

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E ACONSELHAMENTO

**VINCULAÇÃO E STRESSE NA ARTRITE REUMATÓIDE DO PONTO DE VISTA
PSICOSSOMÁTICO**

(Dissertação de mestrado em psicologia clínica e aconselhamento)

Adriana Filipa Macedo Silva – N° 20091130

ORIENTADOR: Professor Doutor António Mendes Pedro
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Fevereiro de 2012

Cavalo com Botas

*Meu menino pequenino,
Que do sonho nada sabe,
Nada diz,
Apenas sente que tudo é possível,
Mesmo ser feliz!
Com seus olhos cintilantes
E seu sorriso cristalino
Na sua inocência pediu
O seu sonho de menino!
“Eu quero um cavalo com botas
Que me leve pelas cidades,
Que existem na terra
E até a dos mares”
E o seu pensamento
Galopava e galopava
Ao som do sonho
Em que o meu menino acreditava.
- Acredita sempre nos teus sonhos
Meu pequenino,
E em outros sonhos
Que em teu pensamento se cruzarem,
Mesmo que te neguem
Ou simplesmente
No teu sonho desacreditarem

... porque um menino sonhador
fará de ti um homem livre!!!
(Adriana Silva)*

A conclusão deste estudo é devida, em grande parte, à colaboração de muitas pessoas que de alguma forma deram um contributo significativo para a sua realização.

Ao Prof. Doutor António Mendes Pedro por todo o apoio e interesse que demonstrou ao longo deste percurso e que tornou possível este trabalho, bem como pela transmissão de saberes ao longo da realização deste trabalho. Pela confiança em mim, pelo carinho e pela oportunidade que me deu em abraçar uma temática tão complexa e bonita como é a da vinculação.

À Prof. Doutora Célia Sales pela sua amizade, incentivo, motivação, pela paciência em esclarecer as minhas dúvidas e por acreditar em mim.

Ao Prof. Doutor José Paz pela paciência em esclarecer as minhas dúvidas, pela disponibilidade e pela confiança nas minhas capacidades.

Ao Hospital Curry Cabral, nomeadamente à Enfª Diretora Paula, ao Dr. Nuno Riso e à Drª Carla Noronha pela ajuda e possibilidade na realização deste estudo.

Ao Rui pela paciência, carinho, pelo seu amor e por ser o meu porto de abrigo.

Aos meus pais, à Ina, ao João, à D. Milu, Sr. Manuel e ao Tiago, por hoje e sempre, pelo sorriso e incentivo constante em nunca desistir.

Aos meus amigos, Cláudia, Jean, Patricia, Luís, Vera, Tó, Ana Paula e Marta pela ajuda e apoio, por acreditarem em mim e por entenderem a minha ausência ao longo deste período.

À minha equipa multidisciplinar do serviço de Medicina 2 do HCC pelo apoio e compreensão.

À Ana e ao Cipriano por me ajudarem a ver o mundo de forma mais otimista.

Ao Samuel, minha estrelinha que me guia em todos os momentos, minha inspiração.

Resumo

A presente investigação deseja ser um estudo sobre os afetos na artrite reumatóide. Dada a importância que as relações adquirem no desenvolvimento desta patologia, pretendemos avaliar a relação entre variáveis relacionais ao nível imunológico. A amostra é constituída por três grupos de 32 sujeitos cada, com idades compreendidas entre os 37 e os 60 anos. O grupo de estudo é constituído por pessoas com artrite reumatóide, o grupo clínico de controlo por sujeitos com hipertensão arterial e o segundo grupo de controlo por indivíduos saudáveis.

O trabalho consiste num estudo exploratório onde foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Vinculação no Adulto, Práticas Educativas Parentais, Questionário de vulnerabilidade ao Stresse e Escala de Bem-estar psicológico.

A análise quantitativa dos resultados foi efectuada com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17. As conclusões mostram que em relação ao grupo de estudo existe uma relação entre os níveis do anticorpo anti-CCP e o estilo de vinculação, nomeadamente a sobreproteção da mãe.

Os resultados são discutidos relevando a importância dos vínculos afectivos na artrite reumatóide. Este estudo permite-nos concluir que existem aspectos significativos na interação mente/corpo para o desencadear desta doença auto-imune.

Palavras-chave: artrite reumatóide, anticorpo anti-CCP, vinculação, vulnerabilidade ao stresse, psicossomática.

Abstract

This investigation pretends to be a study about the affections on arthritis rheumatoid. Given the importance that relationships acquire on this pathology development, we aim to evaluate the connection between relational variables at immunological level. The sample consists in three groups of 32 individuals each, aged 37 to 60. The study group consists of people with arthritis rheumatoid, the clinical control group by individuals with hypertension and the second control group by healthy individuals.

This work consists in the exploratory study on which were used the following instruments: Adult Attachment Scale, Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour, Stress Vulnerability Questionnaire and Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure. Using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 17, the results were quantitatively analyzed. The results allow us to conclude that, regarding the study group, there is a connection between the levels of anti-CCP antibodies and the attachment style, namely mother's overprotection.

The results discussion reveal the importance of the affective relationships in the arthritis rheumatoid. This study leads us to conclude for the existence of relevant issues in the interaction mind/body which are able to trigger this autoimmune disease.

Keywords – arthritis rheumatoid; anti-CCP antibody, attachment, stress vulnerability, psychosomatic.

Índice

Dedicatória.....	I
Agradecimentos.....	II
Resumo	III
Abstract.....	IV
Título.....	1
Introdução	2
Capítulo I – Fundamentação Teórica.....	6
1. Atrite Reumatóide	7
1.1 Etiologia.....	8
1.2 Fisiopatologia.....	10
1.3 Manifestações Clínicas.....	12
1.4 Diagnóstico.....	14
1.5 Tratamento e Prognóstico.....	15
1.6 Anticorpo Anti-CCP.....	16
2. Hipertensão arterial.....	19
2.1 Etiopatogenia.....	21
3. Origens da Teoria da Vinculação.....	22
3.1 Vinculação e Desenvolvimento.....	27
3.2 A Importância das Funções Parentais na Infância	33
4. Psicossomática.....	37

4.1 Psicossomática e Artrite Reumatoide.....	40
4.2 Psicossomática e Hipertensão arterial.....	47
4.3 Psiconeuroimunologia	50
Capítulo II – Definição e Organização do Estudo Exploratório.....	57
1. Definição do Estudo.....	58
1.1 Definição do Problema.....	58
1.2 Objetivos.....	60
1.3. Questões de Investigação.....	60
2. Metodologia.....	62
2.1 Tipo de Estudo	62
2.2 Amostra.....	62
2.3 Critérios de Constituição dos grupos.....	63
2.4 Caracterização da Amostra.....	64
2.5 Variáveis em Estudo.....	68
2.6 Instrumentos de Medida.....	69
2.6.1 Anticorpo anti-peptídeo cíclico citrulinado (anti-CCP).....	69
2.6.2 Escala de vinculação no adulto (EVA).....	70
2.6.3 Memórias de infância (EMBU)	71
2.6.4 Questionário de vulnerabilidade ao stresse.....	72
2.6.5 CORE-OM – Clinical outcome in routine evaluation – outcome measure.....	73
2.7 Colheita de Dados.....	73

2.8 Tratamentos Estatístico dos Dados.....	75
3. Resultados.....	76
3.1 Consistência Interna dos Instrumentos.....	76
3.2. Análise Descritiva dos Instrumentos.....	77
3.3 Comparação de Grupos com as Variáveis: Estilo de Vinculação, Práticas Educativas Parentais, Vulnerabilidade ao Stresse e Bem-estar Psicológico no Grupo com AR.....	79
3.4 Relação do Anticorpo Anti-CCP e Estilo de Vinculação, Práticas Educativas Parentais, Vulnerabilidade ao Stresse e Bem-estar Psicológico no Grupo com AR.....	80
3.5 Relação Entre Fatores Sociodemográfico e Estilo de Vinculação e Práticas Educativas Parentais.....	82
4. Discussão	84
4.1 Relação dos Estilos de Vinculação, Práticas Educativas Parentais, Vulnerabilidade ao Stresse e Bem-estar Psicológico com os Níveis do Anticorpo Anti-CCP.....	84
4.2. Comparação Entre os Grupos e os Estilos de Vinculação, as Práticas Educativas Parentais, a Vulnerabilidade ao Stresse e o Bem-estar Psicológico.....	87
4.2 Comparação de Fatores Sociodemográfico com o Estilo de Vinculação e Práticas Educativas Parentais.....	89
5. Conclusão.....	91

Referências Bibliográficas.....	93
Anexos.....	108

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características Gerais da Amostra.....	66
Tabela 2: Consistência Interna dos Instrumentos.....	76
Tabela 3: Caracterização do estilo de vinculação entre os grupos.....	77
Tabela 4: Vulnerabilidade ao stresse: descrição dos resultados para os grupos AR, HTA e saudável.....	77
Tabela 5: Bem-estar psicológico: descrição dos resultados para os grupos AR, HTA e saudável.....	78
Tabela 6: Práticas educativas parentais: descrição dos resultados para os grupos AR, HTA e saudável.....	78
Tabela 7: Correlação entre o estilo de vinculação e os níveis do anticorpo anti-CCP.....	80
Tabela 8: Estilos de Vinculação: descrição das médias entre as variáveis “com quem viveu” e “separação de pais/cuidadores”.....	82
Tabela 9: Práticas Educativas Parentais: descrição das médias entre as variáveis “com quem viveu” e “separação de pais/cuidadores”.....	82

**VINCULAÇÃO E STRESSE NA ARTRITE REUMATÓIDE DO PONTO DE VISTA
PSICOSSOMÁTICO**

Introdução

Nos últimos anos, com os progressos das ciências biomédicas, constata-se o aumento da esperança média de vida. Como consequência, as pessoas sobrevivem por mais tempo com determinadas patologias, nomeadamente nos países desenvolvidos onde existem cada vez mais pessoas com doenças crónicas (Rodin & Salovey, 1989). São consideradas doenças crónicas as patologias que se prolongam ao longo de toda a vida da pessoa, que determinam invalidez a vários níveis, são irreversíveis, necessitam de estratégias peculiares de reeducação. Assim, esta condição exige novas formas de viver e do cuidar, indispensabilidade de terapêutica para o seu controlo com manutenção de laços entre o paciente e o especialista de saúde (Giovannini, Bitti, Sarchielli & Speltini, 1986).

Poder-se-ia até perguntar por que razão atualmente há tantas patologias degenerativas, como é o caso da artrite reumatoide (AR) e da hipertensão arterial (HTA). A resposta a esta questão prende-se com o facto de se viver cada vez mais tempo (S. Cardoso, 2009). O Homem, devido à atmosfera social, passa a violar uma lei da natureza, que é viver após atingir a duração e obrigação de reproduzir, podendo isto ser entendido como uma vitória no âmbito da saúde (Cardoso, 2009). Apesar disto, o Homem quer viver muito mais e com melhor saúde (S. Cardoso, 2009).

As relações afetivas são um meio para o desenvolvimento de cada indivíduo e é através dessas relações de amor que ele evolui, crescendo de forma mais ou menos saudável consoante o contexto familiar, social e genético. A vinculação tem como propósito a explicação do desenvolvimento. Todo o ser humano precisa de alguém que cuide e é precisamente a forma, a força e a necessidade deste cuidar que cada um requer, que permite que se diferencie do outro em termos vinculativos. Costa (1994) descreve que os vínculos afetivos, no decorrer da vivência, estão sujeitos a alterações, logo desde o primeiro vínculo em bebé com o principal cuidador, onde há diferenciação e inclusão de imagens de si mesmo e dos outros que o rodeiam e com quem se relaciona de forma significativa.

Desde a psicanálise que a criança não é mais vista como um ser passivo, sem qualquer papel, passando então a ter a capacidade de estabelecer e ter uma participação ativa nos vínculos afetivos. Consequentemente, a teoria sobre a vinculação parte desta diferente abordagem (Moreira, 2004). Foi Bowlby que contribuiu decididamente para o entendimento do relacionamento entre mãe e filho e na formulação da sua teoria contribuíram várias áreas do

saber (etiologia, psicanálise, teoria geral dos sistemas, etc.) (Moreira, 2004). Assim, Bowlby teve todas as ferramentas para delinear um saber que explicasse a necessidade urgente dos laços de vinculação (Moreira, 2004).

A ideia que constitui o pilar da teoria da vinculação é que entre as várias experiências de vinculação, há uma com muito significado que é a relação estabelecida na infância e a aptidão para instituir relações afetivas quando adulto, ou seja, a qualidade das vivências com a figura vinculativa é importante para que a pessoa consiga sentir-se segura e confiante em si mesma e nos outros (Moreira, 2004). Desta forma, é aos olhos da teoria iniciada por Bowlby que se entende que o relacionamento vinculativo é uma pré-condição para as restantes relações humanas posteriores e que as irão influenciar (Bragança & Campos, 2010). Por conseguinte, os relacionamentos com significado poderão constituir fatores de risco ou de proteção, pois ou fomentam a sensação de segurança e autoestima dando contributo para o bem-estar global da pessoa ou levam à vivência de situações adversas com grande sofrimento inerente (Canavarro, 1999).

A vinculação tem uma expressão desenvolvimental. Por este motivo há a necessidade de alargar os estudos sobre a vinculação à idade adulta. Com a amplificação da investigação sobre vinculação surge um novo problema, que é a avaliação, dado que os processos de vinculação assumem várias modificações do tipo desenvolvimental (Moreira, 2004). As relações vinculativas são complexas, principalmente quando a avaliação é efetuada na idade adulta, pois assume-se que a consciência das diferenças qualitativas pode ser verificada em várias situações de vida (Moreira, 2004).

Ao ter presente a importância da família e dos pares no estilo de vinculação, da influência que o padrão de vinculação tem na vulnerabilidade ao stresse e no desenvolvimento de patologia, nomeadamente da artrite reumatóide (AR) e da hipertensão arterial (HTA), surge a ideia deste estudo. Pretende-se explorar de que forma o estilo de vinculação, as práticas educativas parentais, a vulnerabilidade ao stresse, a imunologia e o bem-estar psicológico estão presentes em pessoas com artrite reumatóide, hipertensão arterial e em indivíduos saudáveis. A pertinência deste estudo prende-se com o facto de ser uma problemática atual, na medida em que há uma maior tomada de consciência da sociedade relativamente à influência que as relações afetivas podem ter sobre a nossa saúde psíquica e física. Desta forma, procura-se avaliar a qualidade da vinculação dentro do quadro de pessoas com AR, HTA e pessoas saudáveis.

No decorrer do desenvolvimento deste trabalho, não foram encontrados estudos que relacionem a parte imunológica da AR com a vinculação. Por isto, este estudo oferece-nos algo de inovador, principalmente pela relação anticorpo anti-CCP com a vinculação.

O incentivo deste estudo foi reforçado ao longo da minha vida profissional, através de uma observação ativa e permanente, verificando que há constantemente falhas a nível dos processos de vinculação, quer parentais, quer com os pares, na idade adulta. Assim, através da tentativa de determinar os padrões de vinculação, práticas educativas parentais, vulnerabilidade ao stresse e bem-estar psicológico, este estudo pretende, em certa medida, proteger as pessoas com patologias na vulnerabilidade emocional face à doença. A AR, dentro das patologias reumáticas, é a que causa mais destruição, incapacidade e apresenta mais agressividade, tal como afirma J. Silva (2002).

Suportado por uma revisão rigorosa da literatura surgem algumas questões como: será que no grupo de pessoas com artrite reumatoide existe relação entre a imunologia e os vínculos afetivos e stresse? Será que existem diferenças significativas entre o grupo de pessoas com AR, com HTA e o grupo de indivíduos saudáveis quanto ao estilo vincutivo e stresse? E será que no grupo de pessoas que viveram com os pais na infância e que não vivenciaram separação existe uma vinculação mais segura?

Neste contexto e inserido no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, a presente investigação procura compreender de que forma todos os fatores observados se encontram presentes em pessoas com AR e pretende comparar este grupo com os utentes com HTA e indivíduos saudáveis.

Esta investigação abordará no Capítulo I os pressupostos teóricos relacionados com a artrite reumatoide, a hipertensão arterial, a vinculação e a Psicossomática. Do Capítulo II constarão: A definição do problema; o objetivo geral; as questões e hipóteses de investigação; a metodologia, a caracterização da amostra; os instrumentos de recolha de dados e o procedimento. Neste capítulo, será efetuada uma descrição metodológica no sentido de avaliação das estratégias de vinculação e da vulnerabilidade ao stresse. Para tal recorreu-se à Escala de Vinculação no Adulto, Práticas Educativas Parentais, Questionário de vulnerabilidade ao Stresse e Escala de Bem-estar psicológico.

Posteriormente, no Capítulo III são apresentados os resultados da análise de dados relativamente à consistência interna dos instrumentos e à análise descritiva dos instrumentos.

Seguidamente, far-se-á a comparação entre os grupos de AR, HTA e o grupo saudável, relativamente às variáveis em estudo. Posteriormente, serão expostos os resultados que correlacionam os níveis do anticorpo anti-CCP com as variáveis em estudo: estilo de vinculação, práticas educativas parentais, vulnerabilidade ao stresse e bem-estar psicológico. Finalmente, serão efetuadas correlações entre o estilo de vinculação, as práticas educativas parentais e alguns dados sociodemográficos.

Segue-se o Capítulo IV com a discussão dos resultados que será enaltecida com o enquadramento teórico. Finalmente, serão registadas no Capítulo V as conclusões, que serão uma reflexão sobre as hipóteses que direcionaram o nosso trabalho e uma abordagem às limitações a que este esteve sujeito. Perante os resultados iremos procurar destacar de que forma o nosso estudo contribuiu para compreender a problemática da doença psicossomática: a artrite reumatoide. É da mesma forma, nossa pretensão indicar indícios importantes para estudos futuros.

Capítulo I – Fundamentação Teórica

1. A Artrite Reumatoide

Artrite reumatoide foi a denominação dada por Sir Alfred Baring Garrod em 1859, como forma de descrição de uma patologia de carácter inflamatório e crónico das articulações periféricas (Weatherall, Ledinggham & Warrell, 1993). Atualmente define-se como uma patologia sistémica, crónica ou subaguda, que afeta sobretudo os processos articulares, com períodos de maior atividade e retrocessos (Weatherall, Ledinggham & Warrell, 1993). Concordante com esta definição está Laurindo (2008) que define AR como sendo uma doença do foro inflamatório crónico, com envolvimento sistémico, autoimune, cuja causa não é conhecida. Contudo, se o diagnóstico for efetuado antes dos 16 anos de idade, a patologia é designada de artrite reumatoide juvenil (Silva, Vannucci & Zerbini, 2003).

A AR é uma das doenças autoimunes com mais alta incidência a nível mundial (Graciela, 2001 citado por Dominguez, Lorenzo, Barbera, Hernandez, Torres, Nazabal, Camacho, Hernández, Ortiz, Morera & Padrón, 2006). Em Portugal, os estudos epidemiológicos sobre as patologias do foro reumático são escassos e os dados apresentados não são consensuais, assim não há um valor real para a prevalência e incidência (Fonseca, 2002). No entanto, calcula-se que seja menor que na América (Queiroz, 2002). O quadro da AR aumenta com a idade, com um valor de 2% no sexo masculino e 5% no sexo feminino depois dos 64 anos de idade (Weatherall, Ledinggham & Warrell, 1993). Num estudo efetuado por Queiroz (2002), em cada 5 utentes portadores de AR, quatro eram mulheres. Concordante com estes dados está Fonseca (2002) que afirma que em Portugal os estudos apontam para que 80% dos utentes com AR sejam mulheres. A faixa etária mais afetada situa-se entre os 40 e os 70 anos (Kumar, Abbas, Fausto & Aster, 2010), sendo que o ponto mais alto acontece entre os 35 e os 55 anos no sexo feminino e dos 40 a 60 anos no sexo masculino (Weatherall, Ledinggham & Warrell, 1993).

Como se pode constatar pelo acima descrito, os dados de prevalência variam consoante os locais do mundo. Por exemplo, numa população indígena do norte da América, a prevalência é de 5%, enquanto que outros países como a Nigéria, África do Sul e sudeste asiático apresentam os valores abaixo dos 0,3% (Silman & Pearson, 2002). Estes diferentes valores entre populações, segundo Silveira (2005), indicam que há diferenças a nível genético na patologia abordada. Investigações em África mostram que a patologia prevalece com índice mais alto nos africanos urbanos relativamente aos rurais, possivelmente devido à alimentação e outros fatores relacionados com o estilo vivencial urbano (Weatherall, Ledinggham & Warrell, 1993).

Dada a sua prevalência e a importância clínica, monetária e social que acarreta, sem dúvida que a AR é a patologia difundida mais relevante do tecido conectivo e uma das mais importantes patologias do foro reumático (Queiroz, 2002). Então, sendo a AR uma patologia com grande prevalência e gravidade, implica desde logo grandes consequências para a economia e a sociedade (Radu, 2010).

1.1 Etiologia

A AR por enquanto não apresenta um fator causal primário (Figueiredo, Soares, Cardoso, João & Dias, 2004). Aliás, a sua patogénese é multifatorial, concorrendo para a sua origem, de forma importante, os fatores genético e ambiental, contudo existem muitas evidências que apontam para uma causa autoimune (Kumar, Abbas, Fausto & Aster, 2010).

Na génese da AR existe a possibilidade do indivíduo estar predisposto geneticamente ao desenvolvimento da patologia, através da associação dos antígenos de histocompatibilidade de classe II, o HLA (antígeno leucocitário humano)-DR4 e DR-1. Contudo outros fatores de carácter hormonal e ambiental, como o fumo, também podem contribuir para o risco da patologia (Laurindo, 2007).

Weatherall, Ledingham e Warrell (1993) afirmam que existem duas possibilidades, experimentadas em animais, para explicar a etiologia:

(1) A primeira é que a doença poderá ser causada por organismos infecciosos, tais como vírus *Epstein-Barr*, *Proteus Mirabilis* e por *Parvovirus*, o que tem sido, de certa forma, comprovado com investigação numa parte dos utentes (Lundy, Sarkar, Tesmer & Fox, 2007; Weatherall, Ledingham & Warrell, 1993), todavia este facto não é ainda garantido (Figueiredo, Soares, Cardoso, João & Dias, 2004; Silveira, 2005). O vírus *Epstein-Barr* é apontado como um importante ativador das células B (Alspaugh, Jensen, Rabin & Tan, 1977).

(2) A segunda possibilidade é que a patologia é o reflexo de um sistema imunitário desorganizado, originando uma agressão autoimune dos tecidos que constituem o organismo (Weatherall, Ledingham & Warrell, 1993), ou seja alterações na própria tolerância do organismo em reatividade aos auto-antígenos a nível articular ou dano nos processos de controlo imunorregulador (Lipsky, 1994).

Lipsky (1994) afirma que as investigações efetuadas no âmbito familiar indicam que existe uma predisposição genética na AR. Cerca de 10% dos utentes apresentam um familiar de primeiro grau com patologia reumatoide e os gémeos monozigóticos estão no mínimo quatro vezes mais suscetíveis de desenvolverem AR que os gémeos dizigóticos (Lipsky, 1994). O componente genético que tem sido mais associado a esta condição está presente em moléculas HLA-DR (Brown & Wordsworth, 1998, citado por Dominguez, Lorenzo, Barbera, Hernandez, Torres, Nazabal, Camacho, Hernández, Ortiz, Morera & Padrón, 2006; Zanelli, Breedveld & Vries, 2000). Foi demonstrado que cerca de 70% dos utentes com AR possuem HLA-DR4, bem como sujeitos com este antígeno HLA têm 6 a 12 vezes mais probabilidade de desenvolver a patologia do que aqueles que são negativos a este fator (Weatherall, Ledinggham & Warrell, 1993). Apesar destes dados, alguns utentes que possuem a doença não apresentam estes genes que conferem suscetibilidade desta se desenvolver; por outro lado, existem pessoas que apresentam estes genes, mas nunca desenvolveram a doença, logo o mapa genético é importante, mas não é determinante (Zanelli, Breedveld & Vries, 2000).

Pode-se então continuar a afirmar que são vários os fatores de risco envolvidos na AR, tais como a genética, o meio ambiental e hormonal (Figueiredo, Soares, Cardoso, João & Dias, 2004; Silveira, 2005). Relativamente ao fator hormonal, em 2002, Silman e Pearson afirmam que utentes com AR apresentam níveis hormonais mais reduzidos, principalmente de testosterona, comparativamente a homens sem AR. Os mesmos autores defendem que as hormonas sexuais femininas reduzem o risco de aparecimento de AR, como acontece com o uso de anticoncecionais e gravidez (Silman & Pearson, 2002).

Também o ambiente é apontado como estando na génese da AR. O ambiente é o termo normalmente usado para descrever todos os fatores de risco para o desenvolvimento de patologias e que não são possíveis de ser explicados com base genética (Silman & Pearson, 2002). São considerados fatores ambientais para o desenvolvimento da AR as infeções, a dieta e o tabagismo (Silman & Pearson, 2002). Os Estudos demonstram que a incidência da doença diminuiu para cerca de metade desde a década de 70, relacionando este facto com a possível envolvência do ambiente como fator causal (Silman & Pearson, 2002).

Em suma, como a etiologia da AR não é conhecida, também não está clarificado o que leva a estes acontecimentos imunopatológicos disfuncionais.

1.2 Fisiopatologia

Os eventos que ocorrem na patogénese da AR podem ser separados em dois ramos: um que consiste em ativar a série linfocitária T e B com formação de anticorpos; outro que consiste em ativar grupos celulares dendríticos, macrófagos e fibroblastos, com consequente produção enzimática e outros elementos de carácter destrutivo das articulações (Vaz, 2002). O gatilho que origina esta complexidade patológica, ou seja, o antígeno interior ou exterior que suscita a sua atividade produz uma modificação interior autoimune que leva a série linfocitária a considerar determinados compostos do self como elementos estranhos com aptidão antigénica (Vaz, 2002).

Histologicamente acontece: Deslocação para o interior da articulação de um exsudado com células presentes nos tecidos inflamados como as células CD4+, T *helper*, B, plasmócitos e macrófagos; aumento da rede vascular por dilatação sanguínea e formação de novos vasos; aglomeração de tecido fibrinoso depositando-se sobre partes da membrana sinovial, resultando em flutuações na área da articulação; acumulação de neutrófilos no líquido existente na articulação bem como na membrana sinovial; processo osteoclástico aumentado no osso abaixo, facilitando a entrada do líquido sinovial no osso causando desgaste ósseo, formação de quistos e um processo osteoporótico; surge um tecido com características inflamatórias neoformado designado de *pannus* (Kumar, Abbas, Fausto & Aster, 2010). O *pannus* segundo Rego (2010) é um novo tecido formado através das células membranosas da sinóvia que existem num processo articular. Este recente composto tecidular aumenta sobre a cartilagem, reveste-a e liga-se intimamente a esta mesma sem que seja possível destacar (Rego, 2010). Kumar, Abbas, Fausto e Aster (2010) chamam a este processo anquilose fibrosa, pois o tecido ósseo oposto é unido podendo mesmo ossificar. Para além destas alterações, também ocorre degeneração da musculatura esquelética, perda das propriedades elásticas e de intensidade de contração dos tecidos tendinosos e ligamentares (Smeltzer & Bare, 1964/2005).

A influência da imunidade celular leva a que a AR seja uma patologia crónica, que se deve à atividade imunológica das células T, nomeadamente as células T auxiliaadoras e à ação ativadora de monócitos, macrófagos e mais células existentes na articulação com capacidade de produção de citocinas (Laurindo, 2007). No que concerne à influência dos linfócitos T auxiliaadores (CD4), estes reconhecem peptídeos antígenios através das células dendríticas no contexto do complexo maior de histocompatibilidade, normalmente mencionado como o acontecimento fundamental na transição de uma resposta não específica para uma específica, levando ao surgimento de uma

resposta que não é devidamente controlada e consequentemente ao carácter crónico desta patologia (Laurindo, 2007).

Na fase inicial da série imunológica, determinados grupos celulares APC (Antigen presenting cells) cativam os antigénios e posteriormente expõem-nos às células linfocitárias T helper CD24+ (glicoproteínas) (Vaz, 2002). Este contacto inicial é conseguido mediante a união do recetor linfocitário com o recetor membranal HLA-DR da APC (Vaz, 2002). Contudo, de forma a aumentar a eficácia desta junção, outros intervenientes com propriedades recetoras também entram nesta dinâmica, como por exemplo as CD80 e CD86 nas APC e as CD28 e CTL-4 nas células linfocitárias T CD4+ (Vaz, 2002).

Posteriormente a esta etapa, segue-se uma segunda que leva à atividade a série linfocitária B e consequentemente à formação de anticorpos (Vaz, 2002). Isto acontece devido à exposição dos linfócitos B a um tipo de linfócitos TCD4+ que são os T memória (Vaz, 2002). Em resultado deste processo ativador da série linfocitária B, estes modificam-se em plasmócitos com capacidade para a produção de anticorpos como o fator reumatoide (Vaz, 2002).

Em condições normais, há um ponto de estabilidade entre as citocinas do processo inflamatório tal como o fator de crescimento alfa (TNF), as interleucinas 1, 6, 15, 16, 17, 18, o interferon gamma e as anti-inflamatórias tal como as interleucinas 4, 11, 13 e antagonista da interleucina 1 (Arend, 2001). Na AR o que acontece é que se inicia um desequilíbrio com favorecimento das citocinas inflamatórias (Arend, 2001). Na abordagem inicial da apresentação do antigénio aos linfócitos TCD4+ produzem-se inúmeras citocinas e outros compostos que facilitam a propagação dos clones T e produzem elementos moleculares com propriedades adesivas que ajudam a passagem de células endoteliais dos glóbulos brancos do sangue para a sinóvia (Vaz, 2002). As citocinas têm a capacidade de atuar, seja diretamente ou indiretamente, sobre séries linfocitárias, polimorfonucleares, fibroblastos, condrócitos, osteoblastos e células do endotélio, levando a uma grande ação de reciprocidade de células no desenvolvimento da AR (Laurindo, 2007).

Em conclusão, o agente que origina a AR é ainda desconhecido. Há a consciência que um provável microrganismo desencadeie a patologia em utentes com predisposição genética e com um ambiente facilitador (Laurindo, 2007). A AR começaria com uma resposta do sistema imunitário a um antigénio desconhecido, ocorrendo durante todo o processo de doença relações

entre células e deposição localizada de citocinas e de fatores de crescimento numa doença com características de inflamação e cronicidade. Contudo, os processos específicos que conduzem à inflamação da membrana sinovial na margem da articulação e invasão óssea e cartilágnea são desconhecidos até ao momento (Weatherall, Ledinggham & Warrell, 1993).

1.3 Manifestações Clínicas

O desenvolvimento da AR é muito inconstante. O seu desenvolvimento poderá ocorrer como um acontecimento agudo, subagudo ou insidioso (Weatherall, Ledinggham & Warrell, 1993). Na maioria dos pacientes afetados, a patologia começa de forma subtil com sintomas discretos e inespecíficos (Kumar, Abbas, Fausto & Aster, 2010).

A destruição processual tem início na membrana sinovial, que apresenta edema, fica mais espessa e hiperplásica, deixando de ter um delineamento plano dando lugar à formação de vilosidades (Laurindo, 2007; Kumar, Abbas, Fausto & Aster, 2010).

A AR apresenta normalmente afetação de várias articulações simétricas na periferia (Weatherall, Ledinggham & Warrell, 1993). Inicia-se pelo aparecimento de sinais inflamatórios a nível das pequenas articulações, como metacarpofalângicas, articulação radiocárpica, joelhos e pés (Helito & Kauffman, 2007; Queiroz, 2002). As grandes articulações são afetadas com menor frequência, tal como a gleno-umeral, úmero-antebraquial e coxo-femoral (Weatherall, Ledinggham & Warrell, 1993). Classicamente, as extremidades das mãos têm a forma de fuso, ocorre um afastamento lateral cubital das extremidades digitais, hiperflexão do processo articular das primeiras falanges e hiperextensão das segundas; nos pés ocorre hiperextensão do processo articular das primeiras falanges e hiperflexão das segundas; os dedos polegares adquirem a forma de Z; ocorre afastamento das extremidades digitais pedonais em direção ao perónio e adquirem a forma de garra e finalmente subluxação dos processos articulares entre os metatarsos e falanges (Queiroz, 2002).

Para além das articulações acima mencionadas, também a coluna cervical é afetada em mais de 80% dos utentes com AR, contudo sem sintomatologia em muitos dos casos. Numa minoria dos pacientes o compromisso da cervical pode levar a lesão neurológica gravíssima ou mesmo morte (Weatherall, Ledinggham & Warrell, 1993).

Na fase ativa da doença, os processos articulares estão duros, sensíveis, temperatura aumentada localmente e com edema, as bainhas dos tendões da membrana sinovial são afetadas (Laurindo, 2007; Weatherall, Ledingham & Warrell, 1993). Para além destas alterações, normalmente os utentes manifestam um estado rígido logo de manhã que regride à medida que a pessoa se vai movimentando, contudo em estádios mais avançados esta rigidez pode manter-se permanentemente (Helito & Kauffman, 2007).

A artrite reumatoide como afeção inflamatória sistémica poderá atingir muitos tecidos extra-articulares tais como tecido cutâneo e muscular, veias e artérias, o coração e pulmões (Canhão, 2002; Kumar, Abbas, Fausto & Aster, 2010).

No que respeita a alterações na pele, os nódulos reumatoides são as mais comuns e estas ocorrem em 25% dos doentes afetados, normalmente os que apresentam formas mais graves (Klippel, Weyand, Crofford & Stone, 1934/2001; Kumar, Abbas, Fausto & Aster, 2010). Aparecem no tecido subcutâneo e normalmente não causam dor, têm alguma mobilidade (Klippel, Weyand, Crofford e Stone 1934/2001). As zonas mais predispostas à formação dos nódulos reumatoides são as que estão mais sujeitas a grandes forças como a face do rádio, olecrânio, occipital, lombar e sacrada (Kumar, Abbas, Fausto & Aster, 2010). Estes nódulos iniciam-se como zonas de envolvimento vascular no tecido cutâneo sujeito a forças exageradas, como na face posterior do antebraço (Weatherall, Ledingham & Warrell, 1993).

Outra alteração comum é a síndrome de Sjogren, que se caracteriza por diminuição das secreções lacrimais juntamente com secura das mucosas, representando também manifestações a nível sistémico da AR (Queiroz, 2002). Relativamente ao sistema respiratório, podem surgir nódulos reumatoides pulmonares e infeções respiratórias, todavia a afetação que mais surge é a pleurite com ou sem derrame (Queiroz, 2002) e com menor frequência surge a fibrose intersticial, a bronquite obstrutiva e bronquiolite (Weatherall, Ledingham & Warrell, 1993). Relativamente ao sistema cardíaco, a patologia mais frequente é a pericardite e no sistema nervoso periférico o síndrome do túnel cárpico é o dano mais habitual (Queiroz, 2002).

Apesar da deposição da proteína amiloide no sistema renal ser um prejuízo muito associado à AR, os danos renais que surgem com mais frequência estão interligados com a terapêutica medicamentosa (Queiroz, 2002). Esta terapêutica também pode lesionar o sistema digestivo, principalmente o estômago. Podem ocorrer inflamações gástricas, úlceras pépticas e lesões hemorrágicas (Queiroz, 2002).

A AR também tem influência sobre as células sanguíneas, podendo originar anemia, cuja origem é complexa e trombocitose que é indicador de inflamação (Queiroz, 2002). A síndrome de Felty pode também estar presente e comporta uma ligação entre a AR, o aumento do volume do baço e diminuição dos leucócitos (Weatherall, Ledingham & Warrell, 1993). A nível do sistema muscular ocorre com frequência atrofia dos músculos (Queiroz, 2002) e finalmente no sistema vascular, qualquer que seja o vaso sanguíneo, pode levar até a um estado necrótico extenso da parede causando graves afetações sistémicas da patologia (Weatherall, Ledingham & Warrell, 1993).

Pode concluir-se que a AR é uma patologia em que o seu curso se caracteriza principalmente por um comprometimento articular de forma peculiar concomitantemente com algias e inflamação local e consequentemente restrição do movimento articular, atrofia dos músculos, deslocamento incompleto de articulações e rutura de tendões (Canhão, 2002).

1.4 Diagnóstico

Diagnosticar a AR numa fase mais tardia é mais facilitado devido a uma série de deformações já presentes (Queiroz, 2002). Há suspeita que um indivíduo apresente a patologia se de manhã as extremidades dos membros superiores se apresentarem rígidas por mais de 30 minutos, apresentar disfunção articular da junção dos metatarsos e falanges dos segundos e terceiros dedos, das juntas falângicas das extremidades inferiores, edema em duas ou três articulações durante pelo menos 2 a 3 semanas, com algias ao movimento (Queiroz, 2002). Também se as disfunções articulares ocorrem nos dois hemisférios e com simetria, com surgimento de novas articulações afetadas sem as que as anteriores desapareçam, há uma forte suspeita de ser um caso de AR (Queiroz, 2002).

Segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia, utilizados também na prática clínica em Portugal, é necessário a manifestação de pelo menos 4 dos sete critérios apresentados: (1) gelificação pela manhã com duração superior a 1 hora; (2) artrite no mínimo em duas articulações com edema das partes moles ou derrame; (3) artrite das articulações das mãos (pelo menos uma); (4) artrite simétrica; (5) nódulos reumatóides; (6) fator reumatóide presente no soro; (7) alterações típicas nos raios X indicadores de AR (Dambro, 1997; Queiroz, 2002).

Existem dados a nível analítico que poderão ser indicadores da presença da AR, como a positividade do fator reumatoide no sangue, contudo este anticorpo não apresenta muita especificidade, uma vez que pode também ser positivo para muitas outras doenças e até em indivíduos normais (Helito & Kauffman, 2007). Recentemente identificou-se um anticorpo com uma grande especificidade para a AR – anticorpo anti-CCP (Helito & Kauffman, 2007). Estes dados analíticos tornar-se-ão importantes juntamente com os sinais e sintomas e com outros dados clínicos (Helito & Kauffman, 2007). Exames complementares de diagnóstico que possam ser relevantes como coadjuvantes do diagnóstico são os raios X e a ecografia, ainda que a tomografia computadorizada e a ressonância magnética sejam também utilizadas em algumas exceções (Helito & Kauffman, 2007).

1.5 Tratamento e Prognóstico

O tratamento inclui um regime medicamentoso, fisioterápico e eventualmente cirúrgico (Helito & Kauffman, 2007). Os indicadores mais prejudiciais de prognóstico são a idade abaixo dos 60 anos, ser mulher, sinais e sintomas sistémicos com afetações a níveis vasculares, valores da velocidade de sedimentação constantemente elevados, positivismo de fatores reumatóides e do antígeno de histocompatibilidade HLA-DR-B1 (Queiroz, 2002). Um estudo, em 1986, de Pincus e colaboradores, citado por Queiroz (2002), com 75 utentes com AR conclui que existe uma relação entre o número de articulações afetadas e a sobrevivência. Assim, utentes com mais de 30 articulações com lesão após cinco anos foi inferior a 50%, ao passo que utentes com mais de 20 articulações com lesão, a sobrevivência após o mesmo tempo foi acima dos 95%.

A presença de AR diminui o tempo médio de vida em 10-15 anos e nos casos com maior gravidade há uma sobrevivência a 5 anos (Queiroz, 2002). Nesse mesmo estudo, constatou-se que os utentes com um período escolar inferior a 12 anos apresentavam uma mortalidade maior do que aqueles com um período escolar superior a 12 anos.

A co-morbilidade pode aumentar devido aos efeitos da AR sobre o organismo, ou pode decorrer da terapêutica ingerida para controlo da mesma (Canhão, 2002). Pinctus e Callahan (1989) num estudo efetuado em 256 utentes com AR verificaram que a incidência de hipertensão arterial, alergias, úlcera péptica, bronquite crónica, enfarte agudo do miocárdio, diabetes, doença renal e neoplasias era superior 2,4 a 5,1 vezes que na população saudável. Os mesmos autores

concluem ainda que 80% dos doentes reumatoides apresentam pelo menos outra patologia em associação (Pinctus & Callahan, 1989).

Relativamente à afetividade e relacionamento social, Berkanovic e Hurwicz (1990) através da aplicação do Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS) concluíram que estas pessoas apresentam piores resultados no AIMS nas escalas que avaliam a afetividade e o relacionamento social.

1.6 Anticorpo Anti-CCP

Para a compreensão da forma de atuação do anticorpo anti-CCP considera-se importante ter presente a definição de alguns conceitos. Neste sentido a autoimunidade é uma reação imune contra autoantígenos, onde são incluídas as alergias e as respostas contra os próprios conteúdos tecidulares e celulares de uma pessoa (Kumar, Abbas, Fausto, & Aster, 2010). Os autoantígenos são substâncias elaboradas pelo organismo e que desencadeiam uma resposta imune adaptativa (Seeley, Stephens & Tate, 2003). Finalmente os autoanticorpos são anticorpos que reagem contra o tecido do hospedeiro (Haynes & Fauci, 1994).

Apesar da causa da AR não estar identificada, está comprovado que o sistema imunitário é responsável pelo carácter crónico e progressivo da doença (Lipsky, 1994). Está claro que a precocidade no tratamento da patologia em causa resulta num controlo mais satisfatório da mesma, assim as técnicas de laboratório que possam conduzir a um diagnóstico são imprescindíveis (Vossenaar & Van Venrooij, 2004).

Na AR existem auto-anticorpos que reconhecem como antígeno outros anticorpos, sendo esta disfunção a nível de laboratório a mais caracterizadora da AR. Exemplo disto é o fator reumatoide (FR) (Fuller, 2007). O FR é um anticorpo das classes Imunoglobulinas (Ig) M, IgG ou IgA contra a parte Fc da IgM, contudo apenas 60 a 75% dos utentes estão positivos para este auto-anticorpo, existindo alguma relação entre a sua positividade e a agressividade articular e extra-articular (Fuller, 2007). O FR pode estar presente em utentes com AR bem como em utentes saudáveis ou com outras doenças, ou seja não mostra especificidade para a AR (Fuller, 2007).

Hoje em dia, outros anticorpos têm vindo a ser investigados, como os peptídeos citrulinados cíclicos (CCP) que são identificados pelo organismo como antígenos (anti-CCP) (Laurindo,

2008). O CCP é um auto anticorpo que difere do FR pela sua grande especificidade, podendo este estar presente em até 90% dos pacientes com AR e até antes mesmo de haver sinais e sintomas clínicos (Fuller, 2007). Os utentes com AR têm cerca de quatro vezes probabilidade de ter positividade para o FR e 29,2 vezes mais para o anti-CCP (Silva, Matos, Lima, Lima, Gaspar, Braga & Carvalho, 2006).

Segundo Marceletti e Nakamura, (2003) o anticorpo anti-CCP apresenta uma sensibilidade entre 60 a 80% e uma especificidade de 98%. A identificação do anticorpo anti-CCP pode ser a ferramenta para o diagnóstico prematuro da AR e desta forma instituir terapia medicamentosa ou outra, antes de ocorrer danos articulares (Rodrigues, Bó & Teixeira, 2005).

Os anticorpos anti-CCP são produzidos no líquido sinovial do utente com AR (Reparon-Schuijt, Esch, Kooten, Schellekens, Jong, Venrooij, Breedveld, & Verweij, 2001). Quando há exposição de proteínas citrulinadas ao sistema autoimune, em determinadas condições facilitadoras (como ambiente adjuvante e a genética), como é o caso do líquido sinovial inflamado, poderá levar a uma resposta específica do sistema autoimune, levando à AR (Alarcon & Andrade, 2007).

Consoante diz a bibliografia, os anticorpos anti-CCP podem ser identificados até 14 anos antes da manifestação dos primeiros sinais de AR. Então, pode assumir-se que o indivíduo que apresente positividade para este anticorpo irá apresentar AR nalgum estágio da sua vida (Marceletti & Nakamura, 2003).

O anti-CCP apresenta grande valor prognóstico e diagnóstico devido à possibilidade de ser detetado precocemente. Assim, é tido como um indicador de prognóstico para maior severidade da doença, ou seja, níveis altos deste anticorpo são indicadores da gravidade da patologia (Schellekens, Visser, Joung, Hoogen, Hazes, Breedveld & Venrooij, 2000; Vossenaar & Venrooij, 2004). Contudo, para Alarcon e Andrade (2007), o valor do anticorpo anti-CCP poderá não ser capaz de prever a agressividade da patologia. As investigações que efetuam correlações entre o anticorpo e a severidade da patologia em questão são muito controversas e possivelmente, estes anticorpos sugerem o prognóstico em utentes com patologia artrítica recente.

Apesar da falta de consenso na literatura sobre os níveis do anticorpo anti-CCP na predição da gravidade da AR, este anticorpo passou a ter um papel de destaque no estudo fisiopatológico da AR (Alarcon & Andrade, 2007). Também Poser e Oravec (2004) concordam que embora não

sejam consensuais os diversos estudos, alguns investigadores sugerem que a positividade do anticorpo anti-CCP tem implicações a nível do prognóstico, fazendo distinção entre utentes com má evolução clínica antevendo patologia erosiva.

2. Hipertensão Arterial

A pressão arterial é o resultado da multiplicação do débito cardíaco com a resistência periférica (Smeltzer, & Bare, 1964/2005), e é medida de forma indireta pelo colapso da artéria do exterior para o interior da braçadeira insuflada, o valor sistólico ocorre quando a artéria que está sob colapso abre e o fluxo sanguíneo flui (Santiago, Rosendo, Simões, Santos, Constantino, Miranda, Matias, Neto & Francisco, 2010).

A HTA é a patologia crónica mais corrente nos países desenvolvidos (Kronish, Woodward, Sergie, Ogedegbe, Falzon & Mann, 2011), com uma elevada prevalência em todo o mundo (Fields, Burt, Cutler, Hughes, Roccella & Sorlie, 2004). No entanto, a prevalência desta patologia é mais elevado nos indivíduos afro-americanos (Kumar, Abbas, Fausto, & Aster, 2010; Smeltzer & Bare, 1964/2005). Também a Direção Geral de Saúde (2004) afirma que a prevalência e a gravidade da HTA podem ser maiores em sujeitos de descendência africana relativamente aos leucodérmicos. Em Portugal, a doença atinge 25% a 30% dos adultos (Carrageta, 2008). Já segundo Ramalhinho (2006), a prevalência é de 42,1% e é superior no sexo masculino em todas as faixas etárias. Contrariamente a este último, Fernández-Abascal (2000) descreve que a HTA apresenta uma variação significativa em função da idade e do género. Até aos 45-50 anos a incidência é mais elevada no sexo masculino, enquanto que a partir dos 50 anos, a incidência da patologia é mais elevado no sexo feminino.

A tensão arterial está sob regulação de um conjunto de processos homeostáticos que nem sempre são totalmente conhecidos e entendidos e fazem parte destes processos os sistemas nervoso central e humoral (Coelho, 1990). O sistema cardíaco e vascular é autorregulador e através do coração difunde o sangue pelo seu grande sistema vascular que irá interagir com outros sistemas como o sistema nervoso, suprarrenal, renal e músculos esqueléticos (Coelho, 1990).

Quando a HTA não apresenta uma etiologia aparente, esta é denominada de Hipertensão Essencial, já os casos em que existe uma causa detetada são chamados de HTA secundária (Carrageta, 2008). Para o presente estudo farão parte apenas utentes com Hipertensão Arterial Essencial, definida como uma patologia fisiológica cuja etiologia não é conhecida, caracterizando-se por valores permanentemente elevados da TA em contextos basais (Coelho, 1990).

A pressão sanguínea no organismo necessita de estar dentro de valores normais, de forma a evitar danos orgânicos (Kumar, Abbas, Fausto & Aster, 2010). Uma pressão arterial diminuída, ou seja, hipotensão, conduz a uma deficiente irrigação dos tecidos podendo ocorrer disfunção ou morte tecidual, enquanto pressão arterial elevada conduz a lesão no vaso sanguíneo e nos órgãos (Kumar, Abbas, Fausto & Aster, 2010).

A HTA acontece quando há um aumento da força executada pelo sangue sobre o sistema cardíaco e vascular ou quando há um aumento da resistência periférica à passagem do sangue (Smeltzer & Bare, 1964/2005). Assim, considera-se hipertensão quando os valores sistólicos se situam acima dos 140 mmHg e os diastólicos maiores que 90 mmHg durante um determinado tempo baseado na média de duas ou mais medidas efetuadas por técnicos de saúde (Sixth Report of the Joint National Committee on the prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 1997). Quanto mais elevados forem os níveis de pressões sistólicas ou diastólicas, maior será a probabilidade de ocorrência de comorbilidade e mortalidade (Smeltzer & Bare, 1964/2005). Segundo a Direção Geral de Saúde (2004) o limiar da HTA deverá respeitar alguma flexibilidade, podendo apresentar níveis mais baixos ou mais elevados, consoante os traços de risco cardiovascular geral de cada sujeito.

A HTA pode ser encarada de várias formas: um indício ou um fator de risco para uma patologia como aterosclerose ou outra; um indicador de doença, pois através da monitorização da tensão arterial pode ser detetável uma hipertensão decorrente do uso de terapêutica vasoconstritora ou outros distúrbios; doença, pois a HTA contribui muito para a mortalidade devido a patologia cardíaca, renal e vascular periférica (Smeltzer, & Bare, 1964/2005). Quando é diagnosticada, a HTA torna-se uma condição para toda a vida (Smeltzer, & Bare, 1964/2005).

Para além de todas as alterações acima mencionadas, a continuidade da tensão arterial em valores elevados causa lesões em toda a rede vascular, nomeadamente a nível dos sistemas orgânicos como o coração, rins, encéfalo e olhos (Smeltzer, & Bare, 1964/2005). O enfarte agudo do miocárdio, angina do peito, hipertrofia ventricular esquerda, a insuficiência renal e cardíaca, os acidentes vasculares cerebrais e lesões a nível dos olhos são as patologias mais frequentes decorrentes de uma tensão arterial não controlada (Smeltzer & Bare, 1964/2005). Pode-se concluir que a HTA aumenta a ocorrência de riscos fatais ou não fatais.

Esta doença apresenta-se como o maior motivo de mortes e morbilidades com sérias consequências para a sociedade portuguesa (Direção Geral de Saúde, 2004). É mesmo

considerado o mais grave problema de saúde pública em Portugal (Carrageta, 2008; Conselho Clínico do ACES PIN, 2010). Até porque na fase inicial, a HTA não apresenta qualquer tipo de sintomatologia, é diagnosticada através da sua medição (Carrageta, 2008). Assim, quando há sinais e sintomas estes podem já compreender danos a nível dos vasos sanguíneos, sendo que as manifestações decorrem dos órgãos que são afetados pelas alterações vasculares (Smeltzer & Bare, 1964/2005).

2.1 Etiopatogenia

Ainda permanecem incógnitos os processos que resultam em tensão arterial elevada em grande parte dos utentes (Kumar, Abbas, Fausto, & Aster, 2010), embora sejam mais conhecidas as vias moleculares que mantêm a tensão arterial dentro de valores normais (Lifton, Gharavi & Geller, 2001). Também Smeltzer e Bare (1964/2005) afirmam que ainda não é possível saber com exatidão a causa para a HTA, contudo sabe-se que esta patologia tem múltiplos fatores na sua origem, como alterações genéticas. É sabido que para que a HTA ocorra deve haver modificações em um ou mais elementos que interferem na resistência periférica ou no débito cardíaco (Smeltzer & Bare, 1964/2005).

Segundo Carrageta (2008), em 95% dos sujeitos que apresentam a patologia, não é conhecida a sua etiologia, é chamada de hipertensão arterial essencial. O que faz com que não seja possível nem pertinente efetuar investigação para determinar a relação causal, exceto em casos especiais como utentes em que a doença resiste aos fármacos, os casos mais graves e em jovens.

A HTA secundária tem como causas conhecidas mencionadas pela Direção Geral de Saúde (2004): apneia do sono, indução por medicamentos, insuficiência renal crónica, hiperaldosteronismo primário, hipertensão renovascular, ingestão de corticosteroides, feocromocitoma, coartação da aorta, disfunção da tiroide e paratiroide.

Já algumas teorias relativas à fisiopatologia da HTA associam esta condição a múltiplos fatores, como hereditários e estilos de vida (Coelho, 1990; Smeltzer & Bare, 1964/2005).

3. Origens da Teoria da Vinculação

A vinculação parece ser essencial ao desenvolvimento equilibrado do ser humano. Esta é a primeira relação que se estabelece com alguém e perdura ao longo de toda uma vida. É através da qual a pessoa se torna capaz de organizar significados de si mesmo e do mundo do qual faz parte.

O termo vinculação deriva do latim *vinculum* e significa união duradoura, maneira de relacionamento entre elementos, que simultaneamente se encontram ligados e são indissociáveis, embora estejam bem demarcados entre eles (Zimerman, 2004). Vinculação para Bee (1996) é uma modificação no vínculo afetivo, onde se sente que é preciso a presença do outro, havendo assim um aumento do sentimento de segurança.

A teoria da vinculação emerge como a palavra-chave, em meados do século XX, nas áreas da psicopatologia e psicologia, resultando da separação prematura entre crianças e figuras parentais, e para a sua formulação contribuíram a psicanálise, etologia, ciências cognitivas, informática e cibernética (Guedeney & Guedeney, 2004). O fundador desta teoria, John Bowlby, aparece então como o autor mais criativo, mais rico e influente relativamente à primeira infância, da psicopatologia do século XX (Guedeney & Guedeney, 2004). John Bowlby, com o seu grande empenho na separação entre a criança e mãe e a sua conduta de crescimento, juntamente com Mary Ainsworth que introduziu o conceito de segurança (Canavarro, 1999).

É após a Segunda Guerra Mundial que ganham importância as problemáticas da perda e da separação na infância e as suas consequências no crescimento (Guedeney & Guedeney, 2004). A referida guerra não poupou os civis, inclusive mulheres e crianças e isto gerou uma grande apreensão dos resultados da separação prematura e no aparecimento da teoria da vinculação (Guedeney & Guedeney, 2004). No entanto, Guedeney e Guedeney (2004), descrevem que a problemática primária da vinculação já havia sido referida por alguns pioneiros, como por exemplo, Himre Herman que usou referências etológicas para compreender o desenvolvimento emocional. Então referiu-se aos primatas, sendo defensor da teoria que existe uma premência primária de agarrar; Ian Sutie, psiquiatra da Escócia, descreve também a expressão primária da vinculação entre a figura maternal e criança; Fairbairn, psicanalista de Inglaterra, o primeiríssimo a sugerir a desistência da teoria das pulsões, o que não deixou de exercer influência sobre Bowlby, (este último foi muito criticado por colocar em causa esta teoria e baseou-se na

cibernética, nas ciências cognitivas e na etologia); Balint que formulou a concepção de amor primário (Guedeney & Guedeney, 2004).

Bowlby foi repudiado e sofreu imensas críticas quando radicalmente descartou a teoria das pulsões, contudo, Mary Salter Ainsworth, psicóloga do Canadá, vai sustentar a teoria da vinculação de Bowlby e auxilia-o a responder às críticas sobre a teoria da vinculação propondo o conceito de base de segurança (Guedeney & Guedeney, 2004). Muitos estudos relacionados com as relações precoces foram efetuados e mais tarde a Sociedade Britânica de Psicanálise homenageia Bowlby e lamenta ter excluído a teoria da vinculação (Rayner, 1990, citado por Guedeney & Guedeney, 2004).

Após a guerra, Anna Freud referirá que será necessário uma relação vinculativa primária e premência em respeitá-la, maior até que defender as crianças dos bombardeamentos (Guedeney & Guedeney, 2004). Nos Estados Unidos da América, surge então uma preocupação pelas consequências da institucionalização, ou seja, da educabilidade das crianças nas instituições, afastadas das figuras parentais (Guedeney & Guedeney, 2004).

O caminho pessoal e profissional de Bowlby denota um peculiar gosto pela investigação da qualidade das relações afetivas familiares e pelo grande valor das situações prematuras de separação e perda no crescimento social e psicológico da criança (Vieira, 2008). Esta atenção pela qualidade relacional foi motivada pela sua experiência voluntária numa instituição de crianças e adolescentes com problemas, o que o leva à especialidade de psiquiatra infantil (Vieira, 2008). É após esta experiência e muito mais tarde após a segunda Guerra Mundial que Bowlby dá grande relevo à influência do ambiente no desenvolvimento do bebé (Soares, 2004).

Bowlby (1958) teve como pilar a etiologia, a psicanálise e a sua experiência profissional. Baseou-se nos estudos efetuados por Lorenz em 1935 e por Harlow, em contexto animal, tendo ficado ainda mais elucidado sobre a relevância de conceitos como a presença da mãe e laços estabelecidos (Soares, 2004).

Ainsworth (1969) também contribui para o desenvolvimento desta teoria através da observação em laboratório da relação mãe e bebé, chamou-lhe de “situação estranha” cujo objetivo era avaliar a vinculação em crianças. A mesma autora descreve laço afetivo como laço durável que leva a pessoa a sentir-se segura e que denota o quanto os pais são importantes e insubstituíveis.

Ainsworth em colaboração com Bowlby (1969) levaram a cabo descobertas da etiologia com consequências da carência da mãe e desenvolveram a teoria da vinculação. Estes entendem que as crianças nascem com uma tendência natural biológica para buscarem o contacto e estarem próximas da figura materna. A forma como a mãe lida e a forma de interagir com a criança revela de que maneira a vinculação acontece, sendo esta essencial para um harmonioso desenvolvimento (Lopo, 2002). Simultaneamente a vinculação evoca alterações fisiológicas que poderão levar ao início de patologia, embora, apesar dos muitos estudos existentes, não clarifiquem a forma como estas alterações ocorrem (Taylor, 1989, citado por Lopo, 2002).

É nos primeiros doze meses que a criança desenvolve uma relação singular com o principal cuidador, que lhe transmite segurança e proteção. Esta relação constrói-se com base num sistema interativo em que o bebé procura ser cuidado e a mãe que cuida e satisfaz os apelos do bebé (Bowlby, 1990). É aqui que esta mãe ou outra figura que cuida, se tornam a figura de vinculação para o bebé, tendo capacidade de o fazer sentir seguro e protegido quando este sente perigo, podendo assim explorar todo o mundo exterior.

Bowlby (1990) entende comportamento de vinculação como qualquer comportamento cuja finalidade é a criança estar próxima da figura de vinculação, consoante elementos situacionais referentes à criança, ao meio ambiente e ao comportamento da figura de vinculação. O mesmo autor, entende ainda que a vinculação tem bases biológicas que só poderão ser percebidas num contexto de desenvolvimento, ou seja, o bebé nasce com uma série de sistemas comportamentais para serem ativados (Bowlby, 1990). Segundo Siegel (2001) os vínculos afetivos desenvolvem-se através de circuitos neuronais e endócrinos. São ativados ainda numa fase da vida muito precoce dependendo de processos biológicos e de controlo comportamental (Bowlby, 1969). É tendo por base o tipo de relacionamento que se estabelece com as figuras de vinculação, que as crianças efetuam a organização da informação que as rodeia em modelos dinâmicos internos, que se baseiam na representação que têm de si mesmo, das figuras vinculativas e de tudo à sua volta (Bowlby, 1973).

Nos primeiros tempos de vida a vinculação é percebida através de atitudes, como por exemplo, choro ou sorriso direcionados para uma pessoa específica, normalmente a mãe (Moreira, 2004). A criança com défices vinculativos, tem uma alta probabilidade de apresentar dificuldades de relacionamento durante a sua vivência e consequentemente outras situações problemáticas (Moreira, 2004). Pelo contrário, uma criança que apresente uma vinculação mais

segura com as figuras parentais, apresentará um desenvolvimento mais adequado com vista à sua autonomia (Moreira, 2004).

O bebê não é capaz de conceber estruturas simbólicas mediante as interações nas quais também é participante, contudo tem a capacidade de interiorizar sequências de acontecimentos e assim moldar as suas atitudes tendo em conta as experiências anteriores (Bowlby, 1969).

Segundo Bowlby (1990), a pessoa constrói modelos internos dinâmicos sobre a figura vinculativa e mediante as aprendizagens experienciais, que começam nos primeiros doze meses e se reproduzem quase todos os dias na infância e adolescência. Assim sendo, os modelos que representam as figuras vinculativas são automatizados, podem ser usados de forma inconsciente (Bowlby, 1990). O mesmo autor afirma ainda que cada pessoa tem dois modelos internos dinâmicos, um relativo ao meio ambiente e outro relativo ao conhecimento de si próprio, incluindo aptidões e capacidades (Bowlby, 1990). Também Melo (2004) concorda que no decorrer do desenvolvimento, baseado nas experiências vinculativas, a criança elabora representações dinâmicas do que a envolve, ou seja, apresenta os seus modelos operantes internos que a acompanham durante toda a sua vivência (Melo, 2004).

A criança constrói ao longo do tempo modelos sobre a maneira como as figuras vinculativas procedem nos vários contextos e acerca desses modelos elabora expectativas, projetos para as suas atitudes futuras e mostra a influência que tem sobre o comportamento da figura vinculativa e sobre outros relacionamentos (Lopo, 2002). O regulamento externo efetuado pela mãe nos primeiros tempos de vida, irá assinalar definitivamente a autorregulação futura, denotando-se aqui a importância da excelência vinculativa (Lopo, 2002).

Entende-se ainda que da mesma forma que a mãe funciona como reguladora externa para as funções neurais e endócrinas da criança, este regulamento aplica-se ao sistema imunitário devido ao trabalho em comum destes sistemas, inclusive mediadores comuns (Lopo, 2002). Assim, quando a mãe mediante a regulação afetiva regula as modificações afetivas do bebê também organiza o funcionamento neuro-químico dessa modificação (Lopo, 2002). Desta forma, a elevação dos níveis hormonais de stresse e a diminuição das endorfinas presentes em acontecimentos stressantes é retrocedido quando a criança é cuidada de forma apaziguadora pela mãe, numa situação de vinculação estável (Lopo, 2002).

A passagem das proposições de Bowlby para o campo empírico é efetuado através das atividades desenvolvidas por Ainsworth e baseada nos estudos observacionais desta última, em

Uganda, em meio natural da relação mãe-bebê e mais tarde em laboratório (Vieira, 2008). Foi precisamente em Uganda e Baltimore que Mary Ainsworth, enquanto estudava a base de segurança, teve a ideia de avaliar a segurança da vinculação mediante um procedimento experimental – a situação estranha (Rabouam, 2004), que resulta da avaliação da interação mãe-bebê e apresenta-se como um ponto importante no desenvolvimento da teoria da vinculação.

A referida situação experimental consiste em observar a reação da criança durante sucessivas situações de separação e reunião da figura materna, permitindo categorizar em termos de padrões vinculativos: vinculação insegura-evitante (padrão A), vinculação segura (padrão B) e vinculação insegura-ambivalente (padrão C) (Rabouam, 2004). Na categoria B, em que as crianças exibem um padrão de vinculação seguro, denota-se uma satisfação delas por estarem na presença da mãe e conseguem efetuar exploração do meio; na categoria C, em que o estilo vinculativo é o inseguro, as crianças choram frequentemente, inclusivamente quando estão no colo das mães e não fazem exploração do ambiente; categoria A, caracterizada por um padrão de vinculação evitante, as crianças reagem de igual maneira à mãe e às outras pessoas (Ainsworth, 1978, citada por Guedeney & Guedeney, 2004).

Mais tarde, Main identificou um padrão atípico de comportamento vinculativo que esta designou de Inseguro-desorganizado e que se caracteriza por comportamentos contraditórios, expressões pouco completas ou indiretas (padrão D) (Main, 1985, citada por Rabouam, 2004). Ainsworth e outros investigadores conseguiram provar que o padrão vinculativo que se observava nos bebês se encontrava fortemente relacionado com a responsividade da figura materna a estes nos primeiros doze meses (Bowlby, 1988).

Bowlby (1988) descreveu vários tipos de comportamentos parentais com consequências negativas para o desenvolvimento da vinculação e da personalidade:

1. Não responsividade contínua e/ou rejeição e valorização negativa perante a atitude de vinculação do filho;
2. Cuidados parentais negligentes e imprevisíveis;
3. Ameaçar persistentemente de não gostar mais do filho, como forma de controlo;
4. Ameaçar abandonar a casa como forma de imposição sobre o filho ou o cônjuge;
5. Induzir culpa ao filho, responsabilizando-o pela doença ou morte parental;
6. A figura parental pressionar o filho para que se comporte como figura de vinculação, ou seja, inverter os papéis.

Qualquer um destes comportamentos por parte dos pais pode levar a criança a uma vinculação insegura, que se caracteriza por um estado de ansiedade contínuo para não perder a figura vinculativa ou por atitudes de evitamento, por medo de ser rejeitado pela figura de vinculação (Lopo, 2002).

Uma vinculação insegura-ansiosa ou evitante, pode resultar de vivências experienciais desagradáveis, destruidoras nos momentos em que o sistema de vinculação está ativo, contudo a figura vinculativa não visualiza as manifestações da criança ou não lhe dá respostas de forma adequada (Lopo, 2002). A criança não consegue atingir os seus objetivos imediatamente, confrontando-se com a receção repetida de mensagens subentendidas que não são compreendidas ou em que há a percepção que a sua comunicação não é relevante (Lopo, 2002).

3.1 Vinculação e Desenvolvimento

A vinculação não se restringe apenas à infância, mas a todo o decurso do desenvolvimento. É nesta continua interação que a pessoa confirma os seus modelos internos e adapta os seus relacionamentos. Sem dúvida que o início do desenvolvimento social é iniciado com a primeira relação vinculativa: o recém-nascido e o cuidador primário. Este laço vinculativo é tomado como a base para qualquer relação subsequente com outra pessoa (Almaça, 2009). Os recém-nascidos, logo à nascença, apresentam necessidades sociais. Há um impulso inato para tentar obter um contacto imediato com um adulto, que é normalmente a figura materna (Bowlby, 1973, citado por Gleitman, Fridlund & Reisberg, 1999). Para Bowlby é o medo do que não é conhecido que gera a vinculação, uma vez que a necessidade de se sentir seguro, confortável e amparado revelam-se mais importantes que a necessidade de alimentação (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 1999).

É neste sentido que Bowlby afirmou que as relações precoces são um protótipo para os relacionamentos posteriores e interferem também nas expectativas que cada pessoa apresenta de si próprio. Desta forma, influenciam as competências a nível social e o bem-estar durante toda a vivência (Collins & Read, 1990). Confirma-se que nos textos de Bowlby (1988) é notório o reconhecimento que a vinculação tem sobre toda a vida do Homem, porém ela centraliza-se na infância. Neste aspeto concorda com Ainsworth, quanto ao início do sistema de vinculação com as figuras parentais, principalmente a mãe.

Duquesnoy e Guedeney (2004) afirmam que as investigações para estabelecer uma relação entre doenças na idade adulta e os padrões de vinculação têm aumentado substancialmente nas últimas décadas. Segundo Bowlby, o padrão vincutivo tem uma função durante toda a vida (Duquesnoy & Guedeney, 2004). Bowlby estabelecia uma comparação entre a função do sistema de vinculação na área psiquiátrica ao imunológico na área médica, em que ambos exercem influência naquilo que possibilita a integridade e a segurança do sujeito e concorrem para muitas patologias (Bowlby, 1988). A função do sistema vincutivo na psicopatologia do adulto é entendido como um modelo de predisposição complementar dos outros que influenciam a vinculação (Duquesnoy & Guedeney, 2004).

O sistema vincutivo na psicopatologia do adulto é entendido como um esquema de vulnerabilidade ou resiliência que complementa outros esquemas e que afetam o esquema de vinculação principalmente na infância (Guedeney & Guedeney, 2004). Desta forma os indivíduos com padrão de vinculação seguro parecem estar mais resguardados mediante os seus modelos internos, a elementos que conduzem o indivíduo a uma maior vulnerabilidade no desenvolvimento de patologias.

O laço de vinculação tem uma direção do elemento mais fraco para o elemento que protege (Guedeney, 2004). As funções do laço de vinculação adulto não são parecidas às das crianças nem adolescentes, uma vez que os adultos têm uma independência que lhes possibilita sobreviver por si mesmo (Mintz, 2004). O ser humano quando nasce denota bastante imaturidade e grande necessidade de cuidados por parte dos pais para sobreviver, assim a vinculação entre dois adultos, um casal, tem como objetivo a permanência juntos o tempo suficiente para haver um cuidado excelente com o bebê e a satisfação de todas as necessidades educativas até ao início da idade adulta (Mintz, 2004). Por exemplo, os sujeitos que experienciam a separação dos laços vincutivos, como um divórcio ou viuvez, estatisticamente apresentam mais disfunções a nível psíquico, mais doenças físicas, acidentes, comportamentos aditivos que as restantes pessoas em geral. A continuação com as pessoas que fazem parte do sistema de vinculação fornece uma base de segurança recíproca (Mintz, 2004).

A teoria da vinculação transformou-se numa das mais importantes perspetivas para compreender o desenvolvimento do Homem (Benavente, 2010). O ser humano é dotado da capacidade de estabelecer comportamentos vincutivos, permitindo a possibilidade de relações próximas, a exploração do meio ambiental e a serenidade, protegendo de situações angustiantes

(Bowlby, 1969). Segundo Bowlby, os comportamentos de vinculação são enquadrados em três classes de comportamentos e de afetividade: a procura de proximidade, de base segura e protesto com a separação. Isto concede a sua categorização em vinculação segura, vinculação insegura-ansiosa ou ambivalente e vinculação insegura-evitante.

Investigações efetuadas em indivíduos adultos denotam que existem estilos particulares vinculativos em utentes com patologias de carácter psicossomático, particularmente o estilo ansioso (Stuart & Noyes, 1999). Este tipo de vinculação visualiza-se numa recorrente procura de cuidados de saúde, principalmente em épocas de vida muito stressantes (Lopo, 2002). Hoje em dia, a perspetiva psicossomática indaga a relevância dos estilos de vinