A investigação (Rahkonen, Lahelma, & Muuhka, 1997) sugere que o conflito intenso está associado a risco aumentado de doença física e distress a longo prazo (Rahkonen, Lahelma, & Muuhka, 1997). A exposição repetida ao stress e incapacidade para modular a activação de forma efectiva, pode conduzir a alterações fisiológicas, onde se incluem hiperactividade do sistema simpático adreno medular (SAM) e desregulação do eixo hipotalâmico adrenocortical pituitário (HPA) (Krantz & McCeney, 2002), ou alterações da função serotoninérgica (Manuck et al., 1998) que se traduz em problemas de saúde física (Troxel & Mathews, 2004)

Assim procurou-se determinar quais das variáveis sociodemográficas (sexo, nível sócio económico), clínicas (acompanhamento) e psicossociais (ajustamento, comportamento, conflito e morbilidade) as mais determinantes na saúde física e na saúde psicossocial.



## **CAPITULO II -RESULTADOS**

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos através das análises estatísticas dos dados, recolhidos segundo as hipóteses de investigação formuladas a partir da revisão bibliográfica apresentada na primeira parte. Num segundo momento, apresentaremos os resultados das análises exploratórias da relação entre variáveis, em função de algumas características sócio demográficas.

Previamente à análise das hipóteses, exploratórias e de investigação, foi realizada uma avaliação da presença dos pressupostos da estatística paramétrica na nossa amostra, através da normalidade e homogeneidade da variância. O teste de Kolmogorov – Smirnov de ajustamento à curva normal e de homogeneidade da variância da distribuição da população (teste de Levene) em relação aos instrumentos de medida o qual revelou quais as condições presentes e o tipo de estatística a utilizar, conforme foi anteriormente referido.

### **Resultados dos Testes de Hipóteses**

#### **Hipótese 1**

Espera-se a existência de diferenças significativas, nas variáveis psicológicas e psicossociais, ajustamento ao divórcio (DAI), comportamento (CBCL), saúde (CHQ), crenças (CBAPS), depressão (CDI), ansiedade (STAI- C2), avaliações de conflito (CPIC) no grupo de divórcio parental litigioso versus mutuo consentimento.

Optou-se pela estatística não paramétrica, nomeadamente o teste de (Mann-Whitney U) para amostras independentes.

A análise dos cálculos efectuados (**Quadro 6.1**) permite verificar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos de divórcio por mutuo consentimento versus litigioso ao nível das escalas: Condições Protectoras, Resposta Positiva de Divórcio e Transição de Divórcio, em termos de ajustamento ao divórcio.

O grupo de mutuo consentimento apresenta resultados mais elevados nas escalas protectoras de divórcio ( $Z=-3,137$ ;  $p=,002$ ) e resposta positiva de divórcio ( $Z=-2,029$ ;  $p=,043$ ) do que o litigioso. Estes resultados indicam que no grupo de mutuo consentimento existem condições familiares que protegem a criança do conflito diminuindo assim a sua vulnerabilidade e melhor relação parental no pós divórcio, pressupondo melhor ajustamento dos pais e da criança ao divórcio.

Na escala transição de divórcio o grupo de divórcio litigioso revela melhor transição ( $Z=-2,346$ ;  $p=,019$ ) do que o grupo de mutuo consentimento. Este resultado é

consistente com a literatura que refere que as pessoas que vivem no seio de famílias com um nível elevado de conflito experienciam o divórcio como uma mudança positiva (Luecken & Fabricius, 2001), vivenciando uma transição mais fácil.

**Quadro 6.1. : Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Psicossociais entre os grupos de Divórcio por Mutuo Consentimento e Litigioso**

	Mutuo Consentimento (N=46)		Litigioso (N=25)		Mann – Whitney U Teste	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Z	P
Conflito Familiar e Disfunção	54,15	8,24	54,28	6,05	-,446	,656
Condições Protectoras e Coping da Criança	23,61	6,94	18,86	4,41	-3,137	<b>,002**</b>
<b>DAI-R</b> Resposta Positiva de Divorcio	24,54	7,39	21,33	6,13	-,2029	<b>,043*</b>
Sistemas de Suporte Externo	11,63	3,52	12,00	3,01	-,333	,739
Transição de Divorcio	19,76	3,28	21,32	2,68	-2,346	<b>,019*</b>

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

O **Quadro 6.2** mostra que os resultados obtidos na escala de comportamentos (CBCL) revelam a existência de diferenças significativas nos grupos de divórcio por mutuo consentimento versus litigioso nas escalas de *Problemas Sociais e Externalização* com o grupo litigioso a apresentar resultados mais *elevados e sugestivos* de mais problemas sociais e de comportamentos de externalização.

Ao nível da saúde, morbidade psicológica e crenças não se verificam diferenças significativas

Os resultados obtidos confirmam apenas a hipótese formulada para o ajustamento (DAI-R) e para o comportamento (CBCL), estando assim parcialmente confirmada a hipótese 1.

**Quadro 6.2. : Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Psicossociais entre os grupos de divórcio por Mutuo Consentimento e Litigioso**

	Mutuo Consentimento (N=46)		Litigioso (N=25)		Mann – Whitney U Teste		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Z	P	
<b>CBCL</b>	Isolamento	4,23	3,70	4,16	2,83	-,285	,776
	Queixas Somáticas	2,19	2,64	2,97	3,12	-1,258	,208
	Ansiedade / Depressão	6,10	4,70	7,43	4,26	-1,619	,105
	Problemas Sociais	3,00	2,69	3,83	1,91	-1,984	<b>,047*</b>
	Problemas de Pensamento	1,18	1,71	1,24	1,73	-,076	,939
	Problemas de Atenção	5,83	5,21	6,72	4,73	-1,208	,227
	Comportamento Delinquente	3,92	2,08	3,96	1,76	-,339	,735
	Comportamento Agressivo	7,45	6,94	8,78	4,76	-1,739	,082
	Internalização	12,20	8,90	14,32	8,42	-1,308	,191
	Externalização	11,38	8,76	12,74	6,04	-1,816	<b>,049*</b>
<b>CHQ</b>	Funcionamento Físico	3,87	,31	3,75	,50	-,666	,505
	Limitação Activ. Diárias por dific. emocionais e Comportamentais	3,66	,651	3,46	,84	-,853	,394
	Limitação Actividades Diárias por Saúde Física	3,86	,38	3,56	,82	-1,403	,161
	Dor Corporal	4,98	1,14	4,86	1,01	-,760	,448
	Comportamento	3,91	,761	4,02	,630	-,344	,731
	Bem estar	3,84	,610	4,05	,641	-,1720	,085
	Auto-estima	4,12	,663	4,32	,695	-1,658	,097
	Impacto Emocional Pais	3,20	1,14	2,86	1,50	-,975	,329
	Impacto Tempo dos Pais	3,20	,70	3,28	,84	-,741	,459
	Actividades Familiares	4,36	,60	4,43	,70	-,966	,334
<b>CDI</b>	Índice de Depressão	9,85	6,18	9,32	4,11	-,151	,880
<b>STAI</b>	Índice de Ansiedade	38,94	4,80	38,16	4,18	-1,517	,129
<b>CPIC</b>	Resolução	6,39	3,10	6,26	2,75	-,214	,830
	Triangulação	4,54	3,27	4,74	3,20	-,218	,828
	Intensidade	6,98	3,68	7,44	3,15	-,399	,690
	Ameaça Percebida	7,01	3,87	7,44	2,72	-,260	,795
<b>CBAPS</b>	Culpa Paternal	2,23	1,99	2,56	1,75	-,776	,438

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

## Hipótese 2

Espera-se que as crianças cujos pais apresentam melhor ajustamento ao divórcio (DAI-R), apresentem menos problemas de comportamento (CBCL) e melhor saúde (CHQ), controlando-se o estatuto sócio económico dos pais (GRAFFAR), quando comparadas com as outras crianças.

Atendendo à amostra, para testar esta hipótese verificaram-se os pressupostos para da estatística paramétrica e decidiu-se utilizar a correlação parcial, para controlar o nível sócio económico.

Atendendo aos valores da variável nível sócio económico, a análise dos resultados expressos no **quadro 6.3** revelam a existência de uma relação entre *Conflito Familiar/Disfunção*, (funcionamento familiar), e comportamento da criança. Todos os coeficientes são negativos. Constata-se que valores elevados nesta escala (menor conflito e melhor funcionamento familiar) se correlacionam negativamente com o isolamento ( $r=-,486$ ;  $p=,000$ ), queixas somáticas ( $r=-,242$ ;  $p=,028$ ), ansiedade/depressão ( $r=-,513$ ;  $p=,000$ ), problemas sociais ( $r=-,395$ ;  $p=,000$ ), problemas de pensamento ( $r=-,443$ ;  $p=,000$ ), problemas de atenção ( $r=-,521$ ;  $p=,000$ ), comportamento delinquente ( $r=-,446$ ;  $p=,000$ ), comportamento agressivo ( $r=-,523$ ;  $p=,000$ ), internalização ( $r=-,498$ ;  $p=,000$ ), externalização ( $r=-,526$ ;  $p=,000$ ). Em síntese, valores que traduzem melhor ajustamento na escala que avalia o conflito familiar (valores mais elevados nesta sub escala traduzem melhor ajustamento) correspondem a valores mais baixos em todas as escalas da CBCL, significando melhor comportamento.

As *Condições Protectoras de Divórcio e Coping* da criança correlacionam-se negativamente com isolamento ( $r=-,245$ ;  $p=,026$ ), queixas somáticas ( $r=-,217$ ;  $p=,049$ ), ansiedade e depressão ( $r=-,273$ ;  $p=,013$ ), problemas de atenção ( $r=-,339$ ;  $p=,002$ ), comportamento agressivo ( $r=-,251$ ;  $p=,022$ ), internalização ( $r=-,397$ ;  $p=,006$ ) e externalização ( $r=-,222$ ;  $p=,044$ ). A existência de condições familiares que diminuem a vulnerabilidade da criança correspondem a uma diminuição nas escalas de problemas de comportamento identificadas.

A escala *Resposta Positiva de Divórcio* (ajustamento saudável dos pais e da criança no pós divórcio) correlaciona-se negativamente com ansiedade/depressão ( $r=-,227$ ;  $p=,039$ ), problemas sociais ( $r=-,339$ ;  $p=,002$ ), problemas de atenção ( $r=-,444$ ;  $p=,000$ ), comportamento delinquente ( $r=-,352$ ;  $p=,001$ ), comportamento agressivo ( $r=-,414$ ;  $p=,000$ ), internalização ( $r=-,223$ ;  $p=,043$ ) e externalização ( $r=-,416$ ;  $p=,000$ ). A resolução saudável do divórcio traduz-se numa diminuição dos problemas referidos.

As escalas Sistemas de Suporte Externo e Transição do Divórcio não se correlacionam com a CBCL.

**Quadro 6.3. Correlação entre Ajustamento ao Divórcio e Problemas de Comportamento, controlando o Nível Sócio Económico**

		DAI-R				
		Conflito Familiar e Disfunção	Condições Protectoras de Divórcio e Coping da Criança	Resposta Positiva de divórcio	Sistemas de Suporte Externo	Transição de Divorcio
CBCL	Isolamento	R -,486** Sig ,000	-,245* ,026	-,106 ,341	,112 ,314	-,004 ,973
	Queixas somáticas	R -,242* Sig ,028*	-,217* ,049	-,205 ,064	-,006 ,955	,071 ,522
	Ansiedade/Depressão	R -,513** Sig ,000	-,273* ,013	-,227* ,039	,013 ,904	,073 ,514
	Problemas Sociais	R -,395** Sig ,000	-,173 ,117	-,339** ,002	-,025 ,823	,023 ,834
	Problemas de Pensamento	R -,443** Sig ,000	-,188 ,089	-,199 ,071	-,022 ,846	,000 ,997
	Problemas de Atenção	R -,521** Sig ,000	-,339** ,002	-,444** ,000	,027 ,806	,034 ,762
	Comportamento Delinquente	R -,446** Sig ,000	-,089 ,423	-,352** ,001	,027 ,805	-,008 ,940
	Comportamento Agressivo	R -,523** Sig ,000	-,251* ,022	-,414** ,000	,113 ,307	,002 ,987
	Internalização	R -,498** Sig ,000	-,297** ,006	-,223* ,043	,048 ,664	,054 ,631
	Externalização	R -,526** Sig ,000	-,222* ,044	-,416** ,000	,097 ,382	-,001 ,996

\*  $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Pela análise do **quadro 6.4.** o ajustamento dos pais ao divórcio correlaciona-se com a saúde da criança. Existe relação entre *Conflito Familiar e Saúde*. A escala do DAI-R que avalia o *Conflito Familiar* (com valores mais elevados a traduzir maior ajustamento ao divórcio) correlaciona-se positivamente com Funcionamento Físico ( $r=,312$ ,  $p=,004$ ), Limitações Desempenho e Sociais por Problemas Sociais/Comportamentais( $r=,257$ ;  $p=,019$ ), Dor Corporal ( $r=,387$ ;  $p=,000$ ), Comportamento ( $r=,485$ ;  $p=,000$ ), bem-estar ( $r=,485$ ;  $p=,000$ ), Auto Estima ( $r=,243$ ;  $p=,027$ ), Impacto Emocional nos Pais ( $r=,318$ ;  $p=,003$ ) Impacto no Tempo dos Pais ( $r=,369$ ;  $p=,001$ ) e Actividades Familiares ( $r=,431$ ;  $p=,000$ ), com valores elevados a significarem melhor saúde, i.e., menos limitações ao nível dos índices de saúde avaliados pelas referidas escalas.

Também se observa uma relação positiva entre *Condições Protectoras de Divórcio* e *Comportamento* ou seja a existência de condições familiares protectoras da criança no processo de divórcio relacionam-se com melhor comportamento ( $r = ,289$ ;  $p = ,008$ ).

A *Resposta Positiva de Divórcio* correlaciona-se positivamente com Limitações nas Actividades Diárias por Problemas Sociais e Emocionais ( $r = ,341$ ;  $p = ,002$ ), Limitações nas Actividades Diárias por Saúde Física ( $r = ,220$ ;  $p = ,046$ ), Comportamento ( $r = ,420$ ;  $p = ,000$ ), Auto Estima ( $r = ,345$ ;  $p = ,001$ ) e Impacto Emocional nos Pais ( $r = ,232$ ;  $p = ,035$ ) o que revela que quanto maior o ajustamento dos pais e da criança ao divórcio, melhor saúde avaliada pelas escalas limitações nas actividades diárias, comportamento, auto estima e impacto emocional nos pais.

**Quadro 6.4. Correlação entre Ajustamento ao Divórcio e Saúde nas Crianças, controlando o Nível Sócio Económico**

		DAI-R					
		Conflito Familiar e Disfunção	Condições Protectoras de Divórcio e Coping da Criança	Resposta Positiva de divórcio	Sistemas de Suporte Externo	Transição de Divorcio	
CHQ	Funcionamento Físico	R Sig	,312** <b>,004</b>	-,128 ,248	-,194 ,078	-,032 ,773	-,066 ,555
	Limitações Desempenho e Sociais por problemas Sociais/Comportamentais	R Sig	,257* <b>,019</b>	,100 ,368	,341* <b>,002</b>	,027 ,809	,147 ,185
	Limitações Desempenho /Sociais por Saúde Física	R Sig	,159 ,151	,109 ,326	,220 <b>,046*</b>	,020 ,856	,046 ,680
	Dor Corporal	R Sig	,387** <b>,000</b>	,084 ,448	-,019 ,863	-,100 ,371	-,186 ,092
	Comportamento	R Sig	,485** <b>,000</b>	,289** <b>,008</b>	,420** <b>,000</b>	-,089 ,425	,020 ,857
	Bem Estar	R Sig	,485** <b>,000</b>	,123 ,266	,073 ,511	-,141 ,204	,024 ,826
	Auto Estima	R Sig	,243* <b>,027</b>	,180 ,104	,345** <b>,001</b>	-,110 ,321	-,004 ,970
	Impacto Emocional nos Pais	R Sig	,318** <b>,003</b>	,171 ,123	,232* <b>,035</b>	-,052 ,640	,021 ,850
	Impacto no Tempo dos Pais	R Sig	,369** <b>,001</b>	,069 ,536	,195 ,078	-,001 ,990	,100 ,368
	Actividades Familiares	R Sig	,431** <b>,000</b>	,125 ,259	,172 ,121	-,077 ,491	,004 ,969
CHQ	Saúde Física	R Sig	,414** <b>,000</b>	,027 ,809	-,007 ,952	-,084 ,449	-,040 ,719
	Saúde Psico Social	R Sig	,514** <b>,000</b>	,241* <b>,028</b>	,391** <b>,000</b>	-,103 ,356	,054 ,630

\*  $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Em síntese, a escala que avalia *Conflito Familiar e Disfunção* (com valores elevados a traduzirem melhor funcionamento familiar) correlaciona-se positivamente e, no mesmo sentido, com a *Saúde Física* da criança ( $r = ,415$ ;  $p = ,000$ ), e com a *Saúde Psicossocial* ( $r = ,514$ ,  $p = ,000$ ). Por seu lado, a *Saúde Psicossocial* também se correlaciona positivamente com a sub escala *Condições Protectoras de Divórcio* ( $r = ,241$ ;  $p = ,028$ ) e *Resposta Positiva de Divórcio* ( $r = ,391$ ;  $p = ,000$ ). Estes resultados revelam que quanto maior o ajustamento familiar melhor saúde física e psicossocial. A existência de condições familiares protectoras no processo de divórcio e o ajustamento saudável das crianças e dos pais no pós divórcio da criança também se traduzem em maior saúde psicossocial. As escalas *Sistemas de Suporte Externo e Transição de Divórcio* não se correlacionam com a escala de saúde da criança, CHQ.

### **Hipótese 3**

Espera-se que as crianças com níveis elevados de ameaça percebida, intensidade de conflito e triangulação (CPIC), apresentem morbidade psicológica (CDI, STAI) e problemas de saúde (CHQ), controlando a duração da separação, quando comparadas com as outras crianças.

A análise da correlação (**Quadro 6.5.**) permite concluir que controlando, a duração da separação, as variáveis Resolução, Intensidade, Ameaça Percebida e Triangulação se relacionam positivamente com a Depressão. Este resultado significa que níveis mais elevados das variáveis referidas, ou seja pior Resolução ( $r = ,267$ ;  $p = ,015$ ), maior Intensidade ( $r = ,293$ ;  $p = ,007$ ), maior Ameaça ( $r = ,410$ ;  $p = ,000$ ) e maior Triangulação ( $r = ,397$ ;  $p = ,000$ ) estão relacionadas com maior Depressão. A variável Ameaça Percebida ( $r = ,368$ ;  $p = ,001$ ) também surge positivamente relacionada com a Ansiedade, pelo que as crianças com maior percepção de ameaça apresentam maior ansiedade. *Estes valores corroboram a hipótese de maior morbidade psicológica.*

Os resultados obtidos para a variável saúde mostram que as variáveis Resolução e Intensidade do conflito se relacionam positivamente com Funcionamento Físico. Valores mais elevados de Resolução ( $r = ,239$ ;  $p = ,030$ ) e Intensidade ( $r = ,223$ ;  $p = ,042$ ) (ou seja pior resolução e conflito mais intenso), relacionam-se com valores mais elevados na escala de *Funcionamento Físico*. Este valor poderá indicar que apesar do conflito, a criança não está limitada nas suas capacidades físicas, ou como Block, Block e Gjerde (1986) refere o conflito intenso pode traduzir-se, nas crianças, num comportamento excessivamente energético. Observa-se ainda a existência de relação entre a escala de *Triangulação* e as

escalas *Limitações no Desempenho e Sociais por Problemas Sociais/Comportamentais e Comportamento*. Os coeficientes são negativos, significando que quanto mais triangulada está a criança, maior é a limitação nas actividades sociais e de desempenho ( $r=-,280;p=,010$ ) e pior comportamento ( $r=-,256;p=,020$ ). A variável *Saúde Psicossocial* surge negativamente relacionada com a *Triangulação* ( $r= -252; p=,022$ ), ou seja, quanto maior triangulação pior saúde psicossocial.

A *Culpa Paternal* surge positivamente relacionada com *Resolução* ( $r=,290;p=,008$ ), *Intensidade* ( $r=,410;p=,000$ ) e *Triangulação* ( $r=,356;p=,001$ ), revelando que quanto maior intensidade de conflito, pior resolução e maior triangulação, maior a tendência da criança para culpabilizar o pai pelo divórcio.

**Quadro 6.5. Correlação entre percepção do conflito parental, morbidade psicológica e saúde controlando a duração da separação**

Variáveis			CPIC			
			Resolução	Intensidade	Ameaça Percebida	Triangulação
<b>CDI</b>	Depressão	r	,267*	,293**	,410**	,397**
		Sig	,015	,007	,000	,000
<b>STAI</b>	Ansiedade	r	,134	,159	,368**	,186
		Sig	,227	,150	,001	,092
	Funcionamento Físico	r	,239*	,223*	,083	-,086
		Sig	,030	,042	,456	,440
	Limitação Activ. Diárias por Dif. Emocionais e Comportamentais	r	,000	-,121	-,093	-,280*
		Sig	1,000	,274	,405	,010
	Limitação Activ. Diárias por Saúde Física	r	,164	,070	-,033	-,171
		Sig	,139	,529	,765	,122
	Dor Corporal	r	,087	,050	,024	-,001
		Sig	,437	,652	,830	,996
<b>CHQ</b>	Comportamento	r	-,035	-,075	-,090	-,256*
		Sig	,754	,500	,418	,020
	Bem Estar	r	,055	,051	,013	-,109
		Sig	,620	,649	,909	,327
	Auto Estima	r	-,080	-,038	,024	-,203
		Sig	,474	,732	,829	,065
	Impacto Emocional nos Pais	r	-,099	-,048	-,059	-,098
		Sig	,371	,665	,599	,381
	Impacto no Tempo dos Pais	r	-,059	-,065	-,073	-,133
		Sig	,599	,562	,509	,230
	Actividades Familiares	r	,212	,151	,071	-,095
		Sig	,054	,173	,526	,393
	Saúde Física	r	,172	,110	,047	-,076
		Sig	,121	,323	,673	,493
	Saúde Psicossocial	r	-,057	-,063	-,058	-,252*
		Sig	,608	,569	,602	,022
<b>CBAPS</b>	Culpa paternal	r	,290**	,410**	,120	,356**
		Sig	,008	,000	,280	,001

\*  $p < .05$ ; \*\* $p < .01$



#### Hipótese 4

Espera-se a existência de diferenças significativas, nas variáveis psicossociais, comportamento (CBCL) e saúde (CHQ), no grupo de crianças que experienciaram a separação parental entre os 5-7 anos, quando comparadas com as crianças de 8-11 anos, controlando-se a duração da separação.

Dado que os grupos tinham número superior a 30 elementos decidimos utilizar a ressupostos da estatística paramétrica. Pelo facto de as variáveis dependentes não estarem relacionadas, me vez da Manova decidimos utilizar a Anova Univariada, dado termos uma covariante que era a duração da separação)

Os resultados obtidos e traduzidos no **quadro 6.6**, mostram a existência de diferenças entre os dois grupos, nas variáveis auto estima e isolamento com o grupo das crianças que experienciaram o divórcio em idade mais jovem (5-7 anos) a apresentar pior auto estima (CHQ) ( $F=4,807;p=,031$ ) quando comparadas com as crianças de (8 – 11 anos). Este grupo etário apresenta maior isolamento ( $F=4,497;p=,037$ ). A escala de problemas de atenção está no limite da significância apontando para alguma relação entre tempo de separação e problemas de atenção.

**Quadro 6.6. Diferenças nas variáveis psicológicas entre os grupos de crianças que experienciaram o divórcio aos 5-7anos e os 8-11anos**

	5anos-7anos (N = 37)		8anos -11anos (N = 47)		Idades		Duração da Separação	
	Média	DP	Média	DP	F	P	F	p
<b>CBCL</b> Problemas Atenção	6,5519	4,99227	5,8811	4,90856	1,617	,207	3,970	,050
<b>CHQ</b> Auto Estima	4,2338	,68550	4,1075	,74828	4,807	<b>,031*</b>	4,442	,038
<b>CBCL</b> Isolamento	3,7766	3,10118	4,5532	3,51276	4,497	<b>,037*</b>	3,375	,070

\*  $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

#### Hipótese 5

Prevê-se que as diferentes variáveis sociodemográficas, e psicossociais tenham um impacto diferente na saúde física e na saúde psicossocial da criança.

Para procurar determinar as variáveis mais determinantes no resultado global de saúde procedemos a análises de regressão (hierárquica), em que as variáveis independentes eram as variáveis sociodemográficas (sexo, nível sócio económico), clínicas (acompanhamento) e psicossociais (ajustamento, comportamento, conflito e morbilidade).

Entraram também na equação para a previsão da saúde física a variável de interacção entre saúde psicossocial e conflito familiar/disfunção. Para calcular a interacção, as variáveis independentes conflito familiar/disfunção e saúde psicossocial foram estandardizadas e depois colocadas no bloco 3. Neste sentido podemos analisar os efeitos diferenciais das variáveis saúde psicossocial e conflito e também o da sua interacção.

No **Quadro 6.7** encontram-se os principais resultados do modelo de regressão múltipla para a saúde física. De acordo com o procedimento hierárquico das variáveis predictoras da saúde física, as variáveis sócio demográficas (sexo e acompanhamento psicológico) explicam 10% da variância.

**Quadro 6.7. Análise de Regressão Hierárquica para determinação das Variáveis Predictoras de Saúde Física**

	Variáveis Dependentes	BLOCO 1 (BETA)		BLOCO 2 (BETA)		BLOCO 3 (BETA)	
		P		p		p	
	<b>Bloco 1</b>						
	<b>Variáveis sócio Demográficas</b>						
	Sexo	-2,38	<b>,045*</b>	-n.s-	-n.s-	-n.s-	-n.s-
	<b>Bloco 2</b>						
	<b>Variáveis Psicossociais</b>						
<b>DAIR</b>	Conflito Familiar e Disfunção			,298	<b>,025*</b>	-n.s-	-n.s-
<b>CBCL</b>	Queixas Somáticas			-,355	<b>,007**</b>	-n.s-	-n.s-
	<b>Bloco 3</b>						
<b>CBCL</b>	Queixas Somáticas					-,323	<b>,009**</b>
<b>CHQ</b>	Saúde Psicossocial					,429	<b>,011*</b>
	<b>Interacção</b> (saúde psicossocial * Conflito Familiar)					-,223	<b>,049*</b>
	<b>R<sup>2</sup> Change</b>			,102	,311		,094

Adjusted R Square - ,401

R Square - ,507

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

No 1º modelo o sexo é significativo. No que concerne à variável dependente saúde física, os rapazes apresentam valores mais baixos de saúde física. O bloco 2 evidencia que uma diminuição do conflito familiar, avaliado pelo DAI (valores mais elevados nesta escala correspondem a menor conflito e melhor funcionamento familiar) se traduz em melhor saúde, e menos queixas psicossomáticas avaliado pela CBCL A variável sóciodemográfica deixou de ser significativa.

No Bloco 3 o valor de significância das variáveis independentes, queixas somáticas (.009) e saúde psicossocial (.011) mostra que quanto maior a saúde psicossocial maior a saúde física e menores as queixas somáticas.

A interação da variável independente saúde psicossocial com a variável conflito familiar/disfunção (B= -,233; p=,049) evidencia uma relação positiva entre saúde física e saúde psicossocial quando os valores da variável conflito traduzem pior ajustamento e funcionamento familiar (valores baixos na escala traduzem pior funcionamento familiar). Em ambientes de elevado conflito a saúde psicossocial relaciona-se com saúde física. A variável conflito modera a relação entre saúde psicossocial e saúde física.

A análise das variáveis que explicam a saúde psicossocial foi realizada de acordo com o mesmo procedimento (**Quadro 6.8**). Entraram na equação três tipos de variáveis (sócio demográficas, Clínicas e Psicossociais, e na interação Saúde física e Conflito familiar e Disfunção)

**Quadro 6.8. Análise de Regressão para Determinação das Variáveis Predictoras de Saúde Psicossocial**

	Variáveis Dependentes	BLOCO 1		BLOCO 2		BLOCO 3	
		(BETA)	p	(BETA)	p	(BETA)	p
<b>Bloco 1</b>							
<b>Variáveis sócio Demográficas</b>							
	Acompanhamento Psicológico	-,463	.000**	-n.s-	-n.s-	-n.s-	-n.s-
<b>Bloco 2</b>							
<b>Variáveis Psicossociais</b>							
<b>CBCL</b>	Isolamento			-,260	.025*	-n.s-	-n.s-
	Problemas Atenção			-,471	.004**		
<b>CPIC</b>	Triangulação			-,276	.003**		
<b>DAIR</b>	Conflito			-n.s-	-n.s-		
<b>Bloco 3</b>							
	Nível Sócio Económico					,165	.028*
<b>CBCL</b>	Problemas Atenção					-4,14	.005**
<b>CPIC</b>	Triangulação					-,255	.003**
<b>CHQ</b>	Saúde Física					,182	.036*
<b>Interação</b>							
	Interação (Saúde Física * Conflito Familiar e Disfunção)					-,192	.034*
	<b>R<sup>2</sup> Change</b>			,282		,463	
						,048	

Adjusted R Square - ,730

R Square- ,793

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

A variável acompanhamento psicológico têm capacidade explicativa para saúde psicossocial (CHQ). As crianças em acompanhamento apresentam valores mais baixos de de saúde psicossocial.

A saúde psicossocial é também explicada pelas variáveis: isolamento, problemas de atenção (CBCL) e triangulação (CPIC) com a elevação das referidas escalas (mais problemas de comportamento e maior triangulação) a traduzir-se em menor saúde psicossocial;

No Bloco 3, a saúde psicossocial é ainda explicada pelo nível sócio económico (Graffar), com a elevação do nível sócio económico a traduzir-se em melhor saúde; comportamento (CBCL) e triangulação (CPIC) com a elevação das referidas escalas (comportamento mais problemático e maior triangulação) a traduzir-se em menor saúde psicossocial; saúde física com maior saúde física (menos limitações) a traduzir-se em maior saúde psicossocial.

A interação da variável independente saúde física com conflito familiar/ disfunção ( $B = -.192$ ;  $p = .034$ ) mostra que quando a saúde psicossocial é a variável dependente apenas se observa relação positiva entre saúde física e saúde psicossocial nas situações em que a variável conflito familiar regista pior funcionamento familiar (valores baixos nesta escala significam pior funcionamento familiar). Quando os valores da variável conflito traduzem funcionamento familiar positivo (valores elevados nesta escala traduzem melhor funcionamento) não há correlação entre as variáveis. Assim mais uma vez a variável conflito familiar modera a relação entre saúde física e saúde psicossocial.

## **RESULTADOS DAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS**

### **Diferenças de Género, Variáveis Psicológicas e de Saúde**

A análise das variáveis em função do género foi realizada através de um T teste para amostras independentes. Pela análise dos resultados obtidos (**Quadro 6.9**) observa-se a existência de diferenças significativas entre os dois grupos com o sexo masculino a apresentar resultados mais elevados e sugestivos de problemas de comportamento (isolamento, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de atenção, comportamento delinvente, comportamento agressivo), maior internalização e externalização. O sexo feminino apresenta resultados mais elevados na escala de saúde, ou seja melhor saúde, salientando-se menor limitação nas actividades diárias quer por problemas emocionais e

comportamentais, quer por saúde física, melhor comportamento, menor impacto no tempo dos pais e menor perturbação das actividades familiares.

**Quadro 6.9. Resultado das Diferenças nas Variáveis Psicológicas em função do Sexo**

		Sexo da Criança masculino (N=41)		Sexo da Criança Feminino (N=43)		T-test	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	t	P
<b>CBCL</b>	Isolamento	4,95	3,70	3,50	2,81	2,006	<b>,048*</b>
	Queixas Somáticas	3,24	3,26	1,79	1,86	2,474	<b>,016*</b>
	Ansiedade / Depressão	7,41	4,94	5,70	3,93	1,755	,083
	Problemas Sociais	4,06	2,98	2,67	1,76	2,583	<b>,012*</b>
	Problemas de Pensamento	1,58	1,95	,883	1,159	1,972	,053
	Problemas de Atenção	7,31	5,74	5,08	3,74	2,094	<b>,040*</b>
	Comportamento Delinquente	4,57	2,16	3,46	1,57	2,676	<b>,009**</b>
	Comportamento Agressivo	10,07	7,07	6,15	5,08	2,899	<b>,005**</b>
	Internalização	15,24	9,67	10,82	6,95	2,392	<b>,019*</b>
Externalização	14,64	8,90	9,62	6,24	2,980	<b>,004**</b>	
<b>CHQ</b>	Funcionamento Físico	3,75	,432	3,90	,321	- 1,816	,074
	Limitação Actividades Diárias por Dif. Emocionais e Comportamento	3,40	,818	3,81	,531	- 2,693	<b>,009**</b>
	Limitação das Actividades Diárias por Saúde Física	3,59	,735	3,91	,343	- 2,544	<b>,014*</b>
	Dor Corporal	4,81	1,11	5,05	,995	- 1,046	,299
	Comportamento	3,76	,818	4,15	,593	- 2,538	<b>,013*</b>
	Bem estar	3,78	,719	4,01	,598	- 1,603	,113
	Auto-estima	4,11	,714	4,20	,730	-544	,588
	Impacto Emocional nos Pais	2,96	1,28	3,16	1,26	-702	,485
	Impacto no Tempo dos Pais	3,00	,768	3,38	,720	- 2,325	<b>,023*</b>
Actividades Familiares	4,21	,734	4,51	,616	- 2,046	<b>,044*</b>	
<b>CDI</b>	Indice de Depressão	9,78	4,86	9,79	6,22	-,012	,990
<b>STAI</b>	Indice de Ansiedade	39,09	4,60	38,80	4,42	,295	,769
<b>CPIC</b>	Resolução	6,28	2,878	6,42	3,08	-,215	,830
	Intensidade	7,23	3,34	6,95	3,69	,368	,714
	Ameaça Percebida	7,81	3,15	6,65	3,60	1,576	,119
	Triangulação	5,01	3,03	4,60	3,51	,573	,568
<b>CBAPS</b>	Culpa Paternal	2,58	1,85	2,30	1,99	,672	,503

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

## **Influência da Frequência de Visitas do Progenitor não Residente no Comportamento, Morbilidade, Saúde e Crenças**

Com o objectivo de analisar a implicação do número de visitas no comportamento (CBCL), morbilidade psicológica (CDI) e (STAI), Saúde (CHQ) e Culpa Paternal (CPIC), procedemos a um estudo de correlação entre as variáveis. Para tal recorremos a uma análise de coeficiente de correlação de Spearman, dado não se verificarem os critérios da estatística paramétrica. A análise dos resultados obtidos (**Quadro 7.0**) revela a existência de relação entre a frequência de visitas e as variáveis comportamento e crenças. Todos os coeficientes são negativos. O aumento do número de visitas relaciona-se com uma diminuição nos problemas sociais, pensamento, atenção, comportamento agressivo, externalização e culpa paternal.

Não se observa relação entre a frequência de visitas e as variáveis saúde, morbilidade psicológica e conflito.

**Quadro 7.0. Resultado da Correlação de Spearman entre a Frequência de Visitas, Comportamento, Crenças**

	CBCL					CBAPS
	Problemas Sociais	Problemas de Pensamento	Problemas de Atenção	Comportamento Agressivo	Externalização	Culpa Paternal
Nº de visitas	-,350** ,002	-,238* ,035	-,237* ,036	-,272* ,016	-,261* ,021	-,415** ,000

\*  $p < .05$ , \*\* $p \leq .01$

## **Relação entre Acompanhamento Psicológico dos Pais e Acompanhamento Psicológico da Criança**

O **Quadro 7.1** mostra uma relação positiva entre a variável acompanhamento psicológico dos pais e acompanhamento psicológico das crianças, com um aumento no acompanhamento psicológico dos pais a corresponder a maior aumento no acompanhamento psicológico das crianças.

**Quadro 7.1. Resultado da Correlação de Spearman entre acompanhamento psicológico dos pais e acompanhamento psicológico na criança**

	Crianças em Acompanhamento Psicológico (N=75)
Pais em Acompanhamento Psicológico (N=78)	,383** ,001

\*  $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

## Diferenças nas Variáveis Psicológicas em função da Relação Interparental

A análise das variáveis em função da relação interparental foi realizada através de um T Test para amostras independentes, dado verificarem-se os pressupostos da estatística paramétrica. Pela análise dos resultados do **Quadro 7.2** observa-se a existência de diferenças significativas, com o grupo cuja relação interparental é difícil ou muito difícil a apresentar mais problemas de comportamento (maior isolamento, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas de atenção, comportamento agressivo) ou seja maior internalização e externalização. Além disso este grupo também apresenta valores mais elevados de culpa paternal, fraca resolução, mais intensidade e maior triangulação. O grupo cuja relação interparental se caracteriza por ser Razoável/Boa/Muito Boa apresenta resultados mais elevados na escala de saúde logo menor limitação por problemas emocionais e comportamentais e menor impacto no tempo dos pais.

**Quadro 7.2. Resultado das Diferenças nas Variáveis Psicológicas em função da Relação Interparental**

		Relação Interparental				T-test	
		Razoável/Boa/Muito/Boa (N=42)		Difícil/Muito Difícil (N=38)		T	P
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
<b>CBCL</b>	Isolamento	3,44	3,58	4,89	2,79	-2,00	<b>,049*</b>
	Ansiedade / Depressão	5,50	4,15	7,43	4,51	-1,98	<b>,050*</b>
	Problemas Sociais	2,66	2,47	4,01	2,48	-2,43	<b>,017*</b>
	Problemas de Atenção	4,54	4,09	7,52	5,07	-2,87	<b>,005**</b>
	Comportamento Agressivo	6,20	5,44	9,53	6,81	-2,42	<b>,018*</b>
	Internalização	10,74	8,51	14,99	8,10	-2,28	<b>,025*</b>
	Externalização	9,78	6,79	13,93	8,62	-2,39	<b>,019*</b>
<b>CBAPS</b>	Culpa Paternal	1,47	1,64	3,39	1,61	-5,25	<b>,000**</b>
	Resolução	5,76	3,00	7,19	2,71	-2,23	<b>,029*</b>
<b>CPIC</b>	Intensidade	6,09	3,30	8,51	3,17	-3,33	<b>,001**</b>
	Triangulação	4,19	3,23	5,62	3,20	-1,98	<b>,050*</b>
<b>CHQ</b>	Limitação das Actividades Diárias por Dif. emocionais e Comportamentais	3,80	,50	3,48	,78	2,13	<b>,037*</b>
	Impacto no Tempo dos Pais	3,39	,66	2,9702	,83118	2,54	<b>,013*</b>

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

### **Influência das Variáveis rendimento escolar, impacto emocional, relacionamento com pares nas variáveis psicológicas, controlando o estatuto sócio económico**

Para testar esta hipótese decidimos utilizar a estatística paramétrica pelo cálculo da correlação parcial controlando o nível sócio económico

O **quadro 7.3** revela a existência de relação entre as variáveis. Um aumento no impacto emocional positivo ( $r=,436$ ;  $p=,000$ ) e no relacionamento positivo ( $r=,439$ ;  $p=,000$ ) com pares, está relacionado com um aumento do rendimento escolar. O relacionamento com pares relaciona-se positivamente com o impacto emocional ( $r=,439$ ;  $p=,000$ ) com valores mais elevados do impacto positivo do divórcio a traduzir-se em melhor relacionamento. A correlação das variáveis Rendimento Escolar, Impacto Emocional do divórcio e Relacionamento com Pares, com a saúde, mostra que o rendimento escolar se relaciona positivamente com Funcionamento Físico ( $r=,222$ ;  $p=,044$ ), Limitações nas Actividades Diárias por Problemas emocionais e comportamentais ( $r=,271$ ;  $p=,013$ ), comportamento ( $r=,381$ ;  $p=,000$ ) Bem Estar ( $r=,501$ ;  $p=,000$ ) Auto Estima ( $r=,227$ ;  $p=,039$ ), Impacto na Emocionalidade ( $r=,204$ ;  $p=,042$ ) e no Tempo dos Pais ( $r=,361$ ;  $p=,000$ ) e nas Actividades Familiares ( $r=,304$ ;  $p=,005$ ), com valores elevados a traduzirem – se em melhor saúde ou seja menor limitação nas áreas referidas. O rendimento escolar relaciona-se ainda negativamente com a depressão ( $r= -,286$ ;  $p=,040$ ), com maior depressão a traduzir-se em menor rendimento escolar. A variável impacto emocional positivo relaciona-se positivamente com Bem Estar ( $r=,225$ ;  $p=,041$ ), com maior impacto emocional positivo a traduzir-se em maior bem estar. Existe também relação entre relacionamento com pares, Bem Estar ( $r=,324$ ;  $p=,003$ ) e Actividades Familiares ( $r=,257$ ;  $p=,019$ ) com melhor relacionamento a traduzir-se em maior bem estar e menor impacto nas actividades familiares.



**Quadro 7.3. Resultado da Correlação Parcial entre as variáveis rendimento escolar, impacto emocional, relacionamento com pares, e as variáveis psicológicas e saúde controlando o estatuto sócio económico**

			Rendimento Escolar	Impacto Emocional	Relacionamento com Pares
	Rendimento Escolar	r	-----	,436**	,439**
		Sig		,000	,000
	Impacto Emocional	r	-----	-----	,340**
		Sig			,002
CBCL	Isolamento	r	-,382**	-,277	-,243*
		Sig	,000	,011*	,027
	Queixas Somáticas	r	-,121	-,025	-,287**
		Sig	,275	,824	,009
	Ansiedade / Depressão	r	-,344**	-,156	-,243*
		Sig	,001	,159	,027
	Problemas Sociais	r	-,185	-,078	-,125
		Sig	,094	,485	,258
	Problemas de Pensamento	r	-,284**	-,254*	-,274*
		Sig	,009	,020	,012
	Problemas de Atenção	r	-,407**	-,142	-,259*
		Sig	,000	,199	,018
	Comportamento Delinquente	r	-,257*	-,101	-,059
		Sig	,019	,363	,597
	Comportamento Agressivo	r	-,323**	-,088	-,084
		Sig	,003	,431	,452
Internalização	r	-,348**	-,180	-,298**	
	Sig	,001	,104	,006	
Externalização	r	-,321**	-,095	-,081	
	Sig	,003	,395	,466	
Funcionamento Físico	r	,222*	,176	-,024	
	Sig	,044	,112	,831	
Limit. Actividades Diárias por Prob. Sociais e Comport.	r	,271*	,134	,107	
	Sig	,013	,227	,338	
Limit. Activ Diárias por Saúde Física	r	,205	,087	,200	
	Sig	,063	,432	,070	
Dor Corporal	r	,128	-,009	,130	
	Sig	,250	,936	,242	
CHQ	Comportamento	r	,381**	,075	,169
		Sig	,000	,503	,126
	Bem estar	r	,501**	,225*	,324**
		Sig	,000	,041	,003
	Auto-estima	r	,227*	,194	,188
		Sig	,039	,078	,089
Impacto Emocional nos Pais	r	,224*	-,068	,072	
	Sig	,042	,541	,520	
Impacto no Tempo dos Pais	r	,361**	-,059	,107	
	Sig	,001	,594	,334	
Actividades Familiares	r	,304**	,015	,257*	
	Sig	,005	,896	,019	
CDI	Índice de Depressão	r	-,226*	-,136	-,102
		Sig	,040	,219	,359
STAI	Índice de Ansiedade	r	-,180	-,187	-,096
		Sig	,103	,090	,389

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

### **CAPITULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A discussão dos resultados é organizada sequencialmente partindo da análise das características da amostra, seguindo-se a discussão dos resultados dos testes das hipóteses principais de investigação e dos resultados das análises exploratórias.

#### **CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

O número e o grau dos stressores associados ao divórcio estão relacionados com o aumento das dificuldades de ajustamento entre as crianças (Emery, 1999).

Durante e após o divórcio observa-se um aumento significativo de crianças em acompanhamento psicológico. A percentagem de crianças em acompanhamento sobe de 4%, antes da decisão de separação, para 27% durante o divórcio e 30% após o divórcio. Os problemas de internalização, externalização e competência escolar constituem os principais problemas referenciados pelos progenitores. Relativamente ao número de consultas de clínica geral, a variação dos resultados não é significativa, quando se consideram os períodos antes, durante e após o divórcio.

Em geral, os pais avaliam o impacto emocional da separação/divórcio na criança como negativo. No entanto, no que se refere ao relacionamento com pares, os pais consideram que o divórcio tem um impacto pouco significativo na criança e 10% considera mesmo, que o divórcio contribuiu para uma melhoria significativa. Relativamente ao rendimento escolar e actividades extra curriculares, a maioria dos inquiridos considera o impacto não significativo.

A frequência de visitas do pai não residente permite observar que a maioria visita a criança entre uma a duas vezes por semana (42%). 11,5% apontam uma frequência de uma a duas vezes por mês, 22% refere menos de uma vez por mês e 24% nunca visitam a criança. A duração da visita foi quantificada por apenas 56 das mães e evidencia que a maioria passa meio-dia com a criança (32%). 27% refere passar o fim de semana, 16 % refere a duração de um dia, 9% três dias e 7% visitam a criança mas não conseguem estar com ela, por dificuldades de articulação entre os pais. A quantidade e qualidade de contacto entre a criança e o pai não residente são factores significativos para o ajustamento da criança. Os dados obtidos no nosso estudo confirmam a tendência apontada por Amato e Booth (1991) de que o divórcio é consequencial sobretudo para o pai sem exercício de poder paternal e que a quantidade e qualidade de contacto tem tendência a decrescer com o tempo (Furstenberg & Nord, 1985, Seltzer, 1991), com reflexos ao nível do significado da

imagem do pai na vida da criança e na relação pai - criança. Wallerstein (1986) salienta que a resolução da perda é mais fácil quando a perda da relação com o pai (ou mãe) é parcial e o pai não residente e a criança estão aptos a estabelecer e a manter uma relação de afecto, no contexto de um padrão de visitas regulares, ou sob um plano de custódia conjunta favorável.

A participação dos progenitores em acompanhamento psicológico/psiquiátrico aumenta de 9% para 22% na fase de separação, com uma ligeira diminuição após o divórcio (19%). Estes dados adquirem significado se nos reportarmos aos modelos teóricos do processo de divórcio nos pais. A fase entre a tomada de decisão de divórcio e o divórcio em si mesmo, é uma fase de grande stress emocional, que envolve a transição legal, social, parental e económica (Guttman 1993), que ocorre em processos paralelos (emocional, legal, económico, co-parental, comunitário e psicológico) numa sequência variável e com intensidades diferentes (Bohannon, 1973). A separação física constitui o aspecto mais traumático de todo o processo emocional de divórcio (Kessler, 1975) na sequência do qual se observa a acentuação de períodos de litígio, zanga, e o início do trabalho de luto (Kaslow, 1981). Trata-se de um período de grande emoção com sentimentos de raiva, culpa, tristeza, em relação ao passado e medo do futuro (Hacney & Bernard, 1990). A acentuação da carga económica e psicossocial inerente à situação de divórcio pode deixar o progenitor, que exerce a custódia, menos disponível para a sua criança. A depressão parental aumenta o risco de meios familiares disfuncionais passando a constituir um ambiente de stress crónico para as crianças (Langrock et al, 2002) e uma fonte de cuidados parentais de menor qualidade, que podem contribuir para a desregulação das respostas fisiológicas de stress a longo prazo.

Tendencialmente os progenitores inquiridos consideram o Impacto Emocional do Divórcio positivo (31% avaliaram-no como muito significativo, 26% bastante significativo). A leitura destes dados tendo como referencial o modelo psicossocial (Guttman, 1993) leva-nos a considerar que a avaliação dos custos/benefícios que os inquiridos fazem da situação de divórcio aponta para uma superioridade das gratificações após o divórcio, comparativamente aos custos. A maioria dos inquiridos do nosso estudo são mulheres que são quem frequentemente toma a iniciativa do divórcio. As tarefas domésticas são pouco partilhadas e fazem com que os casamentos sejam mais pesados para as mulheres, o que contribui para por em causa um casamento do qual retiram menos benefícios (Théry, 1996). Para Théry, a iniciativa das mulheres no divórcio é devida à insuficiente partilha das tarefas domésticas, e ao facto de serem vítimas de maus-tratos,

alcoolismo, droga e falta de apoio económico. Esta autora salienta que as mulheres são quem mais perde no aspecto económico com a separação, pelo que considera ter que existir um motivo muito forte que as faz inclinar para a decisão de separação. Sheets e Braver (1996) afirmam que as mulheres ao serem maioritariamente iniciadoras do divórcio denotam um maior ajustamento emocional. Também porque tipicamente ficam com a custódia dos filhos vêm, desta forma, acentuadas as qualidades parentais, o que é relevante em termos de satisfação pós divórcio. Assim, se as inquiridas avaliam a situação como possuindo recursos suficientes a apropriados para lidar com ela, é menos provável que considerem a situação de stress como problemática, (George, 1980).

Contudo, o impacto negativo do divórcio é considerado por 30% das pessoas (16% muito significativo, 10% bastante significativo e 4% pouco significativo). 12% avaliam-no como nada significativo.

No plano financeiro 53% dos progenitores considera que o divórcio tem um impacto negativo (28% consideram-no muito significativo, 17% bastante significativo e 8% pouco significativo). 24% avaliam positivamente o impacto financeiro do divórcio. 18% avaliam-no como nada significativo. Estes dados corroboram a literatura que refere que o divórcio está associado a uma quebra de rendimento das mães que detêm a custódia (Troxel & Mathews, 2004). Bianchi e colaboradores (1997) estudaram os efeitos económicos do divórcio e mostram que após o divórcio as mães têm uma diminuição de 25 a 50% no seu rendimento contra os 10% experienciado pelos pais que detêm a guarda da criança. As mulheres são quem mais tem a perder no aspecto económico (Théry 1996). A nossa amostra é constituída sobretudo por mulheres e uma percentagem relativamente grande (53%) salientou o impacto negativo do divórcio. A variável estatuto sócio económico é determinante no ajustamento à situação pós divórcio. Para Gutmann (1993), o reajustamento e adaptação à nova situação parece estar directamente relacionado com o nível dos rendimentos. Quanto mais economicamente independente e maiores os rendimentos, melhor o ajustamento.

No que se refere ao nível de habilitações 31% da amostra possui o 6º ano de escolaridade, portanto inferior à escolaridade obrigatória e (28%) 10 a 12 anos. 16% não terminou a escolaridade, 12 % tem mais de 12 anos e 13% têm entre 8 a 9 anos de escolaridade. O modelo psicossocial defende que o nível educacional contribui para o desempenho cognitivo que facilita a percepção realista das dificuldades e a resolução de problemas, e vai na perspectiva da teoria psicossocial, facilitar a realização das alterações necessárias para adquirir um nível mais elevado de crescimento pessoal e de auto

atualização. Assim podemos concluir que um nível educacional baixo pode significar menor facilidade na percepção das dificuldades e identificação de estratégias para a solução dos problemas limitando desse modo o potencial de crescimento do progenitor e da criança (Hetherington et al., 1985; Raphe & Arthur, 1978; Stolberg et al., 1987).

A relação com o ex cônjuge é avaliada como positiva (Razoável/Boa/muito Boa) por 53% dos progenitores, comparativamente a 48% que a avalia como difícil (13%) e muito difícil (35%). Embora os cônjuges se divorciem, não o fazem da sua relação parental (Bohannon 1973). Para 53% dos participantes do nosso estudo a transição parental emerge, enquanto relacionamento dos ex-cônjuges que continuam ligados à educação de seus filhos, como uma variável importante no ajustamento pós divórcio. Após a separação, cada progenitor estabelece uma relação independente com a criança. Para que esta transição tenha sucesso, a relação parental com a criança requer a continuidade da relação entre os progenitores (Guttman, 1993). Para renegociar este complexo relacionamento com sucesso, os pais tem de renegociar e acordar o relacionamento entre eles e de cada um com a criança. A relação interparental pode influenciar o ajustamento e saúde física da criança ao afectar negativamente a consistência da disciplina e das estratégias parentais (Jouriles, Pffner, & O'Leary, 1988) conduzindo a problemas de ajustamento na criança (Margolin, 1981). As crianças com relações parentais menos estáveis podem recer mais a desintegração familiar comparativamente aos que têm relações seguras e perceber o conflito como ameaçador do seu bem estar (Fincham et al., 1994; Davies & Cummings, 1994).

## **RESULTADOS DAS HIPÓTESES**

Relativamente à **primeira hipótese** formulada, a qual prevê a existência de diferenças nas variáveis psicológicas e psicossociais, ajustamento ao divórcio (DAI), comportamento (CBCL), saúde (CHQ), Crenças (CBAPS), depressão (CDI), ansiedade (STAI-C2), avaliações de conflito (CPIC), no grupo de divórcio litigioso versus mutuo consentimento, verificamos que os resultados obtidos apenas corroboram a hipótese formulada para o ajustamento (DAI R) e comportamento (CBCL).

O ajustamento psicológico do progenitor residente à situação de divórcio é um preditor da sua disponibilidade emocional e psicológica para a criança e do ajustamento da criança ao divórcio (Zimmerman, Brown & Portes, 2004). No nosso estudo, o grupo de divórcio por mutuo consentimento apresenta mais condições protectoras de divórcio e

coping da criança e resposta positiva do divórcio, comparativamente ao grupo de divórcio litigioso. As crianças dos pais divorciados por mutuo consentimento apresentam melhor comportamento do que as de divórcio litigioso.

As diferenças encontradas corroboram a literatura publicada neste domínio. O divórcio por mutuo consentimento não procura a culpa e os cônjuges estão de acordo no reconhecimento das incompatibilidades e diferenças, procurando gerir os aspectos psicossociais da ruptura e adoptando uma postura conciliadora no interesse da criança (Pinto & Pereira, 2005). A presença de condições protectoras de divórcio e de coping da criança no ambiente familiar, revela um processo de divórcio que protege a criança de alguns factores de risco (exposição ao conflito, culpabilização do ex-cônjuge, avaliação positiva das disposições da custódia), diminuindo a sua vulnerabilidade a mau ajustamento após o divórcio. A resolução positiva do divórcio reflecte o ajustamento positivo dos pais e da criança ao divórcio, traduzindo a existência de uma relação parental positiva pré e pós divórcio. O funcionamento positivo no pré divórcio está associado a uma resolução saudável do divórcio.

No divórcio litigioso a ideia de culpa está presente e é declarada, sendo de esperar uma diferença significativa nos dois grupos de divórcio (Bohannon, 1973). O divórcio litigioso por ser um divórcio sanção exacerba o conflito interparental e pode assim conduzir a efeitos nocivos no processo de desenvolvimento da criança (Pinto & Pereira, 2005). Os pais divorciados pelo litigioso apresentam menos condições protectoras de divórcio, pressupondo mais conflito e exposição da criança ao conflito, pior resolução do divórcio, e as suas crianças apresentam mais problemas sociais (comporta-se como se fosse mais jovem, obstinado, não gosta de estar sozinho, mostra-se arreliado, infeliz) e de externalização quando comparadas com as crianças de divórcio por mutuo consentimento. A modalidade de divórcio litigioso não protege a criança do conflito. A literatura estabelece o conflito como factor de risco para problemas de externalização (Amato & Keith, 1991; Emery 1982). O conflito que caracteriza o divórcio litigioso pode predispor os pais a um nível superior de stress deixando-os menos disponíveis física e emocionalmente conduzindo ao comprometimento das práticas parentais (diminuição da supervisão parental, aumento da restrição, diminuição da afeição e alteração dos padrões de comunicação pais – criança), da alteração do padrão de relação pais - criança (Amato & Booth, 1996) e da ligação afectiva pais-criança. As alterações no padrão de relação pais - criança podem conduzir a deficits na capacidade de regulação da emoção, competência social, coping e competências de processamento de informação (Troxel & Matthews,

2004). De acordo com o modelo biopsicossocial, a manifestação comportamental de desregulação emocional e insegurança, identificada pelo nosso estudo, pode gerar um conjunto de factores de risco, que conduzem ao aumento de problemas de saúde física através da via psicossocial comportamental. A criança exposta a hostilidade e agressão parental pode ver diminuído o seu limiar para exibir comportamentos idênticos (Emery, 1988). Desta forma o conflito marital e dissolução podem transcender o contexto familiar e influenciar adversamente o desenvolvimento de redes sociais, pela criança. O meio familiar com conflito pode contribuir para que as crianças desenvolvam deficits ao nível da competência social, maior propensão para agressão, exibição de afecto negativo, reduzindo desse modo os recursos interpessoais disponíveis, protectores do stress na infância e ao longo do ciclo de vida. A investigação (Stocker & Youngblade, 1999). Parker e Asher (1987) sugere ainda que a diminuição dos comportamentos de parentalidade associada ao conflito marital está associada a relações mais conflituosas e a rejeição de pares. A rejeição social de pares na infância é um preditor da psicopatologia no adulto, incluindo depressão (Bagwell, Newcomb, & Bukowski, 1998) a qual pode indirectamente aumentar o risco de doença crónica.

Se o conflito extravasar para a relação pais – criança pode contribuir para que os pais se tornem mais agressivos e irritáveis com esta (Fincham, Grych, & Osborne, 1994), A criança pode modelar os comportamentos agressivos e desenvolver estilos de atribuição hostis (Troxel & Mathews, 2004). Estes estilos de atribuição tornar as crianças mais reactivas fisiologicamente a pistas sociais ambíguas e mais propensas a comportamentos de risco, vendo assim aumentado o risco de efeitos adversos de saúde (Troxel & Mathews, 2004).

Em síntese, estes resultados suportam a ideia que o conflito e dissolução no ambiente familiar podem moldar o desenvolvimento social da criança e o repertório de estratégias de coping conduzindo a maior risco de saúde ao longo do ciclo de vida. Esta ideia é sustentada também pelo modelo das vias de vulnerabilidade fisiológica ao stress que defende a relação entre as características do meio familiar inicial e a vulnerabilidade fisiológica ao stress (Luecken & Lemery, 2004) e o modelo sociopsicofisiológico para qual o distress marital pode ser um obstáculo ao desenvolvimento das relações sociais das crianças, aumentando a sua susceptibilidade à doença.

Na escala Transição de Divórcio, o grupo de divórcio litigioso revela transição de divórcio mais fácil do que o grupo de mutuo consentimento. Este resultado corrobora a literatura que refere que a separação pode ser uma solução positiva para uma situação

familiar perturbada ou conflituosa (Hetherington, 1993). As pessoas que vivem no seio de famílias com nível de conflito parental elevado experienciam o divórcio como uma mudança positiva (Luecken & Fabricius, 2001), vivenciando assim uma transição mais fácil.

Ao nível da saúde, crenças e morbidade não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos em análise. O processo de divórcio é uma experiência pessoal que se caracteriza por vários stressores intensos e prolongados (Emery, 1999) tanto no divórcio por mutuo consentimento como no divórcio litigioso, pelo que ao nível das variáveis crenças, saúde e morbidade os grupos não diferem.

Os resultados obtidos confirmam plenamente a **segunda hipótese** formulada, que previa uma correlação negativa entre ajustamento ao divórcio, avaliado pelo DAI, e problemas de comportamento, avaliado pela CBCL e uma correlação positiva entre ajustamento, avaliado pelo DAI, e saúde, avaliado pelo CHQ, controlado o estatuto sócio económico dos progenitores, avaliado pela GRAFFAR.

Os resultados obtidos no nosso estudo mostram que as crianças cujos pais se apresentam mais adaptados ao divórcio apresentam menos problemas comportamentais e melhor saúde física (tendo o nível sócio-económico dos pais sido controlado).

Melhor funcionamento familiar, i.e. menos conflito familiar, traduz-se em melhor comportamento (em todas as escalas da CBCL) e melhor saúde (melhor funcionamento físico, menos limitações de desempenho e sociais por problemas sociais e comportamentais, menos dor corporal, melhor comportamento, melhor auto estima, menor impacto emocional nos pais, menor impacto no tempo dos pais e nas actividades familiares). Menor conflito e melhor funcionamento familiar traduz-se em melhor saúde física e psicossocial da criança.

O processo de divórcio protector da criança pressupõe a existência de condições familiares que diminuem a sua vulnerabilidade. O nosso estudo mostra que a existência de condições protectoras está associada a melhor comportamento (menor isolamento, menos queixas somáticas, menor ansiedade e depressão, menos problemas de atenção, menor comportamento agressivo, menor internalização e externalização), menos limitações ao nível do comportamento (avaliado pelo CHQ) e melhor saúde psicossocial.

A resolução saudável do divórcio está associado a melhor comportamento (menos problemas sociais, menos problemas de atenção, menos comportamento delincente,



menos comportamento agressivo, menos internalização e externalização), e melhor saúde (menos limitações de desempenho e sociais por problemas sociais/comportamentais, menos limitações desempenho e sociais por saúde física, menor comportamento, melhor auto estima, menor impacto emocional nos pais) e melhor saúde psicossocial.

Estes resultados revelam que quanto maior o ajustamento familiar (menor conflito, mais condições protectoras de divórcio e resolução positiva de divórcio) melhor o comportamento e melhor a saúde física e psicossocial da criança.

Os dados obtidos no nosso estudo para o comportamento são validados pela investigação que estabelece uma associação positiva entre a exposição ao conflito e os problemas de ajustamento da criança (Cummings & Davies, 1994; Grych & Fincham, 1990). O conflito marital é um stressor psicossocial com impacto negativo no funcionamento da criança (Cummings & Davies, 1994), na sua saúde física (Gottman & Katz, 1997), reactividade fisiológica (El-Sheik, 1994) e nos problemas de ajustamento, nos quais se incluem os problemas de externalização tais como a desordem de conduta (Jouriles, Murphy, & O'Leary, 1989), desobediência (Jouriles & Farris, 1992), agressão (Johnston, Gonzalez, & Campbell, 1987) e comportamento antisocial (Emery & O'Leary, 1984) e os problemas de internalização, tais como a depressão (Johnston et al., 1987), isolamento ou ansiedade (Long, Slater, Forehand, & Fauber, 1988), auto conceito da criança (Bishop & Ingersoll, 1989) e competência social (Burman, John, & Margolin, 1987).

O nosso estudo mostra que a diminuição dos factores de risco através da existência de condições protectoras da criança e da resolução positiva do conflito, contribuem para que as crianças de pais divorciados apresentem melhor ajustamento e melhor saúde. O modelo sociopsicofisiológico valida os dados obtidos no nosso estudo relativamente à saúde, ao salientar que as crianças de meios familiares em distress marital exibem doença frequente (Gottman & Katz, 1989);

O divórcio é uma transição familiar que pode interferir com a parentalidade efectiva (Conger et al., 1995, Patterson & Forgatch, 1990). De acordo com o modelo biopsicossocial, o ajustamento parental ao divórcio influencia a qualidade da parentalidade que tem impacto significativo no despoletar de problemas de conduta. A parentalidade inadequada (hostilidade, fraca monitorização, disciplina inconsistente) aumenta a probabilidade de comportamentos impulsivos, provocadores e de risco. Estes jovens consideram os actos delinquentes mais fascinantes do que os jovens que foram socializados a possuir crenças internas mais fortes. Os pais que não assistem a criança no

desenvolvimento de competências de regulação emocional efectivas podem contribuir para que esta tenha maior propensão para se envolver em comportamentos comprometedores de saúde (Troxel & Mathews, 2004).

As crianças de pais divorciados podem experienciar múltiplas perturbações nos cuidados recebidos, elevando-se o risco de efeitos negativos na saúde física (Luecken & Lemery, 2004) se se observar diminuição da qualidade da relação pais-criança (Amato & Booth, 1996) e exposição ao conflito marital, no pré e pós divórcio (Amato, 1993), ou seja ausência de condições protectoras de divórcio e resolução negativa do divórcio. Experienciam geralmente diminuição de contacto parental, (sobretudo com o progenitor não residente) (Amato, 1993), da qualidade da relação pais-criança (Amato & Booth, 1996) e exposição ao conflito marital, no pré e pós divórcio (Amato, 1993). O conflito que ocorre na presença da criança está mais ligado a problemas de ajustamento do que o encapsulado que ocorre fora da sua percepção (Hetherington, Cox e Cox, 1982). O nosso estudo reforça este dado ao evidenciar que a existência de um processo protector de divórcio (menor exposição da criança ao conflito) está associado a melhor comportamento e melhor saúde psicossocial. O testemunhar de conflito pode impedir a criança de desenvolver competências de regulação da emoção progressivamente mais sofisticadas (Cummings & Davies, 2002), enfraquecendo a sua capacidade para lidar com stressores subsequentes (Troxel & Mathews, 2004).

Os cuidados iniciais inadequados, decorrentes do divórcio parental podem contribuir para a desregulação das respostas fisiológicas de stress, a longo prazo. Segundo o modelo das vias de vulnerabilidade fisiológica, o menor ajustamento parental ao divórcio pode contribuir para o desenvolvimento de depressão, ansiedade e hostilidade e isolamento e aumentar o risco de desenvolvimento de doença física. A perturbação da vinculação está associada a consequências de foro psicológico, baixa auto estima, ansiedade, redes de suporte social deficientes, aumento da agressão e hostilidade, sintomas depressivos e comprometimento da capacidade de coping (Meyer, Chrousos, & Gold, 2001; Sandler et al., 1992). Pelo contrário, as relações sociais de elevada qualidade e a vinculação segura estão implicadas na diminuição do risco de doença (Christenfeld & Gerin, 2000).

A via psicossocial sugere que a parentalidade contribui para o desenvolvimento de características psicossociais que podem alterar a vulnerabilidade ao stress. Crianças com pouco suporte social, estratégias limitadas de modulação do stress e reactividade aumentada ao stress, podem adoptar comportamentos comprometedores da saúde como

meio de aceitação social e de gerir a activação emocional negativa (Wills & Shiffman, 1985).

Relativamente à **terceira hipótese** que previa uma relação positiva entre percepção de conflito (avaliada pelas dimensões resolução, ameaça percebida, intensidade e triangulação) avaliado pela CPIC, morbidade psicológica, avaliado pelo CDI/STAI, maior culpa paternal, avaliado pela CBAPS e problemas de saúde, avaliado pelo CHQ, verifica-se que se confirma a relação entre percepção do conflito e morbidade psicológica.

As crianças que apresentam pior resolução, maior intensidade, maior ameaça percebida e maior triangulação apresentam níveis mais elevados de depressão. As crianças com maior percepção de ameaça percebida apresentam também maior ansiedade. Dimensões específicas do conflito interparental como a intensidade, grau de ameaça, tipo de resolução, severidade e conteúdo constituem factores de risco para as crianças de pais divorciados (Kerig, 1995). O nosso estudo corrobora a literatura que refere que a maior exposição a conflito frequente, intenso e mal resolvido se relaciona com níveis elevados de problemas de externalização e de internalização, salientando-se a existência de relações significativas entre percepção de conflito e ajustamento da criança (Grych, Seid, & Fincham, 1992).

A relação entre triangulação e depressão observada no nosso estudo encontra consistência na investigação que mostra que a triangulação está associada a distress e comportamento mal adaptativo da criança (Amato, 1986; Câmara & Resnick, 1989). A criança pode aliar-se a um progenitor contra o outro, pode ser usada como mediador nas disputas parentais, ou ser o alvo do distress marital dos pais (Margolin, 1981; Kerig, 1995, 1996). A triangulação é uma disfunção da relação marital (Minuchin, 1974) que impede os pais de resolver as suas diferenças, aumentando a tensão familiar e comprometendo o ajustamento psicológico da criança. A triangulação pode contribuir para problemas emocionais e sintomas psicossomáticos nas crianças, que podem desempenhar o papel do paciente identificado para manter a homeostase do sistema familiar (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Igualmente e no que se refere à variável saúde, verificamos que a variável saúde psicossocial surge negativamente relacionada com a triangulação, ou seja a criança mais triangulada apresenta valores mais baixos de saúde, o que se traduz em maior limitação.

A ameaça percebida é apontada como um factor que influencia a associação entre conflito parental, problemas de internalização/externalização e saúde (Grych, Seid, &

Fincham, 1992; Kerig, 1998). Esta escala reflecte quão ameaçada a criança se sente pelo conflito interparental e a capacidade percebida de lidar com o conflito. No nosso estudo as crianças com maior percepção de ameaça percebida apresentam também maior ansiedade. Este resultado é também corroborado pela literatura que defende que a criança que se sente ameaçada e incapaz de lidar com o conflito exhibe problemas como ansiedade e depressão (Grych, et al 1992). Níveis elevados de ameaça percebida constituem um factor de vulnerabilidade, encontrando associações positivas entre exposição ao conflito, dificuldades de ajustamento, problemas de saúde e reactividade cardiovascular (El Sheik e Harger 2001). A avaliação de ameaça percebida está associada a comportamentos de externalização e à activação crónica do sistema adreno medular simpático (Frankenhaeuser, 1980) e é um preditor significativo da pressão arterial diastólica (PAD) (El –Sheik & Harger, 2001). O conflito marital e as avaliações influenciam a saúde física da criança, salientando-se que a criança que se sente ameaçada pelo conflito marital é emocionalmente mais reactiva e mais vulnerável a efeitos negativos, do que as crianças que estão menos envolvidas no conflito (Cummings & Davies, 1994; El –Sheik & Harger, 2001). É plausível que as crianças que não percebem o conflito marital como ameaçador estejam mais aptas a melhorar o impacto negativo do stressor e assim reduzir a activação dos sistemas de stress (Falkner & Ragonesi, 1986).

A exposição prévia a níveis elevados de conflito podem sensibilizar as respostas afectivas da criança a futuros conflitos (Cummings, Iannotti, e Zahn-Waxler, 1985). O testemunhar de conflito hostil (expresso) ou mal resolvido pode impedir a criança de desenvolver competências de regulação da emoção progressivamente mais sofisticadas (Cummings & Davies, 2002), ao longo do desenvolvimento, enfraquecendo a sua capacidade para lidar com stressores subsequentes, criando-se um efeito cíclico, através do qual a desregulação afectiva se auto reforça (Emery, 1988). Na perspectiva da segurança emocional, a exposição prévia ao conflito marital “destrutivo” (níveis elevados de ira, hostilidade aumentada, conflitos não resolvidos) resulta na sensibilização dos domínios afectivo (distress), comportamental (evitamento) e cognitivo (viés atribucional, e esquemas internos da qualidade da relação) que podem ser perturbados quando a criança experiencia ameaças recorrentes à sua segurança emocional (Troxel & Mathews, 2004). A curto prazo a sensibilização ao conflito pode ser uma resposta adaptativa ao conflito recorrente contudo, a longo prazo pode conduzir ao desenvolvimento de traços (desconfiança) e de estilos afectivos e comportamentais que colocam a criança em risco para perturbações no funcionamento psicológico e interpessoal (Cummings, Davies, & Campbell, 2002).

O nosso estudo revela também que quanto maior a intensidade de conflito, pior resolução e maior triangulação, maior a tendência da criança para culpabilizar o pai pelo divórcio. As crianças constroem crenças problemáticas sobre a natureza do divórcio parental e do seu papel causal na decisão de divórcio (Gardner 1976; Mendell 1983; Tessman 1978) que afectam a sua reacção e o seu ajustamento ao divórcio. As crenças problemáticas relacionam-se com uma variedade de cognições e afectos disfuncionais que provocam elevação da ansiedade, baixo auto-conceito e baixo suporte social que por sua vez se constituem como vias psicossociais afectivas que levam a problemas de saúde (Kurdek, 1987). A percepção de um dos pais como o principal responsável pelos problemas, como traduz o presente estudo, pode perturbar a relação da criança com esse progenitor, prejudicando a qualidade da relação pais-criança e ameaçando o sentido de segurança emocional da criança e a sua capacidade para regular a activação emocional. A criança com vinculação insegura torna-se mais vulnerável aos efeitos directos do conflito, através da activação emocional e fisiológica (Davies & Cummings, 1994).

No que se refere à saúde, o nosso estudo indica ainda que pior resolução e intensidade de conflito, está associado a funcionamento físico intenso (avaliado pelo CHQ), o que pode indicar que apesar do conflito a criança não está limitada nas suas capacidades físicas, para fazer coisas que requerem muita energia, alguma energia ou as actividades diárias, ou como refere Block, Block e Gjerde (1986) que o conflito intenso se pode traduzir, nas crianças, num “comportamento excessivamente energético”.

As manifestações afectivas e cognitivas de desregulação emocional e insegurança podem gerar factores de risco, que conduzem ao aumento de problemas de saúde física através de vias psicossociais afectivas e cognitivas.

A desregulação afectiva está associada ao risco de saúde física através da depressão, ansiedade e a expressão de hostilidade (Troxel & Mathews, 2004). A investigação suporta a associação entre depressão e ansiedade, doenças cardiovasculares morbidade e mortalidade (Kubzansky, Kawachi, Weiss, & Sparrow, 1998; Rozanski, & Blumenthal, Kaplan, 1999). A depressão surge relacionada com todas as causas de mortalidade (Wuslin, Valliant, & Wells, 1999) e com a supressão do sistema imunitário (Wuslin, Valliant, & Wells, 1999; Herbert & Cohen, 1993).

Alguns estudos mostram também que a criança exposta a conflito recorrente experiencia mudanças significativas nos sistemas de resposta fisiológica, incluindo alterações na frequência cardíaca (El Sheikh, Cummings, & Goetsch, 1989; El -Sheikh & Cummings, 1992), na pressão sanguínea sistólica (El-Sheikh et al., 1989) e condutância da

pele (El-Sheikh & Cummings, 1992). Davies, Myers, Cummings e Heindel, (1999) sugerem mesmo que as crianças expostas a conflito parental recorrente, respondem com maior activação do sistema simpático mesmo em contextos extra relação marital, quando expostas a interações hostis subsequentes.

Em síntese, e de acordo com o modelo biopsicossocial, a exposição a stress crónico na infância pode resultar em sensibilização crónica do sistema nervoso central incluindo alterações no funcionamento serotoninérgico e hiperreactividade do sistema HPA (Heim & Nemeroff, 2001; Mc Ewen, 2001), circuitos que desempenham um papel importante na regulação do stress e da emoção, e cuja desregulação pode contribuir para o aumento da vulnerabilidade ao stress e de problemas de saúde mental e física (Troxel & Mathews, 2004). A função serotoninérgica do sistema nervoso central tem uma função reguladora, de redução da probabilidade de comportamentos como a agressão, expressos em resposta a pistas internas e externas (Berman & Coccaro, 1998; Spoont, 1992).

Na **quarta hipótese** que previa a existência de diferenças nas variáveis comportamento, avaliado pela CBCL e saúde, avaliado pelo CHQ no grupo de crianças que experienciaram a separação parental aos 5-7 anos e mais velhas 8-11 anos, verificamos que os dados obtidos estão em consonância com a literatura neste domínio.

As crianças que experienciaram o divórcio em idade mais jovem (5-7anos) apresentam pior auto estima quando comparadas com as crianças de (8-11) anos, que por sua vez apresentam maior isolamento.

As crianças mais jovens encontram-se em maior risco para problemas no período pós divórcio (Emery, 1999). São mais dependentes dos pais, menos protegidas pelas redes de suporte extra familiar (professores e pares) e encontram-se num estágio de desenvolvimento em que são menos resilientes aos acontecimentos traumáticos (Kline, Johnston & Tschann, 1991). A sua capacidade cognitiva impede que compreendam o significado e as implicações do divórcio. Não compreendem as múltiplas perdas e mudanças e mostram-se menos aptas a obter apoio dos outros (Hetherington & Stanley – Hagan, 1999). Para as autoras, a egocentricidade desta idade pode conduzir a sentimentos de auto culpabilização e auto responsabilização pela promoção da reconciliação.

Embora não estejam disponíveis muitos dados sobre a auto estima em crianças jovens de pais divorciados (Leon, 2003), a investigação sugere que as crianças mais jovens apresentam baixa auto estima comparativamente às crianças de famílias intactas (Amato &

Keith 1991). Teoricamente, a auto estima desenvolve-se durante os anos pré escolares e a criança desenvolve um conceito unitário do self por volta dos 8 anos, pelo que a auto estima é uma consequência desenvolvimental notória em crianças em idade escolar (Leon, 2003). As experiências familiares em idades jovens influenciam a auto estima e a propensão para a depressão a longo prazo (Brown, Bifulco e Andrews 1990). Segundo Amato (1993), a auto estima é facilmente alterada durante os acontecimentos de stress e a idade da criança no momento do divórcio é uma variável importante. A maturidade da criança e o desenvolvimento do seu auto conceito predizem o impacto do divórcio na auto estima (Goodman & Pickens, 2001). A cooperação parental, cuidados e evitamento do conflito a seguir ao divórcio são factores relacionados com a auto estima, que podem proteger a criança e prever efeitos negativos a longo prazo (Goodman & Pickens, 2001).

A formação de relações de vinculação é a principal tarefa do desenvolvimento da criança. Nas crianças mais jovens, o divórcio envolve com maior frequência a separação dos pais por longos períodos (Leon, 2003) e teoricamente estas separações podem perturbar a vinculação segura (Bowlby, 1969). Da mesma forma, o conflito interparental inerente ao divórcio pode diminuir a vinculação segura (Howes & Markman, 1989; Johnston & Campbell, 1988; Owen & Cox, 1997). A vinculação segura na infância está associada a efeitos desenvolvimentais mais positivos ao nível da auto estima e da relação com pares (Belsky & Cassidy 1994) e a perturbação da vinculação está associada a baixa auto estima, ansiedade, redes de suporte social deficientes, aumento da agressão e hostilidade, sintomas depressivos e comprometimento da capacidade de coping (Meyer, Chrousos, & Gold, 2001; Sandler et al., 1992).

Brown e colaboradores (1990) enfatizam a relação entre qualidade negativa das relações nucleares e a auto estima negativa que em certas circunstâncias pode resultar em depressão clínica (Kalter, Riemer, Brickman & Chen, 1985). Palosaari, Aro e Laippala, (1996), suportam o papel da auto estima como preditor ou precursor da depressão e o seu papel como mediador da vulnerabilidade à depressão subsequente. Nas raparigas, o divórcio parental tem impacto na auto estima e os resultados sugerem que neste grupo, o impacto do divórcio na vulnerabilidade à depressão é em grande medida mediado pela auto estima. Também nos rapazes os que têm baixa auto estima estão em maior risco para depressão subsequente, independentemente do meio familiar significando que nos rapazes a baixa auto estima medeia o risco de depressão mas não o risco associado ao divórcio parental (Palosaari, Aro, Laippala, 1996).

No que se refere ao valor de isolamento obtido para o grupo dos 8 aos 12 anos, a literatura mostra que nesta idade as crianças reagem predominantemente com ira que é habitualmente dirigida ao pai que parece responsável pelo divórcio. Mostram-se intensamente críticos e ressentido com o divórcio. Nesta faixa etária não gostam de sair com os amigos e sentem-se envergonhados pelo divórcio. Tendem a preocupar-se com as finanças familiares e se estes são um peso para a família (Cummings 1994). Nesta fase o risco de competências sociais disfuncionais pode aumentar (Grych & Fincham, 1990). As relações pais-criança (Câmara & Resnick, 1989) e pares (Emery & O’Leary, 1984) pode ser negativamente afectada. Wallerstein, Shauna e Corbin (1999) referem que a resposta principal das crianças entre os 8 e os 12 anos é a ira contra um ou ambos os pais. Estas crianças preocupam-se com a perda do seu mundo intacto e sofrem de ansiedade, solidão, humilhação e impotência. Com frequência percebem um dos pais como bom e outro como mau e são vulneráveis à participação nas discussões parentais. Têm um elevado potencial para assumirem um papel empático no cuidado do progenitor necessitado. A performance escolar e as relações com os pares podem sofrer (Wallerstein & Kelly, 1980)

Como vimos anteriormente todos os modelos defendem que o conflito marital e dissolução podem transcender o contexto familiar e influenciar adversamente o desenvolvimento de redes sociais, pela criança. De acordo com o modelo biopsicossocial o meio familiar com conflito pode contribuir para que as crianças desenvolvam deficits ao nível da competência social, reduzindo desse modo os recursos interpessoais disponíveis, protectores do stress na infância e ao longo do ciclo de vida. O modelo sociopsicofisiológico salienta que o distress marital pode ser um obstáculo ao desenvolvimento das relações sociais das crianças e assim aumentar a sua susceptibilidade à doença (Katz e Gottman 1991) por dificultar o acesso aos recursos interpessoais. Este modelo apresenta uma explicação biológica para a influência da insatisfação marital na actividade biológica da criança, salientando a contribuição das variações biológicas para relações de menor qualidade com pares e pior saúde física. Nesse sentido apresenta uma via directa que refere que o distress marital só por si pode contribuir para que os jovens se envolvam menos com os pares (Katz & Gottman, 1991), podendo assim contribuir para maior isolamento. A análise das vias indirectas mostra que os casais em distress marital têm comportamentos parentais negativos que podem estar relacionados com a ira e desobediência, assim como com a elevação dos níveis de hormonas do stress na criança e com o baixo envolvimento das crianças com os pares (Katz & Gottman 1991).



A criança que testemunha conflito parece estar sob um nível de stress crónico elevado que se relaciona com a sua propensão para manter níveis de baixo envolvimento com os pais. Estas crianças apresentam baixo envolvimento com pais, mais interações negativas e pior saúde. Os resultados sugerem também que certas dimensões do envolvimento parental estão relacionadas com insatisfação na relação marital e que a falta de envolvimento parental deixa marcas no mundo social da criança

Por último, a escala de problemas de atenção está no limite da significância apontando para alguma relação entre tempo de separação e problemas de atenção. A investigação mostra que o divórcio parental tem efeitos a longo prazo no comportamento hiperactividade/atenção quando a separação parental ocorre antes dos 8 anos (Pagani, Boulerice, Tremblay e Vitaro, 1997). As crianças que experienciam o divórcio parental antes dos 6 anos (e cujos pais permanecem divorciados) exibem elevação do comportamento hiperactivo aos 8 anos com subsequente dificuldade ao nível da atenção. Nos mais jovens, cujos pais se separam na faixa etária dos 6 aos 8 anos, o comportamento hiperactivo é mais elevado aos 12 anos. O padrão de relação pais- criança quando o comportamento ocorre antes ou após os 8 anos e as práticas educativas talvez explique esta situação (Paterson, 1982).

Com a **quinta hipótese** pretendia-se estudar o impacto das diferentes variáveis sócio demográficas (sexo, nível sócio económico, e acompanhamento psicológico), psicossociais (conflito familiar, comportamento), variáveis de interação (saúde física e saúde psicossocial com conflito familiar), na saúde física e na saúde psicossocial da criança.

No que se refere às variáveis sócio demográficas os resultados obtidos mostram que a variável sexo tem capacidade explicativa para a saúde física e que os rapazes apresentam valores mais baixos de saúde física. Embora a literatura não seja conclusiva sobre os efeitos do divórcio tendo em conta o género, é amplamente aceite que o divórcio é mais problemático para os rapazes do que para as raparigas (Emery, 1999), validando assim os resultados obtidos no nosso estudo.

As variáveis psicossociais conflito familiar e queixas psicossomáticas surgem como variáveis significativas para a saúde física explicando 31% da variância. Ambientes familiares que se caracterizem por menor conflito traduzem-se em melhor saúde física da criança e menos queixas somáticas. A saúde física é ainda explicada pela saúde psicossocial com maior saúde psicossocial a traduzir-se em maior saúde física.

O testemunhar de conflito marital, intenso e frequente, parece constituir um stressor psicossocial crónico para a criança (Troxel & Mathews, 2004). Os resultados obtidos no nosso estudo são validados por Luecken e Fabricius (2001), no estudo sobre a relação entre divórcio e vulnerabilidade de saúde física a longo prazo. Os autores salientam que as queixas somáticas são uma resposta de stress psicossocial e que o experienciar de sintomas somáticos (dores de cabeça, náuseas, e dor abdominal) são uma indicação de vulnerabilidade de saúde física. O nosso estudo mostra que ambientes de menor conflito se traduzem em melhor saúde e menos queixas psicossomáticas. Luecken e Fabricius (2001), salientam ainda que as crianças e adolescentes que relatam níveis elevados de sintomas somáticos mostram uso frequente de serviços de saúde (Jyvasjarvi, Joukamaa, Vaisanen, Larivaara, Kivela, Keinanen-Kiukaanniemi 2001), tensão arterial elevada (Kristal-Boneh, melamed, Kushnir, Froom, Harrai, Ribak, 1998), aumento de incapacidade e comportamento de doença (Katon, Lin, Von Korff, Ruisso Lipscomb, Bush 1991), o que indica que a saúde psicossocial se traduz na saúde física.

A interacção da variável independente saúde psicossocial com a variável conflito familiar/disfunção evidencia uma relação positiva entre saúde física e saúde psicossocial quando os valores da variável conflito traduzem maior conflito logo pior ajustamento familiar (valores baixos na escala traduzem pior funcionamento familiar). Em ambientes de elevado conflito a saúde psicossocial relaciona-se com a saúde física. Quando os valores da variável conflito traduzem melhor ajustamento e funcionamento familiar não há correlação entre as variáveis. Assim o conflito familiar é variável moderadora na relação entre saúde psicossocial e saúde física.

Como vimos nos capítulos anteriores, o conflito tem impacto na regulação e segurança emocional da criança e as manifestações afectivas, comportamentais e cognitivas de desregulação podem gerar factores de risco, que conduzem ao aumento de problemas de saúde física através de vias psicossociais afectivas, comportamentais e cognitivas. Alguns estudos mostram que a criança exposta a conflito recorrente experiencia mudanças significativas nos sistemas de resposta fisiológica (El -Sheikh & Cummings, 1992).

Estes dados são corroborados pela investigação que defende que o conflito familiar é uma via através da qual os factores familiares podem influenciar a saúde física (Luecken & Fabricius 2003), o que significa que a saúde psicossocial se traduz na saúde física. Níveis elevados de conflito familiar estão associados a pior saúde física (Mechanic, Hansell 1989; Katz & Gottman1997), reactividade fisiológica exagerada (El-Sheik &

Harger, 2001) e maior utilização dos cuidados de saúde em crianças e adolescentes (Riley et al., 1993).

A elevada exposição ao conflito parental relaciona-se com a baixa percepção de cuidado parental e é um preditor consistente da vulnerabilidade de saúde física nas crianças (Luecken & Fabricius, 2001).

Das variáveis preditoras da Saúde Psicossocial, a variável Clínico Sócio Demográfica Acompanhamento Psicológico após o divórcio, mostra que as crianças que receberam acompanhamento psicológico apresentam valores mais baixos de saúde psicossocial. Este resultado sugere que a dissolução marital não é um acontecimento isolado mas apenas o início da exposição continuada a situações adversas que perduram e produzem efeitos cumulativos na criança (Allison & Furstenberg, 1989) o que poderá explicar que apesar de estarem em acompanhamento, as crianças continuem a apresentar menor saúde psicossocial.

. A saúde psicossocial é ainda explicada pelo comportamento e triangulação, com as crianças que apresentam menos problemas de comportamento (isolamento e problemas de atenção) e menor triangulação a apresentarem maior saúde psicossocial. A saúde é ainda explicada pelas variáveis nível sócio económico, com crianças de nível sócio económico mais elevado a apresentarem melhor saúde e pela saúde física com maior saúde física a traduzir-se em melhor saúde psicossocial.

Como vimos anteriormente a triangulação é uma dimensão do conflito interparental que pode constituir um factor de risco para as crianças de pais divorciados (Kerig, 1995). É uma disfunção da relação marital (Minuchin, 1974) que pode assumir várias formas (Engfer, 1988; Kerig, 1995) que contribuem para aumentar a tensão e comprometer o ajustamento psicológico da criança, contribuindo para problemas emocionais e sintomas psicossomáticos nas crianças, que podem desempenhar o papel do paciente identificado para manter a homeostase do sistema familiar (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Alguns estudos fornecem suporte para esta suposição, mostrando que a experiência de se triangulado, “apanhado no meio”, dos conflitos parentais está associado a distress e comportamento mal adaptativo da criança (Amato, 1986; Câmara & Resnick, 1989). Estes dados legitimam os resultados obtidos do nosso estudo segundo o qual menor triangulação está associada a menor isolamento, menos problemas de atenção que se traduzem em maior saúde psicossocial.

Relativamente ao nível sócio económico, a literatura advoga que o nível sócio económico é um preditor psicossocial dos níveis de saúde (Adler et al 1994, Williams &

Collins 1995), estando relacionado com o aumento da incidência e prevalência de desordens crónicas e infecciosas e com a elevação das taxas de quase todas as causas de morbidade e mortalidade.

A interacção da variável independente saúde física com conflito familiar/disfunção, mostra que quando a saúde psicossocial é a variável dependente apenas se observa relação positiva entre saúde física e saúde psicossocial nas situações em que a variável conflito familiar regista maior conflito familiar (valores baixos nesta escala significam pior funcionamento familiar). Em ambientes de elevado conflito a saúde física traduz-se directamente na saúde psicossocial. Quando os valores da variável conflito traduzem menor conflito e melhor funcionamento familiar (valores elevados nesta escala traduzem melhor funcionamento) não há correlação entre as variáveis.

Os dados obtidos neste estudo, são validados pela literatura designadamente o modelo biopsicossocial que salienta que a exposição repetida ao stress combinada com a incapacidade para modular a activação (decorrente da desregulação emocional), pode conduzir a alterações fisiológicas, incluindo hiperactividade do sistema simpático adreno medular (SAM) e desregulação do eixo hipotalâmico adrenocortical pituitário (HPA) (Krantz & McCeney, 2002), ou alterações da função serotoninérgica (Manuck et al., 1998). Estar exposto a conflito parental frequente e intenso pode induzir um estado acrescido de activação permanente do SAM, com efeitos patológicos no sistema cardiovascular (Krantz & Manuck, 1984) e pode comprometer o funcionamento imunológico (Cohen, Tyrrell, & Smith, 1997). As respostas fisiológicas ao stress crónico podem também afectar os níveis da pressão arterial em repouso e os factores de risco metabólico como elevação de lipidos no plasma e de glicose, conduzindo ao aumento do risco para doenças cardiovasculares e diabetes (Matthews et al., 2002). A criança responde fisiologicamente às situações de conflito marital com elevação da pressão arterial (El Sheik, 1994) e reactividade da frequência cardíaca (Balard, Cummings, & Larkin, 1993). Davies, Myers, Cummings e Heindel, (1999) sugerem mesmo que as crianças expostas a conflito parental recorrente, respondem com maior activação do sistema simpático mesmo em contextos extra relação marital, quando expostas a interacções hostis subsequentes.

Apesar de não existirem evidências directas que suportem a ligação entre variáveis maritais e respostas de cortisol na criança, várias pistas convergem para ideia de que o ambiente familiar pode moldar os padrões de reactividade do cortisol (Flinn & England, 1997). Os autores referem que os meios familiares que se caracterizam por níveis reduzidos de interacções positivas e elevação das interacções negativas (disciplina

excessiva; parentalidade pouco apoiante) permitem prever níveis de cortisol fora do normal, aumento da frequência de doença e supressão da imunidade. Segundo Troxel e Mathews (2004), a segurança emocional inerente à relação pais – criança é um preditor da regulação de cortisol, subsequente na criança, e pode moderar a reactividade do eixo HPA em contextos ameaçadores (Gunnar, Gonzalez, Goodin, & Levine, 1981)

A exposição a stress crónico na infância pode resultar em sensibilização crónica do sistema nervoso central incluindo alterações no funcionamento serotoninérgico e hiperreactividade do sistema HPA (Heim & Nemeroff, 2001; Mc Ewen, 2001), circuitos que desempenham um papel importante na regulação do stress e da emoção, e cuja desregulação pode contribuir para o aumento da vulnerabilidade ao stress e de problemas de saúde mental e física (Troxel & Mathews, 2004).

O modelo das vias de vulnerabilidade fisiológica também defende que os cuidados iniciais estão associados ao desenvolvimento neurobiológico das respostas fisiológicas de stress e identificam características familiares entre as quais o conflito, que podem aumentar o risco de respostas de stress não adaptativas (Luecken & Lemery, 2004).

O modelo de Katz e Gottman (1991), defende que a insatisfação marital influencia a actividade biológica da criança e as relações com os pares e a saúde física.

O nosso estudo mostra assim a existência de um factor moderador entre a saúde física e psicossocial da criança, o conflito.

## **ANALISES EXPLORATORIAS**

A análise das variáveis psicológicas e saúde, quanto ao *género* revela diferenças significativas entre os dois grupos, com as crianças do sexo masculino a apresentarem mais problemas de comportamento (CBCL) (isolamento, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de atenção, comportamento delinvente, comportamento agressivo), maior internalização e externalização.

No que se refere à variável saúde, as crianças do sexo feminino apresentam resultados sugestivos de menor limitação das actividades diárias, quer por problemas emocionais e comportamentais, quer por problemas de saúde física, melhor comportamento, e subsequentemente menor impacto no tempo dos pais e nas actividades familiares.

Os rapazes apresentam mais problemas de comportamento e pior saúde por comparação com as raparigas. Os dados obtidos são validados pela literatura que salienta que as crianças do sexo masculino apresentam pior ajustamento a curto prazo e a longo

prazo ( Lowery & Settle, 1985). Comparativamente com as raparigas, os rapazes exibem aumento da agressão, dependência, desobediência e comportamentos de regressão no “período de crise”, sintomas que se prolongam por um longo período após a crise. A investigação indica que os rapazes consideram a perda dos pais mais stressante do que as raparigas devido à sua vinculação ao progenitor do mesmo sexo (Hetherington et al., 1978). Kurdek, (1981) refere que pelo facto de a mãe ser geralmente o progenitor que exerce a custódia é possível que a preponderância de problemas de ajustamento nos rapazes possa ser atribuída ao stress proveniente do rapaz residir com um progenitor do sexo oposto. Este stress envolve uma relação complexa, recíproca, entre estatuto desenvolvimental e expectativas da criança em relação ao progenitor custodial, praticas disciplinares e qualidade dos sistemas de suporte disponíveis. Os rapazes que estão sob a custódia da mãe têm maior probabilidade de experienciar depressão/isolamento do que as raparigas (Peterson & Zill, 1986), mais probabilidade de ser agressivo e ter problemas de comportamento e auto estima do que os que estão sob a custódia do pai (Camara & Resnick) e maior probabilidade de exibir problemas comportamentais do que os rapazes de famílias intactas (Hetherington, 1991). De igual modo, as raparigas sob custódia do pai tendem a registar mais comportamento antisocial que os rapazes (Peterson & Zill, 1986) a serem mais agressivas, e a terem mais problemas de comportamento e auto estima do que as raparigas que vivem sob a custódia da mãe (Camara & Resnick). Os autores consideram que as crianças que residem com o progenitor do mesmo sexo apresentam ajustamento elevado devido à presença de um modelo para o desenvolvimento da identidade de género (Camara & Resnick).

Hetherington, (1989) salienta que as raparigas de pais divorciados podem revelar-se excepcionalmente competentes, no período pós divórcio, mostrando-se mais capazes do que os rapazes para lidarem com responsabilidades, com independência e com os desafios associados ao divórcio, na presença de stress moderado e de adulto próximo e apoiante (Hetherington, 1989).

Furstenberg e Cherlin, (1991) sugerem que os rapazes não tem pior ajustamento ao divórcio do que as raparigas, em vez disso reagem de forma diferente ao stress. Block, (1983) e Gilligan, (1982) defendem que as raparigas têm maior probabilidade de responder ao divórcio com comportamentos de internalização (depressão, ansiedade, auto estima) enquanto os rapazes têm maior probabilidade de responderem com comportamentos de externalização (agressão, delinquência, problemas sociais). Dado que os comportamentos

de externalização são mais observáveis do que os de internalização as dificuldades de ajustamento após o divórcio são mais evidentes nos rapazes do que nas raparigas.

As diferenças de género no tipo e grau de vulnerabilidade alteram-se com a idade. Os problemas de comportamento nas crianças de pais divorciados na adolescência emergem na adolescência, com maior incidência nas raparigas do que nos rapazes (Hetherington, 1993)

Relativamente à *relação* entre a *frequência de visitas e as variáveis psicológicas*, e saúde constata-se que a um aumento da frequência de visitas do progenitor não residente à criança corresponde uma diminuição nos problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, externalização e culpa paternal. Não se observam diferenças entre a variável frequência de visitas e as variáveis saúde, morbilidade psicológica e conflito.

A quantidade e qualidade de contacto entre a criança e o pai não residente são factores significativos para o ajustamento da criança.

A ameaça do divórcio reside na perturbação da relação com os pais (Hess & Câmara, 1979). A parentalidade oportuna e apropriada do pai não residente é um factor protector. A frequência de contacto tem benefícios quando certas características da parentalidade estão presentes nos pais não residentes. Câmara e Resnick (1988) verificaram que as crianças que têm relações individuais positivas com cada progenitor, a seguir ao divórcio, têm menos problemas do que qualquer outro grupo de crianças de pais divorciados. O contacto continuado e o suporte emocional de ambos os progenitores diminui a probabilidade de mau ajustamento (Buchanan et al., 1996). Quando os pais proporcionam parentalidade com autoridade, as crianças apresentam melhor ajustamento e desempenho académico por comparação com os pais menos envolvidos (Kelly & Emery, 2003). Segundo os mesmos autores, maior envolvimento parental nos assuntos escolares, está associado a melhor aproveitamento, menor número de reprovações e de suspensões.

Luecken e Fabricius, (2003) referem que as crianças que são visitadas mais vezes e por mais tempo pelo progenitor não residente, tem uma percepção mais positiva de cuidado parental. Este resultado sugere que a quantidade de tempo passado com a criança e não só a qualidade é importante na construção de ligações fortes que perduram na idade adulta. Os participantes de famílias divorciadas referem níveis superiores de cuidado paternal em proporção do aumento do tempo que o participante dispõe com cada progenitor. Isto revela-se importante na definição de disposições da custódia a seguir ao divórcio, assim

como sugere que a qualidade da relação pai - criança pode ser vastamente melhorada pela partilha de circunstâncias de vida.

Wallerstein (1983) salienta também que a frequência de visitas é um factor que deve ser valorizado uma vez que a resolução da perda é mais fácil quando a perda da relação com o pai (ou mãe) é parcial e o pai não residente e criança estão aptos a estabelecer e a manter uma relação de afecto, no contexto de um padrão de visitas regulares, ou sob um plano de custódia conjunta favorável.

Kalter (1987), também salienta a importância da manutenção de contacto com o pai não residente. Ao implicar a saída do pai o divórcio significa com frequência a falta de um modelo de papel masculino positivo para a identificação de género dos rapazes. A perda do pai como modelo de papel masculino para os rapazes e como facilitador do desenvolvimento da auto estima e conforto com a identidade sexual, nas raparigas parece ser problemática (King, 2001). A investigação sugere que a perda de contacto suficiente com o pai após o divórcio tem impacto nos rapazes provavelmente durante o período de latência e os problemas serão sobretudo de natureza académica e comportamental. Nas raparigas as áreas problemáticas estão sobretudo relacionadas com a auto estima, depressão e relações heterossexuais e emergem provavelmente no período da adolescência. (King (2001)

As crianças, cujas mães definem a *relação interparental* como difícil ou muito difícil apresentam mais problemas de *comportamento* (isolamento, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas de atenção, comportamento agressivo), maior internalização e externalização, valores mais elevados de culpa paternal, pior resolução, maior intensidade de conflito e maior triangulação.

As crianças cuja relação interparental é caracterizada como Boa/Muito Boa/Razoável apresentam menor limitação nas actividades diárias por problemas emocionais e comportamentais e por consequência menor impacto no tempo dos pais. As crianças cuja relação interparental é caracterizada como Difícil/Muito Difícil apresentam maior isolamento, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas de atenção, comportamento agressivo, internalização, externalização, culpa paternal, pior resolução, intensidade e triangulação.

Estes dados são corroborados pela literatura que afirma que o nível de conflito após o divórcio é o preditor mais robusto do ajustamento da criança (Amato, 1993). Os pais divorciados são confrontados com a necessidade de separar os papéis conjugal e parental.



Camara e Resnick (1988) referem que o grau de cooperação interpaparental, após o divórcio e o estilo de resolução de conflitos utilizado por cada cônjuge para gerir as discussões, parecem ser factores importantes na determinação do ajustamento psicossocial das crianças. As crianças cujos pais são capazes de uma atitude cooperante sobre os assuntos parentais, apesar da animosidade no plano conjugal, têm menor probabilidade de mostrar agressão e menor número de problemas de comportamento (Câmara e Resnick 1988).

Maccoby e colaboradores (1990, 1993) referem três padrões de parentalidade, sendo a parentalidade cooperante a que está associado a ajustamento positivo. Os pais cooperantes falam entre si sobre a sua criança, evitam argumentos, e apoiam mais do que enfraquecem os esforços de parentalidade individuais. Os pais em conflito falam, entre si sobre a sua criança mas com criticismo, defensividade, azedume e tentam enfraquecer a parentalidade individual. Os pais desligados estão ambos envolvidos com a criança mas adoptam o que Furstenberg (1990) definiu como modelo de parentalidade paralela. Cada progenitor adopta o seu estilo e não interfere com a parentalidade do outro. A comunicação um com o outro é evitada excepto através da criança. Isto reduz a probabilidade de conflito directo mas também reduz a cooperação. Muitos investigadores (Buchanan e tal., 1996; Emery, 1999) sugerem que quanto melhor a relação interpaparental melhor o ajustamento da criança.

A relação interpaparental positiva faz pressupor a superação pelos cônjuges, de barreiras psicológicas, interpaparentais e institucionais, para continuarem a estar presentes na vida da criança (Amato & Booth, 1996; Wallerstein & Kelly, 1980);

O estudo da relação entre *pais em acompanhamento psicológico e crianças em acompanhamento* mostra que as crianças cujos pais apresentam maior necessidade de acompanhamento psicológico apresentam também maior necessidade de acompanhamento.

A resposta parental ao stress é determinante para o ajustamento da criança (Lorenz, Simon, & Chao, 1996; Simons & Johnson, 1996). O divórcio é uma transição familiar que pode interferir com a parentalidade (Patterson & Forgatch, 1990). A saúde mental dos pais de famílias divorciadas é um factor que está implicado no ajustamento da criança através da diminuição da capacidade de parentalidade (Hetherington 1993). Os stressores experienciados pelos pais, em situação de divórcio coloca-os em risco de desordens psicológicas (Hetherington, 1991) e de perturbação do funcionamento do sistema imunitário com a doença e morbilidade concomitante. Mesmo as perturbações temporárias da saúde parental e/ou funcionamento psicológico e social afectam a parentalidade das

crianças que podem tornar-se apreensivas em relação ao divórcio (Emery 1999). A percepção subjectiva da criança em relação à saúde mental do progenitor com custódia está também fortemente relacionada com o funcionamento psicológico da criança (Anderson & Foster, 1996).

O bem-estar do progenitor com exercício da custódia e a relação pais- criança são factores significativos no ajustamento da criança (Hanson, 1986). A literatura suporta a perspectiva de que a criança mostra melhor ajustamento quando o progenitor com exercício da custódia está mentalmente saudável (Hetherington, 1993). As desordens psicológicas e de comportamento dos pais estão provavelmente associadas a problemas similares nas crianças, através da socialização e da hereditariedade (Zimmerman, Brown, & Portes 2004).

A literatura (Goodman & Gotlib, 1999; Langrock, Compas, Keller, Merchant, & Copeland 2002) tem evidenciado a depressão parental como factor de risco significativo para as desordens de internalização e externalização nas crianças e adolescentes. A investigação (Conger, McCarthy, Young, Lahey, & Kropp, 1984; Grossman, Eichler, & Winickoff, 1980; Orraschel, Weissman, & Kidd, 1980) estabelece relação entre a depressão e a qualidade da parentalidade. A depressão parental aumenta o risco de meios familiares disfuncionais passando a constituir um ambiente de stress crónico para as crianças (Langrock et al., 2002). O stress afecta a criança através da exposição ao comportamento depressivo, à comunicação, aos padrões de interacção pais-criança e ao aumento do conflito interparental (Cummings & Davies, 1994). Teti e colegas (1995) chamam a atenção para o impacto negativo de depressão parental na segurança emocional da criança. As crianças de pais deprimidos estão expostas a comunicações emocionais ambíguas, inconstantes, em relação ao significado e negativas podendo conduzir a insegurança emocional. A criança pelo seu temperamento também tem um papel nos processos familiares disfuncionais. Ge, Gonger, Lorenz, Shanahan e Elder (1995) referem que o distress psicológico dos pais e das crianças se relaciona reciprocamente ao longo do tempo, indicando que o distress emocional das crianças tem efeitos negativos nos pais e vice-versa.

A análise da relação entre as variáveis *impacto emocional do divórcio na criança, rendimento escolar e relacionamento com pares* mostra que quando as mães consideram que o impacto emocional do divórcio na criança é positivo, as crianças apresentam melhor rendimento escolar, menor isolamento, menos problemas de pensamento e melhor bem-

estar. Este dado é corroborado pela literatura que defende que os sentimentos dos indivíduos relativamente ao divórcio estão significativamente relacionados com hostilidade, sintomas somáticos e visitas a unidades de cuidados de saúde, concluindo que os referem o divórcio como uma experiência mais negativa têm piores resultados nas medidas de saúde (Luecken e Fabricius, 2001). A forma como se sente o divórcio emerge como um preditor significativo do ajustamento e saúde corroborando assim os resultados obtidos no nosso estudo. Estes resultados sublinham a importância de determinar os factores que contribuem para a experiência subjectiva da criança acerca do divórcio parental, dado que a qualidade da sua experiência pode ter implicações na saúde física a longo prazo.

No que se refere ao rendimento escolar, quanto melhor o rendimento escolar, melhor comportamento (melhor pontuação em todas as escalas da CBCL com excepção das queixas somáticas que não surge como significativa) e melhor saúde (com melhor pontuação em todas as escalas do CHQ com excepção da escala de limitações de actividades diárias por saúde física e dor corporal que não surgem como significativas). Ao nível da morbilidade psicológica, observa-se que quanto melhor o rendimento escolar menor depressão. A literatura defende que são vários os factores que contribuem para o padrão de resultados escolares, padrão que sugere que os problemas académicos residem mais no comportamento, bem-estar e na motivação do que na capacidade (McLanahan & Sandefur, 1994), o que vem corroborar os dados obtidos no nosso estudo que relacionam rendimento escolar com melhor ajustamento e melhor saúde.

Por sua vez, um melhor relacionamento com pares é sugestivo de melhor rendimento escolar, impacto emocional do divórcio positivo, menor isolamento, menos queixas somáticas, menor ansiedade e depressão, menos problemas de pensamento, menos problemas de atenção, menor internalização, maior bem estar e menor perturbação das actividades familiares. O sucesso da relação com pares é talvez a tarefa desenvolvimental mais significativa na infância e adolescência e com consequências mais prolongadas. Um relação positiva serve como buffer contra dificuldades que as crianças experienciam nomeadamente o divórcio, fomentando a auto estima e promovendo o bem-estar psicológico (Janes, Hesselbrock, Schechtman, 1980), aspecto que é documentado pelo nosso estudo que evidencia que quanto melhor a relação com pares, melhor comportamento e melhor saúde. Segundo os autores, as crianças que estabelecem relações menos positivas com pares estão em risco elevado para o desenvolvimento de psicopatologia. Os problemas com pares podem predizer problemas psicológicos, sociais e

académicos futuros na adolescência e idade adulta. As crianças que são rejeitadas pelos seus pares podem demonstrar comportamento agressivo e perturbado, diferenças marcadas na maturidade, e dificuldade na realização de objectivos. Não ser apreciado pelos outros pode conduzir ao isolamento, estigmatização, e baixa auto estima entre as crianças rejeitadas (Howard, 2004). Como vimos anteriormente, o conflito no meio familiar pode contribuir para que as crianças desenvolvam deficits ao nível da competência social, maior propensão para agressão, exibição de afecto negativo, reduzindo os recursos interpessoais disponíveis, protectores do stress na infância e ao longo do ciclo de vida.

### **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

São algumas as limitações que se colocam a este trabalho, a serem consideradas na avaliação dos resultados, exigindo prudência na sua interpretação e generalização. Destacam-se como principais limitações:

A dimensão da amostra (84 pais e 84 crianças) que, apesar de todas as condicionantes, abrange a população do Porto e Braga, podendo não satisfazer plenamente os critérios de autores mais exigentes. Consideramos, no entanto, que a magnitude da significância dos resultados encontrados contribui para a fiabilização dos resultados encontrados.

O facto de a amostra ter sido recolhida só numa zona do país, com especificidades próprias, especialmente no que se refere à ambiência religiosa que, como vimos é um importante aspecto a ter em consideração na análise da problemática da separação e divórcio pode colocar problemas ao nível da validade externa.

A transversalidade do estudo não reflecte a dinâmica da interacção dos factores de risco e protectores que influenciam o ajustamento da criança ao longo do tempo. Futuramente seria importante analisar os factores e trajectórias desenvolvimentais associadas aos efeitos positivos e negativos ao longo do desenvolvimento.

Outro condicionalismo reside no facto das medidas de avaliação, assentarem em medidas de auto relato cuja fidelidade é por vezes questionada (Wilson & Entres, 1988). Muitos estudos indicam que a percepção e reacção das crianças ao divórcio difere da que lhes é atribuída pelos pais e que a avaliação parental pode ser influenciada pelo seu próprio nível de stress (Kurdek, 1987, Kurdek & Berg, 1983; Wallerstein & Kelly, 1980). Os participantes podem hesitar em revelar padrões familiares disfuncionais ou problemas de ajustamento nas suas crianças por medo de serem mal avaliados.

Saliente-se a resistência ao estudo encontrada nos Directores de Turma que percepcionavam a realização do estudo como “estigmatização e inferiorização das crianças” e o facto de algumas famílias ocultarem dos parentes mais afastados a situação de divórcio. Contudo e apesar da desejabilidade social comprometer qualquer estudo que empregue uma medida de auto relato, o presente estudo minimiza este risco pela utilização de relatos parentais e das crianças que permite ganhar uma representação mais completa da experiência familiar.

Finalmente alguns dos instrumentos utilizados foram validados no decurso da própria investigação. Além disso, constatamos a falta de condições de fiabilidade na escala de crenças sobre o divórcio parental (CBAPS) na sua totalidade, tendo optado apenas pela utilização da sub escala culpa paternal, e da sub escala Percepções de Saúde que integra o questionário de saúde da criança (CHQ), o que poderá ter limitado de alguma forma a análise da articulação entre as variáveis, quando se procurava um modelo explicativo, resultante da interacção entre as mesmas.

## CAPITULO IV - CONCLUSÃO

Em termos epidemiológicos o divórcio parental é um importante factor de risco para problemas de ajustamento e saúde na criança. Na sua etiologia e consequências estão envolvidos factores individuais e sociais, delimitados pela cultura e pelo tempo. O momento histórico e a cultura dominante interagem para que o divórcio conduza a diferentes eventos familiares e a diferentes efeitos nas crianças. Trata-se de um processo experienciado pela família, com oportunidades e características exclusivas para o seu desenvolvimento, com impacto nas crianças. As crianças mais jovens estão em maior risco para problemas no período pós divórcio por serem mais dependentes dos pais, menos protegidas pelas redes de suporte extra familiar e encontrarem num estágio de desenvolvimento em que são menos resilientes aos acontecimentos traumáticos.

O presente estudo, que se enquadra na perspectiva do modelo biopsicossocial, veio evidenciar, ao nível teórico algumas variáveis importantes, assim como relações recíprocas a considerar na interacção entre aspectos sócio demográficos, psicológicos e psicossociais. O seu carácter inovador reside na identificação e compreensão das variáveis de risco e das variáveis moderadoras do risco psicopatológico e de saúde, no sentido da criação de um modelo compreensivo que possibilite a elaboração de programas de intervenção centrados na modificação das variáveis que se mostrem pertinentes na promoção de melhor ajustamento e saúde. A abordagem da vertente saúde revela-se também inovadora dado não conhecermos outro estudo que tenha analisado esta variável.

A nossa investigação aponta desde logo para a necessidade de considerar o enquadramento social das crianças de pais divorciados dado que o *nível sócio económico* influencia a saúde psicossocial. O divórcio pode acelerar as trajectórias de risco de saúde da criança pela via do estatuto sócio económico do progenitor residente, através da escassez de recursos, da maior exposição ao stress e do posterior comprometimento das práticas parentais (Troxel & Mathews, 2004). As crianças de *nível sócio económico mais elevado* estão protegidas dos stressores associados à parentalidade singular, mudança de residência, de escola, de grupo de pares, diminuição de actividades extra curriculares, práticas parentais comprometidas, apresentam *melhor saúde psicossocial*.

*O divórcio tem um impacto financeiro negativo.* O divórcio está associado a uma quebra de rendimento das mães que detêm a custódia. A variável estatuto sócio económico é determinante no ajustamento à situação pós divórcio. Para Gutmann (1993) o reajustamento e adaptação à nova situação parece estar directamente relacionado com o

nível dos rendimentos. Quanto mais economicamente independente e maiores os rendimentos, melhor o ajustamento parental ao divórcio e por consequência o ajustamento da criança.

Considerando as variáveis sócio demográficas, a nossa investigação mostra que o *género* e a *idade* influenciam o *ajustamento e a saúde* física. Os rapazes apresentam mais problemas de comportamento e pior saúde por comparação com as raparigas. O sexo feminino apresenta resultados sugestivos de menor limitação das actividades diárias, quer por problemas emocionais e comportamentais, quer por problemas de saúde física, melhor comportamento, e subseqüentemente menor impacto no tempo dos pais e nas actividades familiares.

O factor *idade* também influencia o *ajustamento ao divórcio*. O nível de desenvolvimento psicossocial, psicosexual, emocional e cognitivo da criança tem um papel decisivo na sua resposta ao processo de divórcio parental, nos diferentes estádios. A nossa investigação mostra que as crianças que experienciaram o divórcio em idades mais jovens (5-7anos) apresentam pior auto estima quando comparadas com as crianças de (8-11 anos) que por sua vez apresentam maior isolamento, valor que parece ser independente da duração da separação. As crianças mais jovens encontram-se num estádio de desenvolvimento cuja capacidade cognitiva impede que compreendam o significado e as implicações do divórcio pelo que as experiências familiares em idades jovens influenciam a auto estima e a propensão para a depressão a longo prazo (Brown, Bifulco e Andrews 1990). A investigação (Kalter, Riemer, Brickman & Chen, (1985) enfatiza a relação entre qualidade negativa das relações nucleares e a auto estima negativa que pode resultar em depressão clínica, e suporta o papel da auto estima como preditor ou precursor da depressão e o seu papel como mediador da vulnerabilidade à depressão subseqüente (Palosaari, Aro, Laippala, 1996). Relativamente ao valor de isolamento no grupo dos 8 aos 12 anos, e por recurso à literatura, verificamos que nesta idade as crianças reagem predominantemente com ira que é habitualmente dirigida ao pai que parece responsável pelo divórcio. Estas crianças preocupam-se com a perda do seu mundo intacto e sofrem de ansiedade, solidão, humilhação e impotência (Wallerstein, Shauna e Corbin, 1999). Com frequência percebem um dos pais como bom e outro como mau e são vulneráveis à participação nas discussões parentais.

Parece também existir relação entre *duração da separação* e problemas de atenção na criança. A investigação indica que o divórcio parental tem efeitos a longo prazo no comportamento de atenção quando a separação parental ocorre antes dos 8 anos (Pagani,

Boulerice, Tremblay e Vitaro, 1997). As crianças que experienciam o divórcio parental próximo dos 6 anos (e cujos pais permanecem divorciados) exibem elevação do comportamento hiperactivo aos 8 anos com subseqüentes dificuldades ao nível da atenção.

A acção destas variáveis nível sócio económico, género e idade tem como consequência que o processo de separação contemple condições protectoras da criança, nomeadamente recursos financeiros, continuação da relação com o pai não residente, práticas parentais adequadas) para que o processo de divórcio seja gerido de forma não disruptiva salvaguardando as crianças, sobretudo os rapazes e as mais jovens da disfunção emocional dos pais. O *acompanhamento psicológico* pode ser relevante para o ajustamento das crianças. No nosso estudo verificou-se que a necessidade de acompanhamento subiu de 4 %, antes da decisão de separação, para 27% durante o divórcio e 30% após o divórcio e que as crianças que estão em *acompanhamento psicológico* continuam a apresentar *menor saúde física e psicossocial*. Este resultado sugere que a dissolução marital não é um acontecimento isolado mas o início da exposição continuada a situações adversas que perduram e produzem efeitos cumulativos na criança (Allison & Furstenberg, 1989) o que poderá explicar que apesar de estarem em acompanhamento as crianças continuem a apresentar menor saúde física e psicossocial. A análise do número de consultas de clínica geral mostra que a variação dos resultados não é significativa, quando considerados os períodos antes, durante e após o divórcio.

Entre as variáveis clínicas e psicossociais verifica-se que existe relação entre *ajustamento parental ao divórcio e comportamento e saúde física e psicossocial* da criança. A interacção positiva pais - criança decorrente do ajustamento parental é uma via psicossocial que se revela protectora contra o desenvolvimento de problemas de ajustamento e saúde (Oliver & Paull, 1995). O ambiente familiar que se caracteriza por menor conflito familiar, mais condições protectoras de divórcio e resolução positiva de divórcio, traduz-se em melhor comportamento e melhor saúde física e psicossocial da criança. Os cuidados iniciais adequados, decorrentes do ajustamento parental contribuem para a regulação das respostas fisiológicas de stress, a longo prazo. Existem múltiplas vias através das quais os cuidados iniciais podem influenciar a reactividade fisiológica, e a saúde a longo prazo (genética, psicossocial e cognitivo – afectiva). A intervenção junto dos pais é central na intervenção preventiva dado que a grande maioria das variáveis que afectam a criança em processo de divórcio estão mais sob controlo dos pais do que das crianças. Há dimensões centrais na adaptação das crianças após o divórcio designadamente



as práticas disciplinares, conflitos parentais, qualidade da relação pais - criança contacto com o progenitor não residente e suporte social.

A necessidade de os *pais* terem *acompanhamento psicológico* traduz-se em maior *acompanhamento psicológico* das crianças. As crianças cujos pais apresentam maior necessidade de acompanhamento psicológico apresentam também maior necessidade de acompanhamento. A resposta parental ao stress é determinante para o ajustamento da criança (Lorenz, Simon, & Chao, 1996; Simons & Johnson, 1996). O divórcio é uma transição familiar que pode interferir com a parentalidade (Patterson & Forgatch, 1990). A saúde mental dos pais de famílias divorciadas é um factor que está implicado no ajustamento da criança através da diminuição da capacidade de parentalidade (Hetherington 1993). Os stressores experienciados pelos pais, em situação de divórcio coloca-os em risco de desordens psicológicas (Hetherington, 1991) e de perturbação do funcionamento do sistema imunitário com a doença e morbilidade concomitante. No nosso estudo a participação dos pais em acompanhamento psicológico/psiquiátrico aumentou de 9% para 22% na fase de separação, com uma ligeira diminuição após o divórcio (19%). A fase entre a tomada de decisão de divórcio e o divórcio em si mesmo é uma fase de grande stress emocional que envolve a transição legal, social, parental e económica (Guttman 1993). Trata-se de um período de grande emoção, nível de experiência que explica o aspecto dramático que está associado ao divórcio (Hacney & Bernard, 1990). A depressão parental aumenta o risco de meios familiares disfuncionais passando a constituir um ambiente de stress crónico para as crianças (Langrock et al, 2002) e uma fonte cuidados parentais de menor qualidade, que podem contribuir para a desregulação das respostas fisiológicas de stress a longo prazo.

Existe *relação* entre a *frequência de visitas e comportamento*. Constata-se que um aumento da frequência de visitas do progenitor não residente à criança corresponde à diminuição nos problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, externalização e culpa paternal. Não se *observam diferenças* entre a variável *frequência de visitas* e as variáveis *saúde, morbilidade psicológica e conflito*. A quantidade e qualidade de contacto entre a criança e o pai não residente parecem ser factores significativos para o ajustamento da criança. Luecken e Fabricius, (2003) referem que as crianças que são visitadas mais vezes e por mais tempo pelo progenitor não residente tem uma percepção mais positiva de cuidado parental. Este resultado sugere que a quantidade de tempo passado com a criança e não só a qualidade é importante na construção de ligações fortes

que perduram na idade adulta. A quantidade e qualidade de contacto entre a criança e o pai não residente são factores significativos para o ajustamento da criança.

A *relação interparental* também se relaciona com *ajustamento e saúde*. A relação interparental positiva traduz melhor saúde. A relação interparental negativa traduz pior ajustamento, culpa paternal e percepção mais negativa do conflito. Camara e Resnick (1988) referem que o grau de cooperação interparental, após o divórcio, e o estilo de resolução de conflitos utilizado por cada cônjuge para gerir as discussões, parecem ser factores importantes na determinação do ajustamento psicossocial das crianças. As crianças cujos pais são capazes de uma atitude cooperante sobre os assuntos parentais, apesar da animosidade no plano conjugal, têm menor probabilidade de mostrar agressão e menor número de problemas de comportamento (Câmara e Resnick 1988). Na nossa investigação a relação com o ex cônjuge é avaliada como positiva por 53% dos progenitores, comparativamente a 61% que a avalia como difícil e muito difícil (35%). Embora os cônjuges se divorciem, não o devem fazer da sua relação parental (Bohannon 1973). Para que a transição tenha sucesso, a relação parental com a criança requer a continuidade da relação entre os progenitores (Guttmann, 1993). Para renegociar este complexo relacionamento com sucesso, os pais tem de renegociar e acordar o relacionamento entre eles e o relacionamento de cada um com a criança. A relação interparental parece influenciar o ajustamento e saúde física da criança ao afectar negativamente a consistência da disciplina e das estratégias parentais (Jouriles, Pfiffner, & O'Leary, 1988) conduzindo a problemas de ajustamento na criança (Margolin, 1981). As crianças com relações parentais menos estáveis podem recear mais a desintegração familiar comparativamente aos que têm relações seguras e perceber o conflito como ameaçador do seu bem-estar (Fincham et al., 1994; Davies & Cummings, 1994). Parece seguro afirmar que uma parte do impacto do conflito marital no ajustamento da criança e consequente desenvolvimento é indirecto e ocorre por via da relação pais - criança.

No nosso estudo, constata-se que existe *relação entre percepção de conflito e morbidade psicológica*. As crianças expostas a conflito intenso, não resolvido, maior ameaça percebida e maior triangulação apresentam níveis mais elevados de depressão. As crianças com maior percepção de ameaça percebida apresentam também níveis superiores de ansiedade. A ameaça percebida é apontada como um factor que influencia a associação entre conflito parental, problemas de internalização/externalização e saúde (Grych, Seid, & Fincham, 1992; Kerig, 1998). Esta escala reflecte quão ameaçada a criança se sente pelo conflito interparental e a capacidade percebida de lidar com o conflito. No nosso estudo, as

crianças com maior percepção de ameaça percebida apresentam também maior ansiedade. A criança que se sente ameaçada e incapaz de lidar com o conflito exhibe problemas como ansiedade e depressão (Grych, et al 1992). Níveis elevados de ameaça percebida constituem um factor de vulnerabilidade, encontrando associações positivas entre exposição ao conflito, dificuldades de ajustamento, problemas de saúde e reactividade cardiovascular (El Sheik e Harger 2001). A avaliação de ameaça percebida está associada a comportamentos de externalização e à activação crónica do sistema adreno medular simpático (Frankenhaeuser, 1980) e é um preditor significativo da pressão arterial diastólica (PAD) (El –Sheik & Harger, 2001). A triangulação está associada a distress e comportamento mal adaptativo da criança e menor saúde psicossocial. Quanto maior a intensidade do conflito, pior resolução e maior triangulação, maior a tendência para a criança culpabilizar o pai. A percepção de um dos pais como o responsável pelos problemas pode perturbar a relação da criança com esse progenitor, ameaçando o sentido de segurança emocional da criança e a sua capacidade para regular a activação emocional. O conflito intenso e mal resolvido está também associado a funcionamento físico intenso o que pode indicar que a criança não está limitada na sua capacidade física ou um comportamento excessivamente energético como Block, Block e Gjerde (1986) referem.

A modalidade de *divórcio por mutuo consentimento* caracteriza-se pela existência de condições protectoras de divórcio e coping da criança e pela resolução positiva do divórcio e traduz – se num processo de divórcio protector da criança. Estas condições familiares pressupõem o ajustamento parental ao divórcio e uma diminuição da vulnerabilidade da criança a dificuldades de ajustamento. As crianças de divórcio por mutuo consentimento apresentam melhor comportamento do que as crianças de pais do divórcio litigioso.

As crianças cujos pais optaram pelo *divórcio litigioso*, que pelo conflito que o caracteriza não pressupõe a existência de condições de divórcio protectoras da criança, apresentam mais problemas sociais e de externalização comparativamente às crianças de divórcio por mutuo consentimento. Os pais das crianças do divórcio litigioso revelam melhor transição de divórcio sugerindo que a separação pode ser uma solução positiva para um ambiente familiar em conflito (Hetherington, 1993).

Ao nível da saúde, crenças e morbidade não se observam diferenças entre os grupos de divórcio por mutuo consentimento e litigioso. Pelo facto de o divórcio se revelar uma experiência pessoal traumática (Bohannon, 1973) não se observam diferenças ao nível das variáveis atrás referidas que na modalidade de mutuo consentimento quer no litigioso

O *divórcio tem um impacto emocional positivo nos progenitores*. No nosso estudo, a maioria dos progenitores inquiridos são mulheres que são quem frequentemente toma a iniciativa do divórcio (Théry, 1996). As tarefas domésticas são pouco partilhadas tornando os casamentos mais pesados para as mulheres o que contribui para que coloquem em causa um casamento do qual retiram menos benefícios (Théry, 1996). Ao serem maioritariamente iniciadoras do divórcio, as mulheres denotam um maior ajustamento emocional (Sheets e Braver 1996). Também porque tipicamente ficam com a custódia dos filhos vêm, desta forma, acentuadas as qualidades parentais, o que é relevante em termos de satisfação pós divórcio.

Existe *relação* entre a *percepção que os progenitores têm do impacto emocional do divórcio na criança, a percepção de rendimento escolar, ajustamento e saúde*. A percepção positiva do impacto emocional do divórcio relaciona-se com melhor rendimento escolar, menor isolamento, menos problemas de pensamento e melhor bem-estar. O sentimento em relação ao divórcio emerge como um preditor significativo do ajustamento e saúde. Existe *relação* entre *rendimento escolar, ajustamento e saúde*. Observa-se que melhor rendimento escolar está associado a melhor ajustamento e melhor saúde. Existe *relação* entre a *relação com pares, rendimento escolar, ajustamento e saúde*. O melhor relacionamento com pares é sugestivo de melhor rendimento escolar, impacto emocional do divórcio positivo, menor isolamento, menos queixas somáticas, menor ansiedade e depressão, menos problemas de pensamento, menos problemas de atenção, menor internalização, maior bem-estar e menor perturbação das actividades familiares. Uma relação positiva serve como “buffer” contra dificuldades que as crianças experienciam nomeadamente o divórcio, fomentando a auto estima e promovendo o bem-estar psicológico (Janes, Hesselbrock, Schechtman, 1980).

*Ambientes familiares* que se caracterizem por *menor conflito* traduzem-se em *melhor saúde física* da criança e *menos queixas somáticas*. Maior *saúde psicossocial* relaciona-se com melhor *saúde física*. As queixas somáticas são uma resposta de stress psicossocial e o experienciar de sintomas somáticos (dores de cabeça, náuseas, e dor abdominal) são uma indicação de vulnerabilidade de saúde física. Luecken e Fabricius (2001), salientam que as crianças e adolescentes que relatam níveis elevados de sintomas somáticos mostram uso frequente de serviços de saúde (Jyvasjarvi, Joukamaa, Vaisanen, Larivaara, Kivela, Keinanen-Kiukaanniemi 2001), tensão arterial elevada (Kristal-Boneh, melamed, Kushnir, From, Harrai, Ribak, 1998), aumento de incapacidade e

comportamento de doença (Katon, Lin, Von Korff, Ruisso Lipscomb, Bush 1991), o que indica que a saúde psicossocial se traduz na saúde física.

A *saúde psicossocial* é explicada pelo *comportamento e pela triangulação*. As crianças que apresentam menos problemas de comportamento (isolamento e problemas de atenção) e menor triangulação apresentam maior saúde psicossocial. A triangulação é uma dimensão do conflito interpaparental que pode constituir um factor de risco para as crianças de pais divorciados. Menor triangulação está associada a menor isolamento, menos problemas de atenção que se traduzem em maior saúde psicossocial.

Quando a variável dependente é a variável psicossocial, existe relação entre *saúde física e psicossocial* em ambientes familiares que se caracterizam por *maior conflito*. Em ambientes de elevado conflito a saúde psicossocial traduz-se directamente na saúde física.

Da mesma forma, quando a variável dependente é a saúde física, existe relação entre *saúde física e psicossocial* em ambientes familiares que se caracterizam por conflito elevado. Em ambientes de elevado conflito, a saúde física traduz-se directamente na saúde psicossocial.

A presente investigação permite concluir que o conflito é uma variável moderadora na relação entre a saúde física e a saúde psicossocial, provavelmente e do ponto de vista teórico (Troxel & Mathews, 2004) através da desregulação emocional que se manifesta pelas vias afectiva, comportamental e cognitiva.

## **IMPLICAÇÕES DO ESTUDO**

Há um número importante de implicações para a teoria, investigação e prática profissional proveniente da análise das implicações da separação/divórcio na saúde das crianças.

Do ponto de vista da *teoria* o nosso estudo sugere que a dissolução marital constitui um factor de risco para as crianças, que pode ser evitado se o processo for gerido de forma não disruptiva, protegendo os menores da disfunção emocional dos pais. Sugere também que os factores responsáveis pela vulnerabilidade das crianças de pais divorciados resultam do conflito parenta, que antecede a separação e se prolonga para além desta. Estes efeitos são evidentes em vários domínios nomeadamente afectivo (aumento da ansiedade e depressão, qualidade das relações pais-criança), comportamental (aumento da agressividade e problemas sociais) e cognitivo.

A existência de condições protectoras de divórcio e a resolução positiva do divórcio, favorecem a menor exposição da criança ao conflito interparental, a qualidade da interacção pais criança, a ausência de triangulação, práticas parentais efectivas e a continuação do contacto com o progenitor não residente reduzindo o impacto dos stressores associados à separação/divórcio

O ajustamento parental ao divórcio revela-se determinante no ajustamento da criança ao divórcio. Os ambientes familiares que se caracterizam por menor conflito traduzem-se em melhor saúde física e menos queixas somáticas. As queixas somáticas constituem uma resposta de stress psicossocial e são uma indicação de vulnerabilidade de saúde física. Em ambientes de elevado conflito observa-se uma relação positiva entre saúde física e psicossocial significando que a saúde psicossocial se traduz na saúde física não se observando qualquer factor protector. O conflito familiar surge assim como uma via através da qual os factores familiares podem influenciar a saúde física. Níveis elevados de conflito familiar estão associados a pior saúde física .

O ajustamento ao divórcio é o início de um processo de exposição continuada a vários stressores que perduram e produzem efeitos cumulativos na criança pelo que algumas crianças necessitam de apoio imediatamente a seguir ao divórcio e também nos períodos desenvolvimentais posteriores. À medida que as capacidades cognitivas das crianças mudam elas olham para trás e reinterpretam os acontecimentos, ganhando uma nova compreensão e insight e eventualmente experienciando novas dificuldades. À medida que o pensamento egocêntrico diminui e a capacidade de considerar outras perspectivas aumenta a criança pode compreender que o divórcio não é falta sua. Da mesma forma com o passar do tempo, a criança está mais apta a compreender que o divórcio é permanente trazendo tristeza. Considerar as experiências anteriores, o meio familiar actual, e o nível de desenvolvimento actual pode ajudar os profissionais na determinação de fontes potenciais de problemas.

Ao nível do desenvolvimento de *investigações* futuras, algumas das potencialidades deste trabalho estão relacionadas com as interrogações que levanta. Neste sentido, este estudo sugere-nos como importante o desenvolvimento de investigações referentes às vias biológicas através das quais se exerce a influência da insatisfação marital na actividade biológica da criança e sobre a contribuição das variações biológicas para a saúde física e psicossocial. Poderia também revelar-se importante a realização de uma investigação longitudinal de forma a realizar o seguimento destas crianças, avaliando assim o impacto do divórcio nos anos posteriores e na adolescência.

Deste estudo, resulta uma outra implicação, nomeadamente a construção de instrumentos de investigação como o questionário sócio demográfico do divórcio e a adaptação de instrumentos de investigação à população de crianças de pais divorciados.

Ao nível da *prática profissional*, este estudo sugere que a grande maioria dos factores de risco são susceptíveis de serem alterados reduzindo-se o risco. Relativamente aos aspectos não modificáveis é possível actuar ao nível das variáveis mediadoras subjacentes.

As soluções negociadas, ao contrário das impostas, e a introdução de especialistas na área da informação, apoio e mediação podem contribuir de forma muito favorável para que o processo de separação/ divórcio sejam menos conflituais e por consequência contribuir para melhor relacionamento parental, ajudando, deste modo os pais e os filhos a lidar melhor com a separação/divórcio, proporcionando-lhes maior ajustamento. É necessário sensibilizar o sistema judicial para a introdução e treino de especialistas em particular no que concerne à mediação familiar, mas também ao nível do aconselhamento e apoio psicológico na fase de decisão e na fase inicial do processo de separação, para ajudar a manter o conflito controlado e para evitar a sua exacerbação.

É importante promover a aproximação dos sistemas familiar, social e legal para apoiar estas crianças. As intervenções devem procurar conter o conflito parental, promover relações de autoridade e de proximidade entre as crianças e os pais, capacitar a estabilidade económica após o divórcio e se apropriado envolver a criança em intervenções com vista ao desenvolvimento de intervenções mais personalizadas.

Os programas focados nos pais devem ter em conta que estes necessitam de integrar uma série de emoções, sentimentos e resolver uma série de tarefas que caracterizam cada etapa de adaptação ao divórcio, como referem os modelos de divórcio nos pais (capítulo II). A maioria das variáveis que afectam a criança em processo de dissolução estão sobretudo sobre o controlo dos pais. As práticas parentais, o conflito, a qualidade da relação com o progenitor custodial, o contacto com o progenitor não residente, o ajustamento do progenitor à situação de divórcio são dimensões fulcrais na adaptação da criança ao divórcio. A intervenção junto das famílias é fundamental no sentido de diminuir a triangulação, favorecer o melhor funcionamento familiar e diminuir a morbilidade psicológica, de acordo com os resultados.

É importante sensibilizar os pais para a necessidade de aumentarem o seu próprio bem-estar, e estarem atentos à sua interacção com a criança. Os pais devem estar orientados para a compreensão do processo de divórcio, das preocupações da criança

acerca do divórcio, para a renegociação da relação após a separação (papeis conjugal e parental), para o desenvolvimento de uma relação de colaboração co parental, para a aprendizagem de comportamentos parentais efectivos relacionados com o divórcio no sentido da promoção de comportamentos parentais positivos que contribuem para o ajustamento parental e funcionamento familiar global, competências de resolução de conflitos e desenvolvimento de uma visão mais positiva da transição de divórcio. Os pais devem ser ajudados a estabelecer interacções positivas, apoiantes, a reduzir o conflito interparental e reassegurar a criança nas transições familiares.

Torna-se relevante desenvolver a capacidade dos pais para renegociarem a sua relação separando os papéis parental e conjugal, já que a cooperação interparental, após o divórcio, e o estilo de resolução de conflitos utilizado por cada cônjuge para gerir as discussões ser factores importantes na determinação do ajustamento psicossocial das crianças. Torna-se importante que os pais recorram a ajuda especializada quando não se percepcionarem com capacidade para lidar com o stressor divórcio, uma vez que o mau ajustamento parental tem implicações no ajustamento da criança.

O acompanhamento das crianças também se revela importante na adaptação ao divórcio em termos de saúde psicossocial. Os programas focados nas crianças, devem incorporar factores de risco e factores de resiliência com vista a reduções significativas dos comportamentos de externalização e internalização da criança e auto estima da criança (Kelly & Emery, 2003). As crianças têm de resolver uma série de tarefas para uma adaptação adequada ao divórcio, pelo que a intervenção junto das crianças deve otimizar a resolução das tarefas desenvolvimentais definidas no modelo de Wallerstein (1983) apresentadas na primeira parte do nosso estudo (capítulo III). As crenças sobre o divórcio parental estão relacionadas com as desordens afectivas e comportamentais na criança, tornando-se assim relevante a sua avaliação no sentido de facilitar o ajustamento. Deve existir uma atenção dirigida às crianças do sexo masculino, providenciando competências para lidar com o conflito de forma a facilitar o ajustamento e diminuir o impacto do divórcio

Estes dados permitem levantar questões importantes a ter em conta pelos pais e pelos profissionais envolvidos na decisão da custódia e no estabelecimento das disposições parentais. É importante conhecer as capacidades cognitivas da criança, a sua compreensão acerca do divórcio, as tarefas sociais e emocionais características de cada período desenvolvimental da criança e a forma como a criança lida com as separações frequentes ou menos frequentes com ambos os pais. Por exemplo apesar de as transições frequentes



serem provavelmente mais difíceis para as crianças mais jovens as separações prolongadas podem tornar-se difíceis devido à forte relação de vinculação, memória limitada e capacidades cognitivas que caracterizam a criança mais jovem.

Os pais e os profissionais da mediação devem procurar estabelecer condições que diminuam a incerteza da criança no acesso ao progenitor. A frequência de visitas permite manter o significado da relação pai - criança repercutindo-se na vinculação e na segurança emocional da criança.

É importante que após o divórcio os pais continuem a apoiar as suas crianças junto da escola e criem condições para o bom relacionamento com pares, uma vez que estes factores têm implicações ao nível emocional nas crianças e, deste modo na saúde física e psicossocial da criança.

## BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department, Department of Psychiatry
- Acock, A. C., & Demo, D. H. (1994). *Family diversity and well being*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49, 15-24
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C. Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A Psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S.M., Stayton, D. J. (1991). Infant –mother attachment and social development: “socialisation” as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. Woodhead, R. Carr, & P. Light (Eds), *Becoming a person. Child development in social context* (Vol 1, pp. 30-55). Florence, KY: Taylor & Francis/Routledge.
- Albuquerque, C.P., Fonseca, A.C., Simões, A., Pereira, M.M., Rebelo, J.A. & Temudo, P. (1999b). Inventário de comportamento da Criança para Pais. In Mário R. Simões, Leandro S. Almeida & Miguel M. Gonçalves (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol2, pp.21-36). Braga: APPORT/SHO
- Allen, M. T., Mathews, K. A., & Sherman, F. S., (1997). Cardiovascular reactivity to stress and left ventricular mass in youth. *Hypertension*, 30, 782-787.
- Amato, P. R., & Booth, A (1991). The consequences of parental divorce and marital unhappiness for adult well being, *Social Forces*, 69, 895-914.
- Amato, P. R., & Booth, A. (1996). A prospective study of divorce and parent-child relationship. *Journal of Marriage and Family*, 58, 356-365.
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental Divorce and the well being of children: A meta analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 26-46
- Amato, P. R., (1986). Marital conflict, the parent-child relationship, and child self-esteem. *Family Relations*, 35, 103-110.
- Amato, P. R., (1993) Children’s adjustment to divorce: Theories, hypotheses, and empirical support. *Journal of Marriage and Family*, 55, 23-28.
- Amato, P. R., (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith(1991) meta –analysis. *Journal of Family Psychology*, 15, 355-370

- Anda, R. F., Williamson, D. F., & Jones, D. (1989). Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. *Epidemiology*, *4*, 285-294.
- Anderson, C. A., & Hammen, C. (1993). Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically ill, and normal women: A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 448-454.
- Aro, D. V., & Palosaari, U. K. (1992). Parental Divorce, adolescence, and transition to young adulthood: A follow up study. *American Journal of Orthopsychiatry*, *62*, 421- 429.
- Aro, H., (1988). Parental discord, divorce and adolescent development. *Eur. Arch Psychiatry Neur Sci* 237: 106-111.
- Aro, H., Hanninen, V., & Paronen, O. (1989). Social Support, life events, and psychosomatic symptoms among 14-16 year-old adolescents. *Social Science and Medicine*, *29*, 1051-1056.
- Aro, H. Parental discord, divorce and adolescent development. *Eur Arch Psychaitry Neur Sci* 1988: 237: 106-111
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Duncan, S. C., & Hops, H. (1999). Adolescent problem behaviour: The influence of parents and peers. *Behavior Research and Therapy*, *37*, 217-230.
- Bagwell, C. L., Newcomb, A. F., & Burowski, W. M. (1998). Preadolescent friendship and peer rejection as predictors of adult adjustment. *Child Development*, *69*, 140-153
- Ballard, M., Cummings, E.M., & Larkin, K. (1993). Emotional and cardiovascular responses to adult's angry behavior and to challenging tasks in children of hypertensive and normotensive parents. *Child Development*, *64*, 500-515.
- Bartels, M., de Geus, E. J. C., Sluyter, F., Kirschbaum, C., & Boomsma, D. I. (2003). Heritability of daytime cortisol in children. *Behavior Genetics*, *33*, 421-433.
- Bates, J. e., Pettit, G. S., Dodge, K. A., & Ridge, B. (1998). Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Developmental Psychology*, *34*, 982-995.
- Bayart, F., Hayashi, K. T., Raul, K. F., Barchas, J. D., & Levine, S. (1990). Influence of maternal proximity on behavioral and physiological responses to separation in infant rhesus monkeys. *Behavioral Neuroscience*, *104*, 98-107.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Theory and Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Benetsch, E. G., Christensen, A. J., & McKelvey, L. (1997). Hostility, social support, and ambulatory cardiovascular activity. *Journal of Behavioral Medicine*, *20*, 163-176.

- Berman, M. E., & Coccaro, E. F., (1998). Neurobiologic correlates of violence: Relevance to criminal responsibility. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 303-318
- Berman, M. E., Tracy, J. I., & Coccaro, E. F., (1997). The serotonin hypothesis of aggression revisited. *Clinical Psychology Review*, 17, 651-665
- Bianchi, S. M., Subaiya, L., & Kahn, J. (1997). Economic well-being of husbands and wives after marital disruption. Paper presented at the annual meeting of the Population Association of America, Washington, D. C.
- Bilge, B., & Kaufman, G. (1983). Children of divorce and one-parent families: Cross-cultural perspectives. *Family Relations*, 32, 59-71.
- Bishop, S.M., & Ingersol, G.M. (1989). Effects of marital conflict and family structure on the self-concepts of pre- and early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 18, 25-38.
- Block, J. H., Block, J., & Morrison, A. (1981). Parental agreement-disagreement on child-rearing orientation and gender-related personality correlates in children. *Child Development*, 52, 965-974.
- Block, J.H., Block, J., & Gjerde, P. F. (1988). Parental functioning and the home environment in families of divorce: Prospective and concurrent analyses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 207-213.
- Blos, P. (1962) *On Adolescence: A Psychoanalytic interpretation*. New York: Free Press.
- Bohannon, P. (1973). The six stations of divorce. In: M. E. Lasswell, & T. E. Lasswell, (Eds), *Love, marriage and family: A developmental approach*. Illinois: Scott, Foresman and Company.
- Booth, A., & White, L. (1980). Thinking about divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 605-616.
- Borkhuis, G. W., & Patalano, F. (1997). MMPI personality differences between adolescents from divorced and non-divorced families. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 34, 37-41.
- Bornstein, M. H. (Ed.) (2002). *Parenting and the development of children's self – regulation. Handbook of parenting (2<sup>nd</sup> ed). Practical issues in parenting vol.5* (pp. 89-110). NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bornstein, M. H., & Suess, P. E. (2000). Child and mother cardiac vagal tone: Continuity, stability, and concordance across the first 5 years. *Developmental Psychology*, 36, 54-65
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. 1. *Attachment*. New York: Basic Books
- Brody, G. H., Forehand, R (1988). Multiple determinants of parenting; Research findings and implications for the divorce process. In E.M. Hetherington & J. D. Arasteh (Eds), *Impact of divorce, single parenting, and stepparenting on children* (pp. 117-133). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum

- Brody, G. H., Stoneman, Z., & Burke, M. (1987). Child temperaments, maternal differential behavior, and sibling relationships. *Developmental Psychology*, 23, 354-362.
- Brown, G. W. Bifulco, A., & Andrew (1990). Self-esteem and depression. III. Aetiological issues. *Soc. Psychiatry Psychiatry Epidemiol.* 25: 235-243.
- Buehler, C., & Gerard, J. M. (2002). Marital Conflict, ineffective parenting, and children's and adolescent's maladjustment. *Journal of marriage and the family*, 64 , 78-92
- Burman, B., John, R.S., & Margolin, G. (1987). Effects of marital and parent-child relations on children's adjustment. *Journal of Family Psychology*, 1, 91-108.
- Burns, J. W., Friedman, R., & Katkin, E. S. (1992). Anger expression, hostility, anxiety, and patterns of cardiac reactivity to stress. *Behavioral Medicine*, 71-78
- Cacioppo, J. T., Malarkey, W. B., Kiecolt-Glaser, J. K., Uchino, B. N., Sgoitas\_emch, S. A., Sheridan, J. F., Berntson, G. G., & Glaser, R. (1995). Heterogeneity in neuroendocrine and immune responses to brief psychological stressors as a function of autonomic cardiac activation. *Psychosomatic Medicine*, 57, 154 - 164
- Calkins, S. D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the society for Research in Child Development*, 59, 394-402
- Calkins, S. D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the society for Research in Child Development*, 59, 394-402
- Camara, K.A., & Resnick, G, (1989). Styles of conflict resolution and cooperation between divorced parents: Effects on child behavior and adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 560-575.
- Carmelli, D., Swan, G. E., & Rosenman, R. H. (1990). The Heritability of the cook and medley hostility scale revisited. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 107-116.
- Casale, T. B. (1987). Neuromechanisms of asthma. *Annals of Allergy*, 59, 391-398
- Chen, E., & Mathews, K. A. (2001). Cognitive appraisal biases: An approach to understanding the relationship between socioeconomic status and cardiovascular reactivity in children. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 101-111
- Chen, E., & Mathews, K. A. (2003). Development of the cognitive appraisal and understanding of social events (CAUSE) videos. *Health Psychology*, 22, 106-110
- Christenfeld, N., & Gerin, W. (2000). Social support and cardiovascular reactivity. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 54(5), 251-257.

- Christensen, A., Phillips, S., Glasgow, R. E., & Johnson, S.M. (1983). Parental characteristics and interactional dysfunction in families with child behavior problems: A preliminary investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 153-166
- Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barnett, D. (1991). The Development of emotion regulation and Dysregulation: *Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation*. New York: Cambridge University Press
- Coccaro, E. F., Bergeman, C. S., Kavoussi, R. J., & Seroczynski, A. D. (1997). Heritability of aggression and irritability: A twin study of the Buss-Durkee aggression scales in adult male subjects. *Biological Psychiatry*, 41, 273-284.
- Coccaro, E. F., Bergeman, C. S., Kavoussi, R. K., & Seroczynski, A. D. (1997). Heritability of aggression and irritability: A twin study of the Buss-Durkee aggression scales in adult male subjects. *Biological Psychiatry*, 41, 273-284
- Cohen, S., Tyrrell, D. A., & Smith, A. (1997). Psychological stresses in humans and susceptibility to the common cold. In T. W. Miller (Ed.), *Clinical disorders and stressful life events*, 217-235. Madison, CT: International Universities Press.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Osowiecki, D. N., & Welch, A. (1997). Effortful and involuntary responses to stress: Implications for coping with chronic stress. In B. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 105-132). New York: Plenum.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Progress, problems, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Cowan, C. P. & Cowan, P. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. New York: Basic Books
- Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (1987). Couple's relationships, parenting styles and the child's development at three. *Paper presented at The society for Research in Child Development*. Baltimore, MD
- Cox, M. J., Owen, M. T., Lewis, J.M., & Henderson, V. K. (1989). Marriage, adult adjustment, and early parenting. *Child Development*, 60, 1015 -1024
- Cummings, E. (1994). Marital Conflict and Children's Functioning. *Social Development*. Vol3, nº 1. (p16-36)
- Cummings, E. M. & Cummings, J. S. (1988). A process-oriented approach to children's coping with adults angry behavior. *Developmental review*. 8, 296-321.

- Cummings, E. M., & Davies, P. (1994). *Children and marital Conflict : The impact of family dispute and resolution*. New York: Guilford Press
- Cummings, E. M., Davies, P. T. (1996). Emotional Security as a regulatory process in normal development and the development of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 123-139
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. M. (2000). *Developmental Psychopathology and family process*. New York: Guilford Press
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Simpson, K. S. (1994). Marital conflict, gender, and children's appraisal and coping efficacy as mediators of child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 8, 141-149.
- Cummings, E. M., El- Sheikh, M. (1991). *Children's coping with angry environments . A process –oriented approach*. In E. M. Cummings, A. L. Greene, & K. H. Karraker, (Eds), *Life – Span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (pp.131-150). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Cummings, E. M., Zahn-Waxler, C., & Radke-Yarrow, M. (1981). Young children's responses to expressions of anger and affection by others in the family. *Child Development*, 52, 1274-1282
- Cummings, E.M., Iannotti, R. J., & Zahn-Waxler, C. (1985). Influence of conflict between adults on the emotions and aggression of young children. *Developmental Psychology*, 21, 495-507
- Cummings, J. S., Pellegrini, D., Notarius, C., & Cummings, E. M. (1989). Children's responses to angry adult behavior as a function of marital distress and history of interparent hostility. *Child Development*, 52, 1035- 1043.
- Cummings, J. S., Pellegrini, D., Notarius, C., & Cummings, E. M. (1989). Children's responses to angry adult behavior as a function of marital distress and history of interparental hostility. , 52, 1035-1043
- Cummings, P.T., & Davies, M. (2002). Effects of marital conflict on children. Recent advances and emerging themes in process oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 31-63.
- Davies, M. C., Matthews, K. A., & McGrath, C. E. ( 2000). Hostile attitudes predict elevated vascular resistance during interpersonal stress in men and women. *Psychosomatic Medicine*, 62, 17-25.
- Davies, P. T. & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116 – 387-411

- Davies, P. T., Myers, R.L., Cummings, E.M., & Heindel, S (1999) . Adult conflict history and children's subsequent responses to conflict: An experimental test. *Journal of Family Psychology*, 13, 610-628.
- Davis, M. C., Matthews, K.A., & McGrath, C. E. (2000). Hostile Attitudes predict elevated vascular resistance during interpersonal stress in men and women. *Psychosomatic Medicine*, 62, 17-25
- de Goede, M. C. & Spruijt, E. (1996). Effects of parental divorce and youth unemployment on adolescence health. *Patient Education and Counseling*, 29, 269-276
- DeBellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: A contributory for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 155-170.
- Decreto - lei 47344 de 25 de Novembro de 1966, que aprova o Código Civil, atualizado de acordo com as alterações introduzidas pela Lei 6/2006 de 27.2.
- Delgado, P. (1996) Divorcio e separação em Portugal. Lisboa. Editorial Estampa.
- DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personalitu and Social Psychology*, 54, 486-495
- Demo, D. H. (1992). Parent-Child relations: Assessing Recent Changes. *Journal of Marriafe and the Family*, 54, 104-117
- Demo, D. H. (1993). The relentless search for effects of divorce: Forging new trails or tumbling down the beaten path. *Journal of Marriage and The Family*, 55, 50-54
- Demo, D. H., & Cox, M. J. (2000). Families with young children: A review of research in the 1990s. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 876-895
- Denham, S. (1998): *Emotional development in young children*. New York, NY. Guilford Press.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da Ansiedade e da Depressão em Crianças e Adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R; FSSC-R e CDI): Estudo Normativo para a População Portuguesa. In Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Org.s Soares, A. P., Araújo, S. & Caires, S., Vol VI: APPORT , Braga, (1999). pp563-564
- DiPietro, J. A., Porges, S. W. (1991). Relations between neonatal states and 8 month developmental outcome in preterm infants. *Infant Behavior & Development*, 14, 441-450
- Dodge , K. A., & Schwartz, D. (1997). Social information processing mechanisms in aggressive behavior. In D. M. Stoff, & J. Breilling's (Eds.). *Handbook of antisocial behavior* (pp 171-180). New York, NY: Wiley



- Dodge, K.A., & Crick, N. R. (1990). Social Information – Processing bases of aggressive behaviour in children. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *16*, 8-22.
- Dodge, K.A., Pettit, G. D., McClaskey, C. L., & Brown, M. M. (1986). Social competence in children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *51* (1, Serial No.213)
- Donchin, Y., Constantini, S., Szold, A., Byrne, A. A., & Porges, S. W. (1992). Cardiac vagal tone predicts outcome in neurocirurgical patients. *Critical Care Medicine*, *20*, 942-949
- Doussard –Roosevelt, J. A., & Porges, S. W. (1999). The role of neurobehavioral organization in stress responses: *A polyvagal model*. In M. Lewis & D. Ramsey (Eds); *soothing and stress*, 57-76. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A. (1992). Emotion, regulation, and the development of social competence. In M. S. Clark (Ed.), *Review of personality and social psychology: Emotion and social behavior* (pp. 119-150). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Guthrie, I. (1997). Coping with stress: The roles of regulation and development. In J. N. Sandler. & S. A. Wolchik (Eds.), *Handbook of children's coping with common stressors: Linking Theory, research, and intervention* (pp. 41-70). New York: Plenum.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Murphy, B. C., Guthrie, I. K., Jones S., et al., 1997. Contemporaneous and longitudinal prediction of children's social functioning from regulation and emotionality. *Child Development*, *68* , 642-664.
- Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. In K. P. Scherer & P. Ekman (Eds.) *Approaches to emotion* (319-343). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ekman, P., Levenson, R. W., & Friesen, W. V. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, *221*, 1208-1210
- El –Sheikh, M., & Cummings, E. M. (1992). Availability of control and preschooler's responses to interadult anger. *International Journal of Behavioral Development*, *15*, 207-226.
- El –Sheikh, M., & Cummings, E. M., & Goetsch, V. (1989). Coping with adult's angry behavior: Behavioral, physiological, and self reported responding in preschoolers. *Developmental Psychology*, *25*, 490-498
- Elliot, D. S., Huizinga, D., & Menard, S. (1989). *Multiple problem Youth : Delinquency, substance use, and mental health problems*. New York: Springer
- El-Sheik, M., & Reiter, S. L. (1996). Children's responding to live interadult conflict: The role of form of anger expression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*, 401-415.

- El-Sheikh, M. (1994). Children's emotional and Physiological responses to interadult angry behavior: The role of history of interparental hostility. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 661-678.
- El-Sheikh, M., & Harger, J. (2001). Appraisals of marital conflict and children's adjustment, health, and physiological reactivity. *Developmental Psychology*, 37, 875-885
- El-Sheikh, M., & Harger, J., & Whitson, S. M. (2001). Exposure to interparental conflict and children's adjustment and physical health: The moderating role of vagal tone. *Child Development*, 72, 1617-1636
- Emery R.E., & O'Leary K.D., (1982). Children's perception of marital discord and behaviour problems of boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 11-24.
- Emery, R. E. (1988). *Marriage, divorce, and children's adjustment*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Emery, R. E. (1999). *Marriage, divorce, and children's adjustment*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Emery, R. E.. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92, 310-330
- Emery, R.E., & O'Leary, K.D. (1984). Marital discord and child behavior problems in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 411-420.
- Engbretson, T. O., & Matthews, K. A. (1992). Dimensions of hostility in men, women, and boys: Relationships to personality and cardiovascular response to stress. *Psychosomatic Medicine*, 54, 311-323.
- Engfer, A. (1988). The interrelatedness of marriage and the mother-child relationship. In R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.). *Relationships within families* (pp. 104-118). Oxford, England: Clarendon.
- Erickson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Essex, M. J., Klein, M. H., Cho, E., & Kalin, N. H. (2002). Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: Effects on cortisol and behavior. *Biological Psychiatry*, 52, 776-784.
- Essex, M.J., Klein, M. H., Cho, E., & Kalin, N. H. (2002). Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: Effects on cortisol and behavior. *Biological Psychiatry*, 52, 776-784
- Estatísticas demográficas (1975-2005). Destaque. Informação à Comunicação Social. Instituto Nacional de Estatística. [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Eurostat, [www.eurostat.org](http://www.eurostat.org) Year Book (2006-2007)

- Everson, S. A., George, K. A., Goldberg, D. E., Lakka, T. A., Sivenius, J., & Salonen, J. T. (1999). Anger expression and incident stroke: Prospective evidence from the Kuopio Ischemic Heart Disease Study. *Stroke*, 30, 523-528.
- Falkner, B., & Ragonesi, B. (1986). Psychosocial stress and reactivity as risk factors of cardiovascular disease. *Journal of The American Academy of Child Psychiatry*, 25, 779-784
- Fantuzzo, J. W., DePaola, L. M., Lambert, L., Martino, T., Anderson, G., & Sutton, S. (1991). Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. *Journal of Consulting and Counseling*, 59, 258-265
- Fauber, R., Forehand, R., Thomas, A.M., & Wierson, M. (1990). A mediational model of the impact of marital conflict on adolescent adjustment in intact and divorced families: The role of disrupted parenting. *Child Development*, 61, 1112-1123.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1994). The effects of parental separation, the timing of separation and gender on children's performance on cognitive tests. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1077-1092.
- Field, T., Grizzle, N., Scafidi, F., Abrams, S., Richardson, S., Kuhn, C., & Schanberg, S. (1996). Message therapy for infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 19, 107-112.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E. A., & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Fincham, F. D., Grych, J. H., & Osborne, L. N. (1994). Does marital conflict cause child maladjustment? Directions and challenges for longitudinal research. *Journal of Family Psychology*, 8, 128-140.
- Fincham, F. D., Grych, J. H., & Osborne, L. N. (1994). Does marital conflict cause child maladjustment? Directions and challenges for longitudinal research. *Journal of Family Psychology*, 8, 128-140.
- Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (2000). Preventive intervention for maltreated preschool children: Impact on children's behavior, neuroendocrine activity, and foster parent functioning. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1356-1364.
- Fletcher, A.C., & Jefferies, B. C. (1999). Parental mediators of associations between perceived authoritative parenting and early adolescent substance use. *Journal of Early Adolescence*, 19, 465-487

- Flinn, M. V., & England, B. G. (1997). Social economics of childhood glucocorticoid stress response and health. *American Journal of Physical Anthropology*, *102*, 33-53
- Flinn, M. V., & England B. G. (1995). Childhood stress and family environment. *Current Anthropology*, *5*, 854-866.
- Flory, J. D., Mathews, K. A., & Owens, J. F. (1998). A social information processing approach to dispositional hostility: Relationships with mood and blood pressure elevations at work. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *17*, 491-504.
- Fonagy, P. (2001). The human genome and the representational world: The role of early mother-infant interaction in creating an interpersonal interpretive mechanism. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *65*, 427-448.
- Fonseca, A.C., Simões, A., Rebelo, J.A., Ferreira, J.A. & Cardoso, F. (1994). O Child Behaviour Checklist de Achenbach (CBCL): *Psychologica*, *12*, 53-78
- Fox, N. (1989). Psychophysiological correlates of emotional reactivity during the first year of life. *Developmental Psychology*, *25*, 364-372
- Frankenhaeuser, M (1980). Psychobiological aspects of life stress. In S. Levine & H. Ursin (Eds), *Coping and health* (pp.203-224). New York: Plenum Press
- Frasure-Smith, N. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, *101*, 1919-1924.
- Fukudo, S., Lane, J. D., Anderson, N. B., Kuhn, C. M., Schanberg, S. M., McCown, N., Muranaka, M., Suzuki J., & Williams, R. B. (1992). Accentuated vagal antagonism of  $\beta$ -adrenergic effects on ventricular repolarization: Evidence of weaker antagonism in hostile Type A men. *Circulation*, *85*, 2045-2053
- Furstenberg, F.F., Nord, C. W. (1985). Parenting apart : Patterns of childrearing after marital disruption. *Journal of Marriage and the Family*, *47*, 893-904.
- Gardner, R. A, (1976 ). *Psychotherapy with children of divorce*. New York: Aronson, 1976
- Ge, X., Conger, R. D., Lorenz, F.O., Shanahan, M., & Elder, G. H., Jr(1995). Mutual influences in parent and adolescent psychological distress. *Developmental Psychology*, *31*, 406-419.
- Gelfand, D. M., & Teti, D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*, *10*, 329-353.
- George, L K.(1980). *Role transitions in later life*. Monterey, C.A.: Brooks/Cole
- Glenn, N. D., & Weaver, C. N. (1977). The marital happiness of remarried divorced persons. *Journal of Marriage and the family*, *39*, 331-337.

- Glenn, N.D., & Kramer, K.B. (1985) The psychological well-being of adult children of divorce. *Journal of Marriage and the Family* 47:905-912.
- Goede, M., & Spruijt, E. (1996). Effects of parental divorce and youth unemployment health. *Patient Education and counseling*, 29, 269-276.
- Goldberg, W. A., & Easterbrooks, M. A. (1984), Role of marital quality in toddler development. *Developmental Psychology*, 25, 373-381.
- Gonçalves, M., & Simões, M.R., (2000). O Modelo Multiaxial de Achenbach (ASEBA) na Avaliação Clínica de Crianças e Adolescentes. In I. Soares (Coord) *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao longo da Vida* (pp.68-81). Quarteto Editora, Coimbra
- Goodman, C., & Pickens, J.,(2000). Self-Blame and Self-Esteem in College-Aged Children from Divorced Families. *Journal of Divorce & Remarriage*, 34, (pp. 119- 133)
- Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- Gottfredson, M., & Hirschi, T. (1990). A general theory of crime. Stanford, CA: Stanford University Press
- Gottman, J. M.(1983). How children become friends. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 48 (2, serial No. 201)
- Gottman, J. M., & Katz , L.F. (1989). Effects of marital discord on young children's peer intercation and health. *Developmental Psychology*, 25 , 373-381.
- Gottman, J. M., & Parker, J. (Eds.) (1986). *Converstaions of friends*. New York: Cambridge University Press
- Gottman, J. M.,& Katz , L.F. (2002). Children's Emotional Reactions to Stressful Parent- Child Interactions: The link between emotion regulation and vagal tone. (265-283). In . Fabes, R. A.(Eds) . *Emotions And The Family*. The Haworth Press, Inc
- Graffar(1956) . Une Methode de Classification Sociale D'Echantillons de la Population. *Courrier*, 6, 455-459
- Granger, D. A., Stansbury, K., & Henker, B. (1994). Preschoolers' behavioral and neuroendocrine responses to social challnege. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 190-211
- Grossman, F., Eichler, L., & Winickoff, S.(1980).*Pregnancy, birth, and parenthood: Adaptations of mothers, fathers, and infants*. San Francisco: Josset-Bass

- Grunnar, M. R., Larson, M., Hertsgaard, L., Harris, M., & Brodersen, L. (1992). The stressfulness of separation among 9-month infants: Effects of social context variables and infant temperament. *Child Development, 63*, 290-303.
- Grych, J. H. , Seid, M., & Fincham, F. D. (1992). Assessing marital conflict from the child's perspective: The children's perception of interparental conflict scale. *Child Development, 63*, 558-572
- Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive – contextual frame work. *Psychological Bulletin, 108*, 267-290
- Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1993). Children's appraisals of marital conflict: Initial investigation of cognitive-contextual framework. *Child Development, 64*, 215-230.
- Guidubaldi J, Cleminshaw HK, Perry PD, Nastasi BK, Lightel J. (1986) The role of selected family environment factors in children's post-divorce adjustment. *Family Relations, 35*, 141-151.
- Gunnar M. R., & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development . *Psychoneuroendocrinology, 27*, 199-220
- Gunnar, M. R. (1990). *The psychobiology of infant temperament*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gunnar, M. R. (1998). Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: Potential effects on the development human brain. *Preventive Medicine, 27*, 208-211
- Gunnar, M.R., Gonzalez, C. A., Goodin, B. L., & Levine, S. (1981). Behavioral and pituitary – adrenal responses during a prolonged separation period in infant rhesus macaques. *Psychoneuroendocrinology, 6*, 65-75
- Gunnar, M.R., Larson, M., Hersgaard, L., Harris, M., & Brodersen, L., (1992). The stressfulness of separation among 9-month infants: Effects of social context variables and infant temperament. *Child Development, 63*, 290-303
- Guttman, J.(1993). *Divorce in Psychosocial Perspective: Theory and Research*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers Hillsdale, New Jersey
- Guyll, M., & Contrada, R. J. (1998). Trait Hostility and ambulatory cardiovascular activity: Responses to social interaction: *Health Psychology, 17*, 30-39.
- Hackney, J. & Bernard, J. A. (1990). Dyadic adjustment processes in divorce counseling. *Journal of counseling & Development, 69*, 134-142.
- Halem, L. C. (1989). *Divorce reform: Changing legal and social perspectives*. New York: The Free Press.

- Haudek, C., Rorty M., Henker B. (1999). The role of ethnicity and parental bonding in the eating and weight concerns of asian – American and Caucasian college women, *Int J Eat Disord*, 25: 425-453.
- Hawkins, J. D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood : Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105
- Hawkins, J.D.,Graham, J. W., Maguin, E., Abbott, R., Hill, K. G., & Catalano, R. F. (1997). Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 280-290.
- Heim, C. & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49, 1023-1039
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2002). Neurobiology of early life stress. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 7, 147-159.
- Henry, J. P., & Stephens, P. M. (1977). *Stress, health and the social environment*. New York . Springer-Verlag
- Herbert, T. B., & Cohen, S (1993). Depression and immunity: A meta analytic review. *Psychological Bulletin*, 113, 472-486
- Hetherington, E. M. & Stanley- Hagan, M. M. (1995). Parenting in divorced and remarried families, In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting. Status and social conditions of parenting. vol. 3*(pp. 233-54). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Earlbaum Associates.
- Hetherington, E. M. (1972). Effects of father absence on personality development in adolescence daughters. *Developmental Psychology*, 7(3). 313-326.
- Hetherington, E. M. (1989). Coping with family transistions: Winers, losers, and survivors. *Child Development*, 60, 1-14.
- Hetherington, E. M. (1991). Families, lies, and videotapes. *Journal of Research on Adolescence*, 323-348
- Hetherington, E. M. (1992). coping with marital transitions: A family systems perspective. Summary and discussion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57, 200-206.
- Hetherington, E. M. (1993). An overview of the Virginia Longitudinal Study of Divorce and Remarriage with a focus on early adolescence. *Journal of Family Psychology*, 7, 39-56.
- Hetherington, E. M., & Anderson, E. R. (1987). The effects of divorce and remarriage on early adolescents and their adolescent transitions (pp. 49-67). New York: Gardner.

- Hetherington, E. M., & Jodl, K. M. (1994). Stepfamilies as settings for child development. In A. Booth & J. Dunn (Eds.), *Stepfamilies: Who benefits? Who does not?* (pp. 55-79). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hetherington, E. M., & Stanley-Hagan, M.M., (1997). The effects of divorce on fathers and their children. In M. Lamb.(Ed.), *The role of the father in child development*(pp.191-211). New York:John Wiley
- Hetherington, E. M., Bridges, M., & Insabella, G. M (1998). What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transitions and children's adjustment. *American Psychologist*, 53, 167-184.
- Hetherington, E. M., Bridges, M., & Insabella, G.M. (1998). What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transitions and children's adjustment. *American Psychologist*, 53, 167-184
- Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (1977). The aftermath of divorce. In J. H. Stevens, Jr. & M. Matthews (Eds.), *Mother-child, father-child relations* (pp.110-155). Washington, Dc: National Association for the Education of Young Children.
- Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (1982). Effects of divorce on parents and children. In M. E. Lamb (Ed.) *Parenting and child development* (pp. 233-288). Hillsdale, N.J: Earlbaum.
- Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (1985). Long –term effects of divorce and remarriage on the adjustment of children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 518-530
- Higginbotham, J. C., Baranowski, T., Puhl, J., & Greaves, K. A. (1991). Ethnicity, gender and Type A differences in resting heart rate and blood pressure among young children. *Ethnicity and Disease*, 1,123-134.
- Higley, J. D., Suomi, S. J., & Linnoila, M. (1992). A longitudinal assessment of CSF monoamine metabolite and plasma cortisol concentrations in young rhesus monkeys. *Society of Biological Psychiatry*, 32, 127-145.
- Hiller, D. V., & Philliber, W. W. (1982). Predicting marital and career success among dual-worker couples. *Journal of Marriage and the Family*, 44,53-62.
- Hofheimer, J. A., Wood, b. R., Porges, S. W., Pearson, E., & Lawson, E. (1995). Respiratory sinus arrhythmia and social interaction patterns in preterm newborns. *Infant Behavior and Development*, 18, 233-245.
- Holahan, C. K., Holahan, C. J., & Belk, S. J. (1984). Adjustment in aging. The roles of life stress, hassles, and self efficacy. *Health Psychology*, 3, 315-328.



- Holroyd, K.A., & Lazarus, R. S., (1982). Stress, Coping, and somatic adaptation. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress* (pp.21-35). New York: Free Press.
- Houston, B. K., & Vavak, C. R. (1991). Cynical Hostility: Developmental factors, psychosocial correlates, and health behaviors. *Health Psychology, 10*, 9-17.
- Hozman, T. L., & Froiland, D. J. (1976). Families in divorce: A proposed model for counseling the children. *Family Coordinator, 25*, 271-276
- Huber, J., & Spitze, G. (1980). Considering divorce: An expansion of Becker's Theory of marital instability. *American Journal of Sociology, 86*, 75-89.
- Huffman, L. C., Bryan, Y. E., del Carmen, R., Pedersen, F. A., Doussard-Roosevelt, J. A., & Porges, S. W. (1998). Infant temperament and cardiac vagal tone: Assessments at twelve weeks of age. *Child Development, 69*, 624-635.
- Iselius, L., Morton, N. E., & Rao, D. C. (1983). Family resemblance for blood pressure. *Human Heredity, 33*, 277-286.
- Jackson, C., Henriksen, L., & Dickinson, D. (1999). Alcohol-specific socialization, parenting behaviours and alcohol use by children. *Journal of Studies on Alcohol, 60*, 362-367.
- Jacobson, K. C., & Crockett, L. J. (2000). Parental monitoring and adolescent adjustment: An ecological Perspective. *Journal of Research on Adolescence, 10*, 65-97.
- Jacobson, S., Fasman, J., & DiMascio, A. (1975). Deprivation in the childhood of depressed women. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 160*, 5-14.
- Jenkins, J. (2000). Marital Conflict and children's emotions: The development of an anger organization. *Journal of Marriage and the Family, 62*, 723-736.
- Johnson, A. K., & Anderson, E. A. (1990). Stress and arousal. In J. T. Cacioppo & L. G. Tassinari (Eds.), *Principles of psychophysiology: Physical, social, and inferential elements* (p216-252). New York: Plenum
- Johnson, J.R., Gonzales, R., & Campbell, L.E. (1987). Ongoing post-divorce conflict and child disturbance. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 165-173.
- Johnson, P.L., & O'Leary, K. D., (1987). Parental behavior patterns and conduct disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 573-581
- Jouriles, E. N., Pfiffner, L. J. & O'Leary, S. G. (1988). Marital conflict, parenting, and toddler conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 197-206.
- Jouriles, E.N., & Farris, A.M.(1992). Effects of marital conflict on subsequent parent-son interactions. *Behavior Therapy, 23*, 355-374

- Jouriles, E.N., & LeCompte, S. H. (1991). Husband's aggression towards wives and mother's and father's aggression toward children. Moderating effects of child gender. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 190-192
- Jouriles, P.L., Murphy, C. M., O'Leray, K. D. (1989). Interspousal aggression, marital discord, and child problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 453- 455
- Jyvasjarvi, S., Joukamaa, M., Vaisanen, E., Larivaara, P., Kivela S, Keinanen – Kiukaanniemi P. Somatizing frequent attenders in primary health care. *J. Psychosom Res* 2001; 50: 185-92
- Kagan, J. (2001). Temperamental contributions to affective and behavioral profiles in childhood. In S. G. Hofmann, & P. M. DiBartolo (Eds.) *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 216-234). Needham Heights, MA, USA: Allyn and Bacon.
- Kalter N., Reimer, B., Brickman, A., & Chen, J.. W.(1985). Implications of parental divorce for male development. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 538-544.
- Kalter, N. (1987). Long-term effects of divorce on children: A developmental vulnerability model. *American Journal Orthopsychiatry*, 57, 587-600.
- Kalter, N., & Rembar, J. (1981). The significance of a child's age at the time of parental divorce. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 85-100.
- Kandel, D. B., Davies, M., (1982) Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 39. 1205-1212.
- Kantor, D. & Vickers, M. I. (1983). Divorce along the family life cycle. In J. C. Hansen & H. A. Liddle (Eds.), *Clinical implications of the family life cycle*. Rockville, Maryland Royal Turbridge Wells.
- Kaslow, F. W. (1981). Divorce and divorce therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 662-698). New York: Brunner/Mazel.
- Kaslow, W.F.( ) Divorce: an evolutionary Process of change in the family sistem. *Journal of Divorce*, Vol 7 (3), 21-37**
- Katon, W., Lin, E., Von – Korff, M., Russo, J., Lipscomb, P., Bush, T., Somatization: A spectrum of severity. *Am J. Psychiatry* 1991; 148: 34-40
- Katz, L. F., & Gottman, J. M. (1991). Marital discord and child outcomes: A social psychophysiological approach. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (p.129-155). New York, NY : Cambridge Univeristy Press.
- Katz, L. F., & Gottman, J. M. (1995). Vagal tone protects children from marital conflict. *Development and Psychopathology*, 7, 83-92

- Katz, L. F., & Gottman, J. M. (1997). Buffering children from marital conflict and dissolution. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*, 157-171
- Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P.S., & Weiss, S. T., (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: The normative aging study. *Circulation, 90*, 2225-2229.
- Kelly, C. (1980). Assessment of potential single parent family units for child custody purposes. *Conciliation Courts Review 18*, 21-26.
- Kerig, P. K. (1995). Triangles in family circle: Effects of family structure on marriage, parenting, and child adjustment. *Journal of Family Psychology, 9*, 28-43.
- Kerig, P. K. (1996). Assessing the links between interparental conflict and child adjustment: The conflicts and problem-solving scales.. *Journal of Family Psychology, 10*(4), 454-473.
- Kerig, P. K., Cowan, p. A., & Cowan, C. P. (1993). Marital quality and gender differences in parent-child interaction. *Developmental Psychology, 29*, 931-939.
- Kessler, S. (1975). *The American way of divorce: Prescription for change*. Nelson Hall: Chicago.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Malarkey, W. B., Cacioppo, J. T., & Glaser, R. (1994). Stressful personal relationships: Immune and endocrine function. In R. Glaser & J.K. Kiecolt- Glaser(Eds.), *Handbook of Human Stress and immunity*(pp.321-339). San Diego, CA: Academic
- Kiecolt-Glaser, J., & Glaser, R. (1995). Psychoneuroimmunology and health consequences: Data and shared mechanisms. *Psychosomatic Medicine, 57*, 269-274
- King, H. E. (2001). Children and Divorce. In *Handbook Clinical Child Psychology: Third Edition*, ed. Walker, C. E & Roberts M. C. John Wiley & Sons, Inn, 2001. pp 1031-1041
- Kisker, E. E., & Goldman, N. (1987). Perils of single life and benefits of marriage. *Social Biology, 34*, 135-152.
- Kisker, E. E., & Goldman, N. (1987). Perils of single life and benefits of marriage. *Social Biology, 34*, 135-152
- Kitson, G. C., (1992). *Portrait of divorce: Adjustment to marital breakdown*. New York: Guilford
- Kitson, G. C., Babri, K. B., & Roach, M. J. (1985). Who divorces and why. A review. *Journal of Family Issues, 6*, 255-293.
- Kline, M., Johnston, J.R., & Tschann, J.M (1991). The long shadow of marital conflict: A model of children's post-divorce adjustment. *Journal of Marriage and the Family, 53*, 297-309.
- Knutson, J. F., Schartz, H. A., & Zaidi, L. Y. (1991). Victim risk factors in the physical abuse of children. In R. E. Baenninger (Ed.), *Targets of violence and aggression. Advances in psychology* ( Vol. 76, pp. 103-157). Amsterdam: North – Holland.

- Koop, C. B. (1982). Antecedents of self regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology, 18*, 199-214.
- Koop, C. B. (1982). Antecedents of self regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology, 18*, 199-214.
- Kovacs, (1992). *Children's Depression Inventory – Manual*, N.Y.:Multi-Health Systems
- Krantz, D. C., & McCeney, M. K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology, 53*, 341-369.
- Krantz, D. S., & Manuck, S. B. (1984). Acute psychophysiological reactivity and risk of cardiovascular disease: A review and methodologic critique. *Psychological Bulletin, 96*, 435-464
- Kressel, K., & Deutsch, M. (1977). Divorce therapy: An in-depth survey of therapists view. *Family Process, 16*, 413-444.
- Kristal-Boneh, E., Melamed, S., Kushnir, T., Froom, P., Harari, G., Ribak, J., Association between somatic symptoms and 24 hour ambulatory blood pressure levels. *Psychom Med* 1998; 60:616-9
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dyine*. London: Macmillan.
- Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Weiss, S. T., & Sparrow, D. (1998). Anxiety and coronary heart disease: A synthesis of epidemiological, psychological and experimental evidence. *Annals of Behavioral Medicine, 20*, 47-58.
- Kuhn, C. M., Pauk, J., & Schanberg, S. (1990). Endocrine responses to mother-infant separation in developing rats. *Developmental Psychobiology, 23*, 395-410.
- Kulka, R. & Weingarten, H. (1979). The long-term effects of parental divorce in childhood on adult adjustment. *Journal of Social Issues* 35: 50-78.
- Kurdek, L. A. (1981). An integrative perspective on children's divorce adjustment. *American Psychologist, 36*, 856-866.
- Kurdek, L. A., & Berg, B. (1983). Correlates of children's adjustment to their parents divorces. *New Direction for Child Development, 19*, 47-60.
- Kurdek, L. A., Berg, B. (1987). Children's Beliefs about Parental Divorce Scale Psychometric Characteristics and Concurrent Validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, N° 5, 712-718
- Kurdek, L. A., Blisk, D., & Siesky, A. E. (1981). Correlates of children's long-term adjustment to their parent's divorce. *Developmental Psychology, 17*, 567-569.

- Lamb, M. E. (1977). Infant social cognition and “second-order” effects. *Infant Behaviour and Development, 1*(1), 1-10.
- Langraf, J. M. & Ware, J. E. (1996). *Child Health Questionnaire (CHQ): A user’s manual*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center. Boston
- Langrock, A. M., Compas, B. E., Keller, G., Merchant, M. J., & Copeland, M. E. (2002). Coping with the stress of parental depression: Parent reports of children’s coping, emotional, and behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 312-324.
- Lee, C., & Gotlib, I. H. (1991). Adjustment of children of depressed mothers: A 10-month follow-up. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 473-477.
- LeMarquand, D., Pihl, R. O., & Benkelfat, C. (1994). Serotonin and alcohol intake, abuse, and dependence: Clinical evidence. *Biological Psychiatry, 36*, 326-337.
- Levenson, R. W., & Gottman, J. M. (1983). Marital interaction : Physiological linkage and affective exchange. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*, 587- 597
- Levinger, G. (1965). Marital cohesiveness and dissolution: An integrative review. *Journal of Marriage and the family, 27*, 19-28.
- Liu, D., Diorio, J., Day, J. C., Francis, D. D., & Meaney, M. J. (2000). Maternal care, hippocampal synaptogenesis and cognitive development in rats. *Nature Neuroscience, 3*, 799-806.
- Long, N., Slater, E., Forehand, R., & Fauber, R. (1988). Continued high or reduced interparental conflict following divorce: Relation to young adolescent adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 467-469
- Longfellow, C. (1979). Divorce in context: Its impact on children. In G. Levinger & O. C. Moles (Eds.). *Divorce and separation* (pp. 287-306). New York: Basic Books.
- Losoya, S. H., Callor, S., Rowe, D. C., & Goldsmith, H. H. (1997). Origins of familial similarity in parenting: A study of twins and adoptive siblings. *Developmental Psychology, 33*, 1012-1023.
- Losoya, S., Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1998). Developmental issues in the study of coping. *International Journal of Behavioral development, 22*, 287-313.
- Luecken & Fabricius, (2001). Physical health vulnerability in adult children from divorced and intact families. *Journal of Psychosomatic Research, 55*, 221-228
- Luecken, L. J., & Fabricius, B. (2003). Physical health vulnerability in adult children from divorced and intact families. *Journal of Psychosomatic Research, 55*, 221-228.
- Luecken, L. J., & Lemery, K. S., (2004). Early caregiving and physiological stress responses. *Clinical Psychology Review, 24*, 171-191.

- Lundberg, O. (1993). The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Social Science and Medicine*, 36, 1047-1052.
- Maccoby, E. E. & Mnookin, R. H. (1992). *Dividing the child: Social and legal dilemmas of custody*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Maccoby, E. E. (1980). *Social Development*. New York: Harcourt Brace Jovanovitch
- Magrab, P. R. (1978). For the sake of the children: A review of the psychological effects of divorce. *Journal of divorce*, 1, 233-245.
- Maier, E. H., & Lachman, M. E. (2000). Consequences of early parental loss and separation loss and separation for health and well being in midlife. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 183-189.
- Maier, E. H., & Lachman, M. E. (2000). Consequences of early loss and separation for health and well-being in midlife. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 183-189.
- Manuck, S. B., Flory, J. D., McCaffery, J.M., Matthews, K.A., Mann, J.J., & Muldoon, M. F. (1998). Aggression, impulsivity, and central nervous system serotonergic responsivity in a nonpatient sample. *Neuropsychopharmacology*, 19, 287-299
- Marcos, L. (1986). *La decision de divorciarse*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Margolin, G. (1981). The reciprocal relationship between marital and child problems. In J. P. Vincent (Ed.) *Advances in family intervention, assessment, and theory* (Vol. 2, pp. 131-182). Greenwich, CT: JAI Press.
- Martin, C. (1997) *L'après divorce-lien familial et vulnérabilité*. Rennes: PUR.
- Martin, I., & Venables, P. H. (1980). *Techniques in psychophysiology*. New York : John Wiley & Sons.
- Matthews, K. A., Kiefe, C. I., Lewis, C. E., Liu, K., Sidney, S., & Yunis, C. (2002). Socioeconomic trajectories and incident hypertension in a biracial cohort of young adults. *Hypertension*, 39, 772-776
- Matthews, K. A., Woodall, K. L., Kenyon, K., & Jacob, T. (1996). Negative family environment as predictor of boys' future status on measures of hostile attitudes, interview behavior, and anger expression. *Health Psychology*, 15, 30-37.
- Mc Ewen, B. S. (2001). From molecules to mind. Stress individual differences, and the social environment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 935, 42-49
- McCubbin, H. I., Needle, R. H., & Wilson, M. (1985). Adolescent health risk behaviors: Family stress and adolescent coping as critical factors. *Family Relations*, 34, 51-62.

- Mchale, S. M. Freitag, M. K. Crouter, A. C., & Bartko, W. T. (1991). Connections between dimensions of marital quality and schools age children's adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology, 12*, 1-17.
- McLanahan, S.S., & Sandefur, G (1994). *Growing up with a single parent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McLanahan, S.S., (1999). Father absence and the welfare of children. In E. M. Hetherington (Ed.), *Coping with divorce, single parenting, and remarriage: A risk and resiliency perspective*. (pp.117-145). Mahwah, NJ. Erlbaum
- Meaney, M. J., Brake, W., & Gratton, A. (2002). Environmental regulation of mesolimbic dopamine systems: A neurobiological mechanism for vulnerability to drug abuse? *Psychoneuroendocrinology, 27*, 127-138.
- Mechanic, D., & Hansell, S. (1989). Divorce, family conflict, and adolescent's well-being. *Journal of Health and social Behavior, 30*, 106-116.
- Melichar, J. F., & Chiriboga, D. A. (1988). Significance of time in adjustment to marital separation. *American Journal of Orthopsychiatry, 58*(2), 221-227.
- Mendell, A. E., (1983). Play Therapy with Children of divorced parents. In C. E. Schaefer & K.J. O'Connor (Eds.). *Handbook of play therapy* (pp 320-354). New York: Wiley, 1983
- Metzler, C. W., Noell, J., Biglan, A., Ary, D., & Smolkowski, K. (1994).The social context for risky sexual behaviour among adolescents. *Journal of Behavioral Medicine, 17*, 419-438.
- Miller, D. B., & O' Callaghan, J. P. (2002). Neuroendocrine aspects of the response to stress. *Metabolism: Clinical and Experimental, 51*, 5-10
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. , Rosman, B. L., & Baker, L. (1978).*Psychosomatic Families*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Montgomery, S. M., Bartley, M. J., & Wilkinson, R. G. (1997). Family conflict and slow growth. *Archives of disease in Children, 77*, 326-330.
- National Center for Health Statistics. (1988). *Current Estimates from the National Health Interview Survey: United States, 1987* (DHHS Pub. No. (PHS) 88-1594). Washington, DC: Government Printing Office.
- Nordahl H. M., & Stiles T. C. (1997). Perceptions of parental bonding in patients with various personality disorders, lifetime depressive disorders, and healthy controls. *J Pers Disord, 11*: 391-402.

- Oliver, J. M., & Paull, J. C. (1995). Self-esteem and self-efficacy: Perceived parenting and family climate and depression in university students. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 467-481.
- Orraschel, H., Weissman, M.M., & Kidd, K.K. (1980). Children and depressed parents; The childhood of depressed parents; depression in children. *Journal of Affective Disorders, 2*, 1-16
- Owen, M. T., & Cox, M. J. (1997), Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships. *Journal of family Psychology, 11*. 152-164
- Padersen, N. L., Lichtenstein, P., Plomin, R., DeFaire, U., McClearn, G. E., & Matthews, K. A. (1989). Genetic and environmental influences for type A-like measures and related traits: A study of twins reared apart and twins reared together. *Psychosomatic Medicine, 51*, 428-440.
- Pagani, L., Boulerice, B., Tremblay, R. E., & Vitaro, F., (1997). Behavioural Development in Children of Divorce and Remarriage. *J. child Psychiatr. Vol 38, n°7*, pp 769-781.
- Palosaari, U., Aro, H. & Laippala P. (1996). Parental divorce and depression in young adulthood: adolescents closeness to parents and self-esteem as mediating factor. *Acta Psychiatr Scand 1996: 93: 20-26*. Munksgaard.
- Parke, R. D., Mc Dowell, D. J. (1998). Toward an expanded model of emotion socialization : New people, new pathways. *Psychological Inquiry, 9*, 303-307
- Parker, G. (1993). Parental “affectionless control” as an antecedent to adult depression. *Archives of General Psychiatry, 134*, 138-147.
- Parker, J. G. & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin, 102*, 335-389.
- Paternite, C. E. Loney, J., & Roberts, M. A. (1995). External validation of oppositional disorder and attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, 453-471.
- Patterson, G. R. & Forgatch, M.S. (1990 ).Initiation and maintenance of process disrupting single mother families. In: *Depression and aggression in families*, ed. Patterson GR. Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp.209-245
- Patterson, G. R. (1982 ). *A social learning approach to family intervention:III. Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Peterson, J. L., & , N. (1986). Marital disruption, Prent child relationships, and behavior problems in children. *Journal of Marriage and the Family, 48*, 295-307.
- Pinto, A. H., & Pereira, G. M. (2005). *Separação e Divórcio: Um olhar feminino*. Quarteto. 25-45



- Popenoe, D. (1998). *Disturbing the nest: Family change and decline in modern societies*. New York: Aldine De Gruyter.
- Porges, S. W. (1984). Heart rate oscillation: An index of neural mediation. In M. G. H. Coles, J. R. Jennings, & J. A. Stern (eds), *Psychophysiological perspectives* (pp229-241). New York
- Porges, S. W. (1991). Vagal tone: An autonomic mediator of affect. In J. Garber & K. D. Dodge (Eds). *The development of emotional regulation and dysregulation : Cambridge studies in social and emotional development* (pp111-128). New York: Cambridge University Press.
- Porges, S. W. (1992). Vagal Tone: A physiologic marker of stress vulnerability. *Pediatrics*, *90*, 498-504
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A polyvagal theory. *Psychophysiology*, *32*, 301-318.
- Porges, S. W. Doussard-Roosevelt, J. A., Portales, A. L., & Greenspan, S. I. (1996). Infant regulation of The vagal Brake predicts child behavior problems: A psychobiological model of social behavior. *Developmental Psychobiology*, *29*, 697-712
- Porter, F. L., Porges, S. W., & Marshall, R. E. (1988). Newborn pain cries and vagal tone: Parallel changes in response to circumcision. *Child Development*, *59*, 495-505
- Portes, P., Smith T., & Brown, J. (2000). *The Divorce Adjustment Inventory- Revised*. *Journal of Divorce & Remarriage*, Vol. 33(3/4). The Haworth Press, Inc.
- Rahkonen, O., Lahelma, E., & Huuhka, M. (1997). Past or Present? Childhood living conditions and current socioeconomic status as determinantes of adult health. *Social Science and Medicine*, *44*, 327-336.
- Raine, A. (1997). Autonomic nervous system factors underlying disinhibited, antisocial, and violent behavior: Biosocial perspectives and treatment implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *794*, 46-59
- Reis, M. & Pessanha, C. M. (1990). *Guia Prático do Divórcio*. Editora Quid Juris
- Reite, M., Kaerning, K., & Boccia, M. L., (1989). Maternal separation in bonnet monkey infants: Altered attachment and social support. *Child Development*, *60*, 473-480.
- Rende, R. D., Slomkowski, C. L., Stocker, C., Fulker, D. W., & Plomin, R. (1992). Genetic and environmental influences on maternal and sibling interaction in middle childhood: A sibling adoption study. *Developmental Psychology*, *28*, 484-490.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychology Bulletin*, *128*, 330-366.

- Rice, F., Harold, G., & Thaper, A. (2002). The genetic aetiology of childhood depression: A review. *A Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 65-79.
- Rice, J. K., & Rice, D. G. (1986). *Living through divorce: A developmental approach to divorce therapy*. New York: Guilford.
- Riley, A. W., Finney, E., Mellits, D., Starfield, B., Kidwell, S., Quaskey, S., Cataldo, M. F., Filipp, L., & Shematek, J. P. (1993). Determinants of children's health care use: An investigation of psychosocial factors. *Medical Care*, 31, 767-783.
- Roger, M.J., & Holmbeck, G.N. (1997). Effects of interparental aggression on children's adjustment: the moderating role of cognitive appraisal and coping. *Journal of Family Psychology*, 11, 125-130.
- Rosenblum, L. A., & Andrews, M. W. (1994). Influences of environmental demand on maternal behavior and infant development. *Acta Paediatrica Supplement*, 397, 57-63.
- Rowe, D. C. (1981). Environmental and genetic influences on dimensions of perceived parenting: A twin study. *Developmental Psychology*, 17, 203-208.
- Rowe, D. C. (1983). A biometric analysis of perceptions of family environment: A study of twins and singleton sibling kinships. *Child Development*, 54, 416-423.
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Kaplan, J (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- Russek L. G., Schwartz G.E., Bell I. R., Baldwin C. M. (1998). Positive perceptions of parental caring are associated with reduced psychiatric and somatic symptoms. *Psychosom Med.* 60: 645-714.
- Rutter, M. (1987). Continuities and discontinuities from infancy. In J. Osofsky (Ed.). *Handbook of Infant Development* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 1256-1296). New York: Wiley
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Neuchterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.181-214). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1991). Protective factors: Independent or interactive? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 151-152
- Salonen, K., Matthews, K.A., & Allen, M. T. (2000). Patterns of sympathetic and parasympathetic reactivity in a sample of children and adolescents. *Psychophysiology*, 37, 842-849.
- Sandler, I. N., West, S. G., Baca, L., Pillow, D. R., Gerstein, J. C., Rogosch, F., Virdin, L., Beals, J., Reynolds, K. D., Kallgren, C., Tein, J. Y., Kriege, G., Cole E., & Ramirez, R. (1992). Linking

empirically based theory and evaluation: The Family Bereavement Program. *American Journal of Community Psychology*, 20, 491-521.

Schwartz, J. E., Friedman, H. S., Tucker, J. S., Tomlinson-Keasey, C., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1995). Sociodemographic and psychosocial factors in childhood as predictors of adult mortality. *American Journal of Public Health*, 85, 1237-1245.

Schwartz, L. L. & Kaslow, F. W. (1997), *Painful partings-divorce and its aftermath*, New York: John Wiley & Sons, Inc.

Seidman, L. J., Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Norman, D., Seiverd, K., Benedict, K., Guite, J., Mick, E. & Kiely, K. (1995). Effects of family history and comorbidity on the neuropsychological performance of children with ADHD: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1015-1024.

Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.

Seltzer, J. (1991). Relationships between fathers and children who live apart: The father's role after separation. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 79-102.

Selye, H. (1978). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Shaw, D. S., Emery, R. E., & Tuer, M. D. (1993). Parental functioning and children adjustment in families of divorce: A prospective study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 119-134

Simons, L.R.(1996). The effect of divorce on adult and child adjustment. In *Understanding Differences Between Divorced and Intact Families: Stress, Interaction and child outcome*, ed. Simons RL & Associates . Thousand Oaks, CA: Sage, 1996, pp3-20.

Simons, L.R., Johnson, C., (1996). Mother's Parenting. In *Understanding Differences Between Divorced and Intact Families: Stress, Interaction and child outcome*, ed. Simons RL & Associates . Thousand Oaks, CA: Sage, 1996, pp81-93.

Simons, L.R., Lin, K., Gordon, L.C., Conger, R.D., & Lorenz, F. O. (1999). Explaining the higher incidence of adjustment problems among children of divorce compared with those in two parent families. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 1020- 1033.

Smith, T. W., & Christensen, A. J. (1992). Cardiovascular reactivity and interpersonal relations: Psychosomatic processes in social context. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 279-301

Spielberger, C. (1975). Anxiety: State- trait process. In C. Spielberger & I. Sarason (eds.) *Stress and anxiety*, Vol 1. New York, NY: Wiley & Sons

Spielberger, C.D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J., Platzek, D. (1973). *STAIC-Preliminary Manual for the State- Trait Anxiety Inventory for Children* ("How I Feel Questionnaire"). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

- Spoont, M. R. (1992). Modulatory role of serotonin in neural information processing: Implications for human psychopathology. *Psychological Bulletin*, *112*, 330-350
- Stack, S. (1989). The impact of divorce on suicide in Norway, 1951- 1980. *Journal of Marriage and the Family*, *51*, 229-238
- Stansbury, K., & Gunnar, M. R. (1994). Adrenocortical activity and emotion regulation: *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*
- Stifter, C. A., Fox, N. A., & Porges, S. W. (1989). Facial expressivity and vagal tone in 5 – and 10-month-old infants. *Infant Behavior And Development*, *12*, 127-137
- Stocker, C.M., & Youngblade, L. (1999). Marital conflict and parental hostility: Links with Children's sibling and peer relationships. *Journal of Family Psychology*, *13*, 598- 609.
- Streeck-Fisher, A., & Van der Kolk, B. A. (2000). Down will come baby, cradle and all: Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*, 903-918.
- Suin, R. M. (2001). The terrible twos: Anger and anxiety. *American Psychologist*, *56*(1), 27-36.
- Suomi, S. J. (2000). A biobehavioral perspective on developmental psychopathology: Excessive aggression and serotonergic dysfunction in monkeys. In A. J. Samaroff, M. Lewis, & S. Miller (Eds.) New York. Plenum
- Taylor, S. E., Repetti, R. L., & Seeman, T. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, *48*, 411-447.
- Tessman, L. H., (1978) *Children of parting parents*. New York: Aronson
- Theodorson, G. A. (1965). Romanticism and motivation to marry in the United States, Singapore, Burma, and India. *Social Forces*, *44*, 17-28.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A theme in search of definition. . *Monographs of the society for Research in Child Development*, *59*, 250-283
- Torres, A. C. (1996) *Divorcio em Portugal, ditos e interditos*. Oeiras: Celta Editora.
- Troxel, M. W., & Mathews, A. K. (2004). What are the costs of marital conflict and dissolution to children's physical health?. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *Vol.7*, No.1, March 2004
- Tschann, J.M., Johnston, J. R., & Wallerstein, J. S. (1989). Resources, stresses, and attachment as predictors of adult adjustment to divorce. A longitudinal study. *Journal of Marriage and The Family*, *51*, 1033-1046.

- Van den Boom, D. C. (1989). Neonatal irritability and the development of attachment. In G. A. Kohnstamm, & J. E. Bates (Eds), *Temperament in childhood* (pp. 299-318). Oxford, England: Wiley.
- Vieth, R. C., Lewis, N., & Linares, O. A. (1994). Sympathetic nervous system activity in major depression: Basal and desipramine-induced alterations in plasma norepinephrine kinetics. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 411-422.
- Wallerstein, J. S. (1991). The long-term effects of divorce on children: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *30*, 349-360.
- Wallerstein, J. S., (1983). Children of divorce: The psychological task of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, *53*(2), 230-243.
- Wallerstein, J.S. (1984). Children of divorce: Preliminary report of a ten-year follow-up of young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, *54*, 444-458.
- Wallerstein, J.S. (1985). Children of divorce: Preliminary report of a ten-year follow-up of older children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *24*, 545-553.
- Wallerstein, J.S. (1986). *Children of divorce workshop*. Presented at the Cape Cod Institute, Massachusetts.
- Wallerstein, J.S. (1987). Children of divorce: Report of a ten-year follow-up of early latency-age children. *American Journal of Orthopsychiatry*, *57*, 199-211.
- Wallerstein, J.S., & Lewis, J. (1998). The long-term impact of divorce on children: A first report from 25-year study. *Family and Conciliation Courts Review*, *36*, 368-383.
- Wallerstein, J.S., & Corbin, S.B. (1989). Daughters of divorce: Report of a ten-year follow-up. *American Journal of Orthopsychiatry*, *59*, 593-604.
- Wallerstein, J.S., & Kelly, J.B. (1980). *Surviving the breakup: How children and parents cope with divorce*. New York: Basic Books.
- Waters, E., Salmon, L., Wake, M., (2000). The Parent-Form Child Health Questionnaire in Australia: Comparisons of Reliability, Validity, Structure, and Norms. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol 25, N° 6, PP.381-391
- Weiss, R. S. (1975). *Marital separation*. New York: Basic Books.
- Weiss, R. S. (1976). The emotional impact of marital separation. *Journal of Social Issues*, *32*(1), 135-145.
- Weiss, R. S. (1979). Growing up a little faster: The experience of growing in a single-parent household. *The journal of Social Issues*, *35*, 97-111

- Weitzman, L. J. (1985). *The divorce revolution: The unexpected social and economic consequences for women and children in America*. New York: The Free Press.
- Welberg, L. A. M, & Seckl, J. R. (2001). Prenatal stress, glucocorticoids and the programming of the brain. *Journal of Neuroendocrinology*, 13, 113-128.
- Wellerstein, J. S., & Kelly, J. B. (1980a). Effects of divorce on the father-child relationship. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1534-1539.
- Werner, E. E. (1989). *Children of the garden Island*. *Scientific American*, 106-111
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-575.
- Westman, J. C. (1972). Effects of divorce on child's personality development. *Medical Aspects of human Sexuality*, 6, 38-55.
- Wickrama, K. A. S., Lorenz F. Q. & Conger R. D. (1997) Parental support and adolescent physical health status: a latent growth-curve analysis. *J. Health Soc. Behav*; 38: 49-63.
- Williams, R. B (1991). A relook at personality types and coronary heart disease. *Prog Cardiol* 4: 559-570;
- Wills, T. A., & Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. In S. Shiffman & T. A. Wills (Eds), *Coping and substance use*, 3-24. Orlando, FL: Academic Press.
- Wilner, P. (1985). *Depression: A psychobiological Synthesis*. New York: John Wiley
- Wiseman, R.S. (1975). Crises theory and the process of divorce. *Social Casework*, 56, 205-212.
- Woodall, K. L., & Matthews, K. A. (1993). Changes in and stability of hostile characteristics from a 4-year longitudinal study of children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 491-499.
- Wright, D. (1988). Revitalizing exchange models of divorce. *Journal of divorce*. 12, 1-19
- Wuest, S., Federenko, I., Hellhammer, D. H., & Kirschbaum, C. (2000). Genetic factors, perceived chronic stress, and the free cortisol response to awakening. *Psychoneuroendocrinology*, 25, 707-720.
- Wuslin, L. R., Valliant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*, 61, 6-17.
- Yorburg, B. (1973). *The changing family*. New York: Columbia University Press.
- Zaslow, M.J., (1989). Sex differences in children's response to parental divorce: 2. Samples variables, ages, and source. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 118-141

## **ANEXOS**

**ANEXO I**  
**CARTA DIRIGIDA ÀS ESCOLAS**





Campus de Gualtar  
4710-057 Braga-P

Departamento de Psicologia

A/C A/C Exm. (a) Sr(a) Presidente do Conselho  
Executivo

Ex.mos Senhores

Estamos a realizar um estudo sobre o “Impacto da Separação/ Divórcio na Saúde das Crianças”, no âmbito da dissertação do Mestrado em Psicologia da Saúde na Universidade do Minho.

Trata-se de um estudo com alunos dos 10 aos 12 anos, provenientes de famílias separadas/divorciadas, há pelo menos um ano, no âmbito do qual é solicitado aos pais e crianças a resposta a um conjunto de questionários.

A investigação para a qual é solicitada a colaboração das escolas será orientada pela Professora Doutora Maria da Graça Pereira. Os resultados deste estudo permitirão tirar implicações do impacto da separação/divórcio no desenvolvimento das crianças, sendo assim possível minorar as consequências.

Assim, solicitamos o seu apoio para que a realização da investigação seja possível. Os resultados que forem obtidos são confidenciais e só nos interessam do ponto de vista estatístico

Estamos ao dispor para qualquer informação complementar. Qualquer contacto deverá ser efectuado pelo endereço electrónico [divorcio.saude@tvtel.pt](mailto:divorcio.saude@tvtel.pt).

Com os melhores cumprimentos

---

Ana Paula Morais

Mestrado em Psicologia da Saúde

Universidade do Minho

**ANEXO II**  
**CARTA DIRIGIDA AOS PAIS**

Campus de Gualtar  
4710-057 Braga-P



Ex.mo Sr. Encarregado da Educação

Estamos a realizar um estudo sobre o “impacto da separação/divórcio na saúde das crianças”, procurando tirar implicações do impacto da separação/divórcio no desenvolvimento dos filhos. O nosso objectivo é contribuir para a diminuição das consequências do impacto da separação/divórcio nas crianças.

O presente estudo envolve alunos dos 10 aos 12 anos, provenientes de famílias separadas/divorciadas, há um ano ou mais, solicitando-se ao pai/mãe que reside com a criança e respectiva criança a resposta a alguns questionários.

Assim agradecia a sua colaboração neste projecto, participando e autorizando o seu filho/(a) a responder a alguns questionários. As respostas são estritamente confidenciais, pois os resultados são codificados. A sua participação e a do seu filho (a) é **voluntária**, mas extremamente importante, is sem ela não poderemos conhecer a realidade das crianças que passaram pela situação de separação/divórcio.

Se aceitar colaborar deverá remeter ao Director de Turma da Escola do seu filho, o destacável em anexo, e, estar presente no dia **20/06/2005 pelas 18H30M** nas instalações da escola do seu filho, onde estaremos à sua espera.

Atentamente

\_\_\_\_\_

Ana Paula Morais

Mestrado em Psicologia da Saúde

Universidade do Minho

✂-----

Eu, \_\_\_\_\_ encarregado de educação do aluno  
\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_ T \_\_\_\_ ano participo e autorizo o meu educando a  
participar no estudo o impacto da separação/divórcio na saúde das crianças.

\_\_\_\_\_

Assinatura

**ANEXO III**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

# UNIVERSIDADE DO MINHO

## MESTRADO EM PSICOLOGIA

### ESTUDO SOBRE O IMPACTO DA SEPARAÇÃO/ DIVÓRCIO NA SAÚDE DAS CRIANÇAS

---

---

## CONSENTIMENTO INFORMADO

---

---

Estamos a solicitar a sua participação e a do seu filho (a) num estudo sobre o impacto da separação/ divórcio na saúde das crianças.

Gostaríamos de saber se aceita colaborar connosco, neste projecto, respondendo e autorizando o seu filho a responder a alguns questionários.

As respostas são estritamente confidenciais, pois os resultados são codificados. A sua participação e a do seu filho (a) é voluntária, podendo interrompê-la a qualquer momento.

A sua colaboração é extremamente importante pois sem ela não poderemos conhecer a realidade das crianças que foram alvo de um processo de separação/divórcio.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do investigador

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

Código \_\_\_\_\_

**ANEXO IV**  
**QUESTIONÁRIOS APLICADOS AOS PAIS**

## **QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

---

---

## QUESTIONÁRIO 1

---

---

1. Sexo  Masculino  Feminino      2. Idade \_\_\_\_\_
3. Situação marital  
 Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  União de facto
4. Data do casamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      5. Data da separação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. Data do Divórcio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      7.  Mútuo Consentimento  Litigioso
8. A quem pertence o exercício do poder paternal sobre a criança?
- \_\_\_\_\_

9. Quais as disposições do exercício de poder paternal?

- Livre acesso<sup>1</sup>     Acesso restrito<sup>2</sup>     Sem direitos de visita

10. Após o divórcio, a criança

- Permaneceu na morada de família     Mudou de residência     Partilha de residência

11. Com que frequência o pai/mãe, sem exercício do poder paternal, está com a criança

- | Duas vezes por semana ou mais | Uma vez por semana       | Duas vezes por mês       | Uma vez por mês          | Menos que uma vez por mês | Nunca                    |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

12. Quanto tempo o pai/mãe, sem exercício de poder paternal, passa por semana com a criança?

- | Meio Dia                 | Um Dia                   | Fim Semana               | Três Dias                | Mais de Três Dias        |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Indique se foi alvo de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico?

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Antes da separação?                        | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Depois da separação ou durante o divórcio? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Depois do divórcio?                        | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Actualmente                                | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

**Se respondeu sim**

- a) Qual a principal queixa apresentada? \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> Livre acesso (o pai/mãe que não exerce o poder paternal pode ver a criança em qualquer altura)

<sup>2</sup> Acesso restrito (Restrições limitam as vezes que o pai/mãe pode ver a criança)



14. Após a separação/ divórcio toma medicação?  Sim  Não

Se sim, assinale o tipo de medicação

antidepressivos  ansiolíticos  Outra Quais? \_\_\_\_\_

15. Como classifica o impacto emocional da separação/divórcio na sua vida.

**Negativo** **Nada Significativo** **Positivo**

←-----→

Muito Significativo Bastante Significativo Pouco Significativo Nada Significativo Pouco Significativo Bastante Significativo Muito Significativo

16. Como classifica o impacto financeiro da separação/divórcio na sua vida.

**Negativo** **Nada Significativo** **Positivo**

←-----→

Muito Significativo Bastante Significativo Pouco Significativo Nada Significativo Pouco Significativo Bastante Significativo Muito Significativo

17. Como caracteriza actualmente a sua relação com o seu ex - cônjuge

Muito Boa  Boa  Razoável  Difícil  Muito Difícil

18. Idade da criança \_\_\_\_\_ 10. Sexo  Masculino  Feminino

19. O seu filho(a) foi alvo de acompanhamento **psicológico e/ou psiquiátrico**:

Antes da separação? Sim  Não

Depois da separação ou durante o divórcio? Sim  Não

Depois do divórcio? Sim  Não

Actualmente Sim  Não

Se respondeu sim em qualquer um dos itens

a) Qual a principal queixa apresentada? \_\_\_\_\_

b) Que idade tinha a criança? \_\_\_\_\_

c) Quanto tempo durou o apoio?

Menos de um mês  Um mês  Entre um mês e três meses  Três a seis meses  Seis a nove meses  Mais de nove meses

20. Indique com que frequência o seu filho recorreu/recorre ao **médico**:

	Uma vez por ano	Duas a três vezes por ano	Mais que três vezes por ano
Antes da separação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depois da separação mas antes do divórcio legal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depois do divórcio legal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a) Se assinalou a opção mais que três vezes por ano em qualquer um dos itens, refira quais as queixas físicas alvo de tratamento?

---

21. Como classifica o impacto emocional da separação/divórcio no (a) seu/sua filho(a)?

Negativo			Nada Significativo	Positivo		
←				→		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muito	Bastante	Pouco	Nada	Pouco	Bastante	Muito
Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo

22. Como classifica o impacto da separação/divórcio no rendimento escolar do(a) seu /sua filho(a) ?

Negativo			Nada Significativo	Positivo		
←				→		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muito	Bastante	Pouco	Nada	Pouco	Bastante	Muito
Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo

23. Como classifica o impacto da separação/divórcio nas actividades extra escolares (desportos, música, participação em clubes) do(a) seu/sua filho(a) ?

Negativo			Nada Significativo	Positivo		
←				→		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muito	Bastante	Pouco	Nada	Pouco	Bastante	Muito
Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo

24. Como classifica o impacto da separação/divórcio na relação do(a) seu/sua filho(a) com outras crianças?

Negativo			Nada Significativo	Positivo		
←				→		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muito	Bastante	Pouco	Nada	Pouco	Bastante	Muito
Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo	Significativo

**GRAFFAR**

---

---

## QUESTIONÁRIO 2

---

---

Assinale com uma cruz a opção que melhor corresponde à sua situação.

### PROFISSÃO

1. Directores de Banco, directores técnicos de empresas, licenciados, militares de alta patente..... (  )
2. Chefes de secção administrativa, subdirectores, peritos, técnicos e comerciantes..... (  )
3. Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra - mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes, mestres de obra ..... (  )
4. Operários especializados, motoristas, policia, cozinheiros ..... (  )
5. Trabalhadores manuais não -especializados: jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza ..... (  )

### NIVEL DE INSTRUÇÃO

1. Ensino Universitário ou equivalente (>12 anos de estudo) ..... (  )
2. Ensino médio ou técnico superior (10 a 12 anos) ..... (  )
3. Ensino médio ou técnico inferior ( 8 a 9 anos) ..... (  )
4. Ensino básico completo ( 6 anos)..... (  )
5. Ensino básico incompleto ou nulo ..... (  )

### FONTES DE RENDIMENTO FAMILIAR

1. Fortuna herdada ou adquirida ..... (  )
2. Lucros de empresa, altos honorários..... (  )
3. Vencimento mensal fixo ..... (  )
4. Salários (por semana, horas ou tarefa..... (  )
5. Sustentos por beneficência pública ou privada (não se incluem pensões por desemprego ou incapacidade..... (  )

### CONFORTO DO ALOJAMENTO (IMPRESSÃO SUBJECTIVA)

1. Casa ou andar de luxo, muito grande, máximo de conforto..... (  )
2. Categoria intermédia entre 1 e 3: casa ou andar espaçoso e confortável..... (  )
3. Casa ou andar modesto em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho.. (  )
4. Categoria intermédia entre 3 e 5 ..... (  )
5. Alojamento impróprio, barraca, quarto, andar ou casa sem conforto, promiscuidade ..... (  )

### ASPECTO DO BAIRRO HABITADO

1. Bairro residencial elegante, caro ..... (  )
2. Bairro residencial bom, confortável..... (  )
3. Ruas comerciais, ruas estreitas e antigas..... (  )
4. Bairro operário, populoso, mal arejado ..... (  )
5. Bairro de lata ..... (  )

**DAI-R**

### QUESTIONÁRIO 3

Nas afirmações que se seguem aparecem **descrições de sentimentos, comportamentos e reacções da sua família** ao divórcio. Por favor coloque um círculo na resposta que melhor descreve a sua família.

	Concordo Totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo Totalmente
1. Antes do divórcio a nossa família fazia frequentemente coisas em conjunto (ex: jantar juntos)	1	2	3	4	5
2. Antes do divórcio os membros da família evitavam-se uns aos outros em casa.	1	2	3	4	5
3. Antes do divórcio a nossa família discutia os sentimentos e problemas uns com os outros	1	2	3	4	5
4. Antes do divórcio as pessoas batiam-se com frequência, na minha família	1	2	3	4	5
5. Antes do divórcio na minha família as pessoas gritavam, com frequência, umas com as outras	1	2	3	4	5
6. Antes do divórcio a nossa situação familiar gerou muitas vezes stress e discussões	1	2	3	4	5
7. Antes do divórcio o meu ex-cônjuge e eu discutíamos frequentemente na presença dos filhos.	1	2	3	4	5
8. Desde o divórcio o meu ex-cônjuge e eu temos concordado com quase a maioria das decisões relativas aos filhos.	1	2	3	4	5
9. Embora tivéssemos os nossos problemas eu consigo olhar para os anos que passámos juntos com agrado	1	2	3	4	5
10. Eu aprovo as actividades e o cuidado que os meus filhos recebem quando estão com o meu ex – cônjuge	1	2	3	4	5
11. Desde o divórcio o meu ex-cônjuge e eu temos discutido ou criticado mutuamente estando os filhos presentes.	1	2	3	4	5
12. Desde o divórcio, o meu ex-cônjuge e eu tentamos colocar os filhos contra um de nós.	1	2	3	4	5
13. Eu penso que seria melhor para todos se nós pais não nos voltássemos a ver	1	2	3	4	5
14. Eu não consigo deixar de culpar o meu ex-cônjuge pela separação	1	2	3	4	5
15. Desde o divórcio eu sou muito mais rígido(a) com os filhos (bater, castigar ou outro tipo de disciplina) do que antes	1	2	3	4	5
16. Sinto que os meus filhos compreendem porque eu e o meu ex-cônjuge nos divorciámos	1	2	3	4	5
17. Penso que por vezes os meus filhos sentem que de alguma maneira foi por culpa deles que nos divorciámos	1	2	3	4	5
18. Penso que os meus filhos entendem que o nosso divórcio não significa que qualquer um de nós os ama menos	1	2	3	4	5
19. Penso que os meus filhos se sentem de forma diferente em relação a mim, do que antes do divórcio	1	2	3	4	5

	Concordo Totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo Totalmente
20. Desde o divórcio eu tenho conseguido participar em uma ou mais das seguintes actividades: passatempos, actividades recreativas, convívio com amigos, organizações políticas, actividades religiosas.	1	2	3	4	5
21. Desde o divórcio os meus filhos têm tido a oportunidade de participar em uma ou mais das seguintes actividades: clubes, igreja ou ATL ou outras actividades recreativas.	1	2	3	4	5
22. Desde o divórcio os meus filhos têm tido a oportunidade de falar com outras crianças (primos ou outros membros da família, colegas na escola, creche, bairro, ou igreja).	1	2	3	4	5
23. Desde o divórcio os meus filhos têm tido a oportunidade de falar com adultos (ex.: membros da família, professores/cuidadores ou pais dos seus amigos)	1	2	3	4	5
24. A minha capacidade financeira de providenciar as necessidades dos meus filhos foi fortemente afectada.	1	2	3	4	5
25. A nossa situação financeira após o divórcio obrigou-me a ter que mudar de casa	1	2	3	4	5
26. Desde o divórcio que eu exagero no consumo de drogas (ex.: álcool)	1	2	3	4	5
27. Desde o divórcio que me sinto frequentemente deprimido(a) (insónias, choro, dificuldade em levantar de manhã)	1	2	3	4	5
28. Desde o divórcio os meus filhos têm um comportamento agressivo (ex.: em relação aos pais, irmãos, ou colegas)	1	2	3	4	5
29. Desde o divórcio os meus filhos têm tido problemas na escola (notas baixas, problemas de comportamento, ou recusa em ir à escola)	1	2	3	4	5
30. Desde o divórcio o meu ex-cônjuge e eu temos discutido sobre como disciplinar os filhos	1	2	3	4	5
31. Desde o divórcio o meu ex-cônjuge e eu temos gritado um com o outro	1	2	3	4	5
32. Desde o divórcio o meu ex-cônjuge e/ou eu temos tentado agredir fisicamente um ao outro	1	2	3	4	5
33. No geral penso que o divórcio causou muitos problemas emocionais aos meus filhos	1	2	3	4	5
34. No geral os meus filhos não têm sido capazes de lidar com o nosso divórcio.	1	2	3	4	5
35. Desde o divórcio tenho participado em terapia de grupo ou individual	1	2	3	4	5
36. Desde o divórcio os meus filhos têm participado em terapia de grupo ou individual	1	2	3	4	5
37. Desde o divórcio o meu ex-cônjuge assumiu as suas responsabilidades educando e fornecendo apoio aos filhos	1	2	3	4	5
38. Os meus filhos estão satisfeitos com a situação da custódia (podem ver e falar o pai/mãe com que não vivem, tanto quanto desejam)	1	2	3	4	5
39. Em geral gostaria que os meus filhos estivessem mais com o progenitor, com quem não vivem, do que estão actualmente	1	2	3	4	5
40. O apoio financeiro que recebo é insuficiente	1	2	3	4	5
41. Vendo bem as coisas o apoio financeiro que recebo é justo	1	2	3	4	5
42. O apoio financeiro que o meu ex-cônjuge me dá cria-lhe dificuldades económicas	1	2	3	4	5

**CBCL**



## QUESTIONÁRIO 4

Segue-se uma lista de frases que **descrevem características de crianças e jovens**. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) **é ou tem sido durante os últimos seis meses:**

- **Marque uma cruz (X) no 2** se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou é MUITAS VEZES VERDADEIRA em relação ao seu filho;

- **Marque uma cruz (X) no 1** se a afirmação é ALGUMAS VEZES VERDADEIRA;

- Se a descrição NÃO É VERDADEIRA, **marque uma cruz (X) no 0**.

Por favor, responda a todas as descrições o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam não se aplicar ao seu filho (a).

	Falsa <b>0</b>	Às vezes Verdadeira <b>1</b>	Muitas vezes verdadeira <b>2</b>
1. Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade .....	( )	( )	( )
2. É alérgico (a) (descreva).....	( )	( )	( )
3. Discute muito .....	( )	( )	( )
4. Tem asma.....	( )	( )	( )
5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto .....	( )	( )	( )
6. Faz as suas necessidades fora da casa de banho.....	( )	( )	( )
7. É fanfarrão ou gabarola.....	( )	( )	( )
8. Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo .....	( )	( )	( )
9. Não consegue afastar certas ideias do pensamento, obsessões ou cismas (descreva):.....	( )	( )	( )
10. Não é capaz de ficar sentado (a) sossegado (a), é muito activo (a) ou irrequieto (a).....	( )	( )	( )
11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente.....	( )	( )	( )
12. Queixa-se de solidão.....	( )	( )	( )
13. Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está) .....	( )	( )	( )
14. Chora muito .....	( )	( )	( )
15. É cruel com os animais. ....	( )	( )	( )
16. Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros .....	( )	( )	( )
17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos .....	( )	( )	( )
18. Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio .....	( )	( )	( )
19. Exige muita atenção.....	( )	( )	( )
20. Destroí as suas próprias coisas .....	( )	( )	( )
21. Destroí coisas da sua família ou de outras crianças.....	( )	( )	( )
22. É desobediente em casa. ....	( )	( )	( )
23. É desobediente na escola .....	( )	( )	( )
24. Não come bem.....	( )	( )	( )
25. Não se dá bem com outras crianças.....	( )	( )	( )
26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal.....	( )	( )	( )

	Falso	Às vezes Verdadeira	Muitas vezes verdadeira
	0	1	2
27 Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a).....	( )	( )	( )
28 Come ou bebe coisas que não são próprias para comer (descreva):.....	( )	( )	( )
29 Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva):.....	( )	( )	( )
30 Tem medo de ir para a escola.....	( )	( )	( )
31 Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal .....	( )	( )	( )
32 Sente que tem de ser perfeito. ....	( )	( )	( )
33 Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele(a).....	( )	( )	( )
34 Sente que os outros andam atrás dele(a) para o apanharem; sente-se perseguido(a) .....	( )	( )	( )
35 Sente-se sem valor ou inferior aos outros .....	( )	( )	( )
36 Magoa-se muito, tem tendência para acidentes .....	( )	( )	( )
37 Mete-se em muitas lutas/brigas .....	( )	( )	( )
38 Fazem pouco dele(a) frequentemente.....	( )	( )	( )
39 Anda com outras crianças/jovens que se metem em sarilhos. ....	( )	( )	( )
40 Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):.....	( )	( )	( )
41 É impulsivo(a) ou age sem pensar .....	( )	( )	( )
42 Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a).....	( )	( )	( )
43 Mentira ou faz batota .....	( )	( )	( )
44 Rói as unhas .....	( )	( )	( )
45 É nervoso(a), irritável ou tenso(a) .....	( )	( )	( )
46 Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva):.....	( )	( )	( )
47 Tem pesadelos.....	( )	( )	( )
48 As outras crianças/jovens não gostam dele(a) .....	( )	( )	( )
49 Tem prisão de ventre, obstipação .....	( )	( )	( )
50 É demasiado medroso(a) ou ansioso(a).....	( )	( )	( )
51 Sente tonturas .....	( )	( )	( )
52 Sente-se demasiado culpado(a) .....	( )	( )	( )
53 Come demais .....	( )	( )	( )
54 Cansa-se demasiado.....	( )	( )	( )
55 Tem peso a mais.....	( )	( )	( )
56 Apresenta problemas físicos <u>sem causa médica conhecida</u> .....	( )	( )	( )
a Dores (sem ser dores de cabeça) .....	( )	( )	( )
b Dores de cabeça. ....	( )	( )	( )
c Náuseas, sente enjoos .....	( )	( )	( )
d Problemas com a vista(descreva):.....	( )	( )	( )
e Irritações de pele/borbulhas ou outros problemas de pele.....	( )	( )	( )
f Dores de estômago ou cólicas .....	( )	( )	( )

	Falso	Às vezes Verdadeira	Muitas vezes verdadeira
	0	1	2
g Vômitos .....	( )	( )	( )
h Outros problemas (descreva):.....	( )	( )	( )
57 Agride fisicamente outras pessoas.....	( )	( )	( )
58 Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreva):.....	( )	( )	( )
59 Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público .....	( )	( )	( )
60 Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais. ....	( )	( )	( )
61 O seu trabalho escolar é fraco .....	( )	( )	( )
62 Tem fraca coordenação, é desajeitado(a)ou desastrado(a).....	( )	( )	( )
63 Prefere andar com crianças/jovens mais velhos.....	( )	( )	( )
64 Prefere andar com crianças/jovens mais novos .....	( )	( )	( )
65 Recusa-se a falar. ....	( )	( )	( )
66 Repete várias vezes e com insistência as mesmas acções ou gestos; tem compulsões (descreva):.....	( )	( )	( )
67 Foge de casa .....	( )	( )	( )
68 Grita muito.....	( )	( )	( )
69 É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo.....	( )	( )	( )
70 Vê coisas que não existem, que não estão presentes .....	( )	( )	( )
71 Mostra-se embaraçado(a) ou pouco-à-vontade.....	( )	( )	( )
72 Provoca fogos .....	( )	( )	( )
73 Tem problemas sexuais(descreva):.....	( )	( )	( )
74 Gosta de se “exibir” ou de fazer palhaçadas. ....	( )	( )	( )
75 É envergonhado(a) ou tímido(a). ....	( )	( )	( )
76 Dorme menos que a maior parte das crianças .....	( )	( )	( )
77 Dorme mais do que a maior parte das crianças, durante o dia e/ou durante a noite(descreva):.....	( )	( )	( )
78 Suja-se ou brinca com as fezes .....	( )	( )	( )
79 Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras .....	( )	( )	( )
80 Fica de olhar fixo e vazio .....	( )	( )	( )
81 Rouba coisas em casa .....	( )	( )	( )
82 Rouba coisas fora de casa. ....	( )	( )	( )
83 Acumula coisas de que não necessita (descreva): .....	( )	( )	( )
84 Tem comportamentos estranhos (descreva):.....	( )	( )	( )
85 Tem ideias estranhas (descreva):.....	( )	( )	( )
86 É teimoso(a), mal humorado(a) ou irritável. ....	( )	( )	( )
87 Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos.....	( )	( )	( )
88 Amua muito.....	( )	( )	( )
89 É desconfiado(a). ....	( )	( )	( )
90 Diz palavrões ou usa linguagem obscena .....	( )	( )	( )

	Falso	Às vezes Verdadeira	Muitas vezes verdadeira
	0	1	2
91 Fala em matar-se.....	( )	( )	( )
92 Fala ou anda durante o sono (descreva):.....	( )	( )	( )
93 Fala demasiado .....	( )	( )	( )
94 Arreliá muito os outros .....	( )	( )	( )
95 Tem birras, temperamento exaltado.....	( )	( )	( )
96 Pensa demasiado em sexo.....	( )	( )	( )
97 Ameaça as pessoas.....	( )	( )	( )
98 Chupa no dedo .....	( )	( )	( )
99 Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio .....	( )	( )	( )
100 Tem dificuldades em dormir(descreva):.....	( )	( )	( )
101 Falta à escola sem razão (por “vadiagem”).....	( )	( )	( )
102 É pouco activo(a), vagaroso(a), tem falta de energia.....	( )	( )	( )
103 Infeliz, triste ou deprimido(a) .....	( )	( )	( )
104 É invulgarmente barulhento(a) .....	( )	( )	( )
105 Consome álcool ou drogas (descreva):.....	( )	( )	( )
106 Comete actos de vandalismo .....	( )	( )	( )
107 Urina-se durante o dia .....	( )	( )	( )
108 Urina na cama .....	( )	( )	( )
109 Choraminga.....	( )	( )	( )
110 Gostaria de ser do sexo oposto.....	( )	( )	( )
111 Isola-se, não se mistura nem estabelece relações com os outros .....	( )	( )	( )
112 É preocupado(a).....	( )	( )	( )
113 Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham ainda sido referidos: .....	( )	( )	( )
_____	( )	( )	( )

Verifique, por favor, se respondeu a todas as questões.

**Sublinhe as que o(a) preocupam de um modo particular.**

**CHQ**

## QUESTIONÁRIO 5

### SECÇÃO 1: A SAÚDE GLOBAL DO SEU FILHO

1.1. De um modo geral diria que a saúde do seu filho é

- Excelente       Muito Boa       Boa       Razoável       Má

### SECÇÃO 2: AS ACTIVIDADES FÍSICAS DO SEU FILHO

As perguntas seguintes são sobre as actividades físicas que o seu filho pode fazer durante o dia.

2.1. Durante os últimos 6 meses o seu filho esteve limitado em alguma das seguintes actividades devido a problemas de saúde?

	Sim muito limitado	Sim algo limitado	Sim pouco limitado	Não nada limitado
a. Fazer coisas que requerem muita energia, como jogar futebol ou correr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fazer coisas que requerem alguma energia, como andar de bicicleta ou de patins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Capacidade (física) para passear na vizinhança, parque infantil ou no pátio da escola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Andar um quarteirão ou subir um lanço de escadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dobrar-se, levantar-se ou debruçar-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cuidar de si próprio, ou seja, alimentar-se, vestir-se, lavar-se e ir à sanita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SECÇÃO 3: AS ACTIVIDADES DIÁRIAS DO SEU FILHO

3.1. Durante os últimos 6 meses os trabalhos escolares do seu filho ou as suas actividades com amigos foram de alguma das seguintes formas limitadas devido a dificuldades EMOCIONAIS ou problemas com o seu COMPORTAMENTO?

	Sim muito limitado	Sim algo limitado	Sim pouco limitado	Não nada limitado
a. Limitado no TIPO de trabalhos escolares ou actividades com amigos que podia fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Limitado na QUANTIDADE de tempo que podia despende em trabalhos escolares ou actividades com amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Limitado na EXECUÇÃO de trabalhos escolares ou actividades com amigos (estas actividades exigem-lhe esforço suplementar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.2.** Durante os últimos 6 meses os trabalhos escolares ou actividades com amigos do seu filho foram de alguma das seguintes formas limitados devido a problemas com a sua saúde física?

	Sim muito limitado	Sim algo limitado	Sim pouco limitado	Não nada limitado
a. Limitado no TIPO de trabalhos escolares ou actividades com amigos que podia fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Limitado na QUANTIDADE de tempo que podia despendar em trabalhos escolares ou actividades com amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SECÇÃO 4: DOR

**4.1.** Durante os últimos 6 meses quanta dor corporal ou desconforto o seu filho sentiu?

Nenhuma     
 Muito ligeira     
 Ligeira     
 Moderada     
 Grave     
 Muito grave

**4.2.** Durante os últimos 6 meses com que frequência é que o seu filho teve dor corporal ou desconforto?

Nenhuma     
 Uma ou duas vezes     
 Algumas vezes     
 Com alguma frequência     
 Com muita frequência     
 Todos/Quase todos os dias

### SECÇÃO 5: COMPORTAMENTO

Abaixo está uma lista de afirmações que descrevem comportamentos ou problemas que os jovens podem por vezes ter.

**5.1.** Com que frequência durante os últimos 6 meses cada uma das seguintes afirmação se aplicam ao seu filho?

	Muitas vezes	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
a. Discutiu muito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Teve dificuldade de concentração ou atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mentiu ou fez batota.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Roubou coisas dentro ou fora de casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Teve acessos de fúria ou “mau génio”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5.2.** Comparado com outras crianças da mesma idade, em geral diria que o seu comportamento é:

Excelente     
 Muito Bom     
 Bom     
 Razoável     
 Mau

## SECÇÃO 6: BEM-ESTAR

As frases que se seguem dizem respeito à disposição/estado de espírito do seu filho.

6.1. Durante os últimos 6 meses, quanto tempo é que o seu filho:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Sentiu vontade de chorar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se sentiu solitário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Esteve nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Esteve aborrecido ou contrariado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Esteve alegre/animado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECÇÃO 7: AUTO-ESTIMA

As questões seguintes dizem respeito à satisfação do seu filho consigo próprio, com a escola e com os outros. Poderá ser útil ter presente o que outras crianças da idade do seu filho sentem sobre os mesmos assuntos.

7.1. Durante os últimos 6 meses, qual foi o grau de satisfação que pensa que o seu filho sentiu sobre:

	Muito satisfeito	Algo satisfeito	Nem satisfeito, Nem insatisfeito	Algo insatisfeito	Muito insatisfeito
a. A sua capacidade escolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. A sua capacidade atlética?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. As suas amizades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. A sua aparência física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. As suas relações familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. A sua vida em geral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECÇÃO 8: A SAÚDE DO SEU FILHO

As questões seguintes são sobre a saúde do seu filho.

8.1. Até que ponto é verdadeira cada afirmação, relativamente ao seu filho:

	Totalmente verdade	Na maioria verdade	Não sei	Na maioria falsa	Totalmente falsa
a. O meu filho parece ser menos saudável que outras crianças que conheço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. O meu filho nunca esteve gravemente doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Quando há alguma doença contagiosa, o meu filho geralmente apanha-a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Eu tenho esperança que o meu filho venha a ter uma vida muito saudável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Eu preocupo-me mais com a saúde do meu filho do que as outras pessoas que se preocupam com a saúde dos seus filhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8.2. Comparado com o que se passava há um ano, como classificaria a saúde do seu filho agora?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muito melhor que há 1 ano	Algo melhor agora que há 1 ano	Igual a há 1 ano	Algo pior agora que há 1 ano	Muito pior agora que há 1 ano

### SECÇÃO 9: VOCÊ E A SUA FAMÍLIA

9.1. Durante os últimos 6 meses, QUANTA preocupação ou aborrecimento lhe provocaram cada um dos seguintes aspectos?

	Nenhuma	Pouca	Alguma	Bastante	Muita
a. A saúde física do seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. O bem-estar emocional ou o comportamento do seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. A atenção ou a capacidade de aprendizagem do seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.2. Durante os últimos 6 meses, esteve LIMITADO na quantidade de tempo que teve para AS SUAS próprias necessidades, devido a:

	Sim, Muito Limitado	Sim, Algo Limitado	Sim, Pouco Limitado	Não, Nada Limitado
a. A saúde física do seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. O bem-estar emocional ou o comportamento do seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. A atenção ou a capacidade de aprendizagem do seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.3. Durante os últimos 6 meses, com que frequência é que o comportamento ou a saúde do seu filho?

	Com muita frequência	Com frequência	Às vezes	Quase nunca	Nunca
a. Limitou o tipo de actividades que podiam fazer em família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Interrompeu várias actividades diárias da família (refeições; ver televisão)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Limitou a vossa capacidade como família de sair de casa à ultima da hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Causou tensões ou conflitos no lar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Foi fonte de desacordo ou discussões na sua família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Levou a cancelar ou alterar os planos (pessoais ou de trabalho) à última da hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.4. Por vezes as famílias têm dificuldade em chegar a um acordo. Nem sempre concordam com os mesmos pontos de vista e podem-se zangar. Em geral, como classificaria a capacidade da sua família em entender-se?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Má

**ANEXO V**  
**QUESTIONÁRIOS APLICADOS ÀS CRIANÇAS**

**CBAPS**

---

---

## QUESTIONÁRIO 1

---

---

Nas páginas seguintes encontram-se **afirmações sobre filhos e pais separados**. Algumas afirmações representam o que pensas e sentes e nesse caso deves colocar uma cruz no quadrado do **Sim**. Outras não representam o que pensas e sentes, pelo que deves assinalar uma cruz no quadrado do **Não**.

Lembra-te que não há respostas certas nem erradas. As tuas respostas permitirão conhecer algumas das coisas que tu pensas acerca da separação dos teus pais.

1. Sentir-me-ia incomodado/a se as outras crianças fizessem muitas perguntas sobre os meus pais	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
2. Normalmente era culpa do meu pai quando os meus pais brigavam	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
3. Às vezes preocupa-me que os meus pais possam querer viver sem mim	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
4. Quando a minha família estava infeliz era normalmente por causa da minha mãe	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
5. Os meus pais viverão sempre separados	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
6. Os meus pais discutem muitas vezes entre si depois de eu me portar mal	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
7. Eu gosto tanto de falar com os meus amigos agora como falava antes	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
8. O meu pai normalmente é uma pessoa boa	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
9. É possível que os meus pais nunca mais me queiram ver	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
10. A minha mãe normalmente é uma pessoa boa	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
11. Se eu me comportar melhor poderei ter a minha família de novo junta	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
12. Os meus pais estariam mais contentes se eu não tivesse nascido	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
13. Eu gosto tanto de brincar com os meus amigos agora como antes da separação	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
14. Quando a minha família estava infeliz normalmente era por causa de algo que o meu pai tinha dito ou feito	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>

15. Por vezes preocupo-me que seja deixado sozinho/a	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
16. Muitas vezes passo maus momentos quando estou com a minha mãe	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
17. A minha família continuará a fazer coisas em conjunto tal como fazia antes da separação	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
18. Provavelmente os meus pais discutem mais quando eu estou com eles do que quando estão sozinhos	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
19. Eu preferiria estar só do que brincar com outras crianças	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
20. O meu pai provocou a maior parte dos problemas na minha família	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
21. Eu sinto que os meus pais ainda me amam	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
22. A minha mãe causou a maior parte dos problemas na minha família	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
23. Os meus pais verão que cometeram um erro e voltarão a juntar-se	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
24. Os meus pais são mais felizes quando estou com eles do que quando eu não estou	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
25. Os meus amigos e eu fazemos muitas coisas juntos	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
26. Há muitas coisas que gosto no meu pai	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
27. Às vezes penso que um dia terei que ir viver com um amigo ou familiar	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
28. A minha mãe é mais boa do que má	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
29. Às vezes, penso que os meus pais voltarão a viver juntos um dia	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
30. Eu posso fazer com que os meus pais se sintam infelizes um com o outro, através do que digo ou faço	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
31. Os meus amigos compreendem como eu me sinto em relação aos meus pais	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
32. O meu pai é mais bom do que mau	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
33. Eu sinto que os meus pais continuam a gostar de mim	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
34. Há muitas coisas que gosto na minha mãe	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
35. Às vezes penso que quando os meus pais perceberem quanto os quero, voltarão a viver juntos.	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>
36. Senão fosse eu os meus pais continuariam a viver juntos	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input type="checkbox"/>

**CDI**

---

---

## QUESTIONÁRIO 2

---

---

As crianças e os adolescentes pensam e sentem de maneira diferente uns dos outros.

Tens aqui uma lista de sentimentos e ideias por grupos. Para cada grupo de três frases escolhe a que **melhor** te descreve nas **últimas duas semanas**. Depois de escolheres uma frase de um grupo passa para o seguinte.

Não há respostas certas ou erradas. Escolhe só a frase, a maneira como te tens sentido ultimamente. Põe uma cruz  na tua resposta.

Tens em baixo um exemplo para aprenderes a responder a estas frases. Põe uma cruz junto à frase que melhor te descreve.

Exemplo:

<input type="checkbox"/>	Leio livros muitas vezes
<input type="checkbox"/>	Leio livros de vez em quando
<input type="checkbox"/>	Nunca leio livros

Vamos agora ver os outros grupos de frases.

Lembra-te: Escolhe em cada grupo a frase que te descreve melhor nas últimas duas semanas

1

Estou triste de vez em quando

Estou triste muitas vezes

Estou triste o tempo todo

2

Nunca nada me vai correr bem

Não tenho a certeza que as coisas me venham a correr bem

As coisas vão-me correr bem

3

Faço quase tudo bem

Faço muitas coisas mal

Faço tudo mal

4

Divirto-me com muitas coisas

Divirto-me com algumas coisas

Nada é divertido para mim

5

Sou sempre mau (má)

Sou mau (má) muitas vezes

Sou mau (má) de vez em quando

6

De vez em quando penso nalguma coisa má que me possa acontecer

Tenho receio que me aconteçam coisas más

Tenho a certeza que me vão acontecer coisas horríveis

7

Eu detesto-me

Eu não gosto de mim

Gosto de mim

8

Sou culpado(a) de tudo o que acontece de mau

Muitas coisas más acontecem por minha causa

As coisas más não costumam ser culpa minha

9

Não penso em matar-me

Penso às vezes em matar-me

Quero matar-me

10

Tenho vontade de chorar todos os dias

Tenho vontade de chorar muitas vezes

De vez em quando tenho vontade de chorar

11

Tudo me aborrece imenso

Aborreço-me muitas vezes

Aborreço-me de vez em quando

12

Gosto de estar com pessoas

Não gosto muitas vezes de estar com pessoas

Nunca quero estar acompanhado com pessoas

13

Nunca consigo tomar decisões

Para mim é difícil tomar decisões

Tomo decisões com facilidade

14

Gosto do meu aspecto

Há algumas coisas do meu aspecto que não gosto muito

Sou feio(a)



**Lembra-te, descreve como te tens sentido nas ultimas duas semanas.**

15

Tenho sempre que me esforçar muito para fazer os meus trabalhos da escola

Muitas vezes tenho que me esforçar para fazer os trabalhos da escola

Não é difícil fazer o trabalho da escola

22

Tenho muitos amigos(as)

Tenho muitos amigos(as) mas gostava de ter mais

Não tenho amigos(as)

16

Durmo mal todas as noites

Muitas noites durmo mal

Durmo sempre muito bem

23

Os meus resultados escolares são bons

Os meus resultados escolares já foram melhores

Estou muito mau em disciplinas em que dantes era bom

17

Sinto-me cansado(a) de vez em quando

Sinto-me cansado(a) muitas vezes

Sinto-me sempre cansado(a)

24

Nunca vou conseguir ser tão bom(boa) como os(as) outros(as)

Se eu quiser poderei ser tão bom(boa) como os(as) outros(as)

Consigo ser tão bom(boa) como os(as) outros(as)

18

A maioria dos dias não me apetece comer

Há muitos dias em que não me apetece comer

Como sempre bem

25

Ninguém gosta mesmo de mim

Não tenho a certeza se há alguém que goste de mim

Tenho a certeza de que alguém gosta de mim

19

Não me preocupo com a minha saúde

Preocupo-me muito com a minha saúde

Ando sempre preocupado com a minha saúde

26

Costumo fazer o que me mandam

Muitas vezes não faço o que me mandam

Nunca faço o que me mandam

20

Não me sinto só

Sinto-me só muitas vezes

Sinto-me só sempre

27

Dou-me bem com os(as) outros(as)

Ando muitas vezes em brigas

Ando sempre metido(a) em brigas

21

Nunca me divirto na escola

Divirto-me na escola de vez em quando

Divirto-me muitas vezes na escola

**STAIC c-2**

---

---

### QUESTIONÁRIO 3

---

---

**INSTRUÇÕES:** Nas linhas de baixo estão algumas frases que rapazes e raparigas usam para se descrever. Lê cada uma com atenção e assinala com uma cruz (X) no espaço (\_\_\_) que melhor te descreve. Deves assinalar a resposta que melhor descreve como te sentes habitualmente, na maioria dos dias.

	Nunca	Às vezes	Muitas vezes
1. Preocupa-me cometer erros.....	(___)	(___)	(___)
2. Tenho vontade de chorar.....	(___)	(___)	(___)
3. Sinto-me infeliz.....	(___)	(___)	(___)
4. Tomo decisões com facilidade.....	(___)	(___)	(___)
5. É fácil enfrentar os meus problemas.....	(___)	(___)	(___)
6. Aflijo-me muito.....	(___)	(___)	(___)
7. Fico em casa aborrecido(a).....	(___)	(___)	(___)
8. Sou envergonhado(a).....	(___)	(___)	(___)
9. Sinto-me confuso(a).....	(___)	(___)	(___)
10. Preocupo-me com coisas pouco importantes...	(___)	(___)	(___)
11. Preocupo-me com a escola.....	(___)	(___)	(___)
12. Tenho dificuldade em decidir o que fazer.....	(___)	(___)	(___)
13. O meu coração bate muito depressa.....	(___)	(___)	(___)
14. Tenho medos que não conto a ninguém.....	(___)	(___)	(___)
15. Preocupo-me com os meus pais.....	(___)	(___)	(___)
16. As minhas mãos ficam suadas.....	(___)	(___)	(___)
17. Preocupo-me com o que possa acontecer.....	(___)	(___)	(___)
18. Custa-me adormecer à noite.....	(___)	(___)	(___)
19. Tenho sensações estranhas no estômago.....	(___)	(___)	(___)
20. Preocupa-me o que os outros pensam de mim	(___)	(___)	(___)

**CPIC**

## QUESTIONÁRIO 4

Em todas as famílias existem momentos em que os pais não se dão bem. Quando os pais discutem ou discordam, os filhos podem sentir várias coisas. **Indica o que pensavas ou sentias** quando os teus pais discutiam ou não estavam de acordo, colocando uma cruz (X) no quadrado antes da palavra que indica se a afirmação é **Verdadeira**, **Às vezes Verdadeira**, ou **Falsa**.

Para responderes a estas perguntas pensa nos tempos em que os teus pais viviam juntos e tinham desentendimentos.

	Verdadeira	Às Vezes Verdadeira	Falsa
1. Quando os meus pais tinham uma discussão normalmente resolviam o assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quando os meus pais discutiam eu acabava por ser envolvido na discussão de alguma maneira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os meus pais ficavam furiosos quando discutiam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu sentia-me assustado/a quando os meus pais discutiam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu sentia-me apanhado/a no meio da discussão dos meus pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mesmo depois de pararem de discutir os meus pais ficavam zangados um com o outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quando os meus pais discutiam eu tentava fazer algo para eles pararem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quando os meus pais tinham um desentendimento discutiam o assunto calmamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quando os meus pais discutiam eu preocupava-me com o que me poderia acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando os meus pais tinham um desentendimento eu não sentia que tinha que optar por um deles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Quando os meus pais discordavam acerca de alguma coisa normalmente conseguiam encontrar uma solução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando os meus pais tinham uma discussão diziam coisas más um ao outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quando os meus pais discutiam eu tinha medo que algo mau pudesse acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A minha mãe queria que eu estivesse do lado dela quando ela e o meu pai discutiam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quando os meus pais discutiam normalmente faziam as pazes imediatamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu não era envolvido na discussão quando os meus pais tinham um desentendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Quando os meus pais discutiam gritavam um com o outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quando os meus pais discutiam preocupava-me que um deles pudesse ser magado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Quando os meus pais discutiam eu sentia-me como se tivesse que ficar do lado de um deles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Os meus pais quase nunca gritavam quando tinham uma discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Os meus pais partiram ou atiraram coisas um ao outro durante uma discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Depois de os meus pais pararem de discutir ficavam amigos um do outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Quando os meus pais discutiam eu tinha medo que eles também gritassem comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. O meu pai queria que eu estivesse do lado dele quando ele e a minha mãe discutiam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Os meus pais já se empurraram um ao outro durante uma discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Quando os meus pais discutiam eu preocupava-me que eles se pudessem divorciar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Os meus pais continuavam a comportar-se duma forma agressiva depois de terem tido uma discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES PARA  
UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS DAI-R, CBAPS, CPIC**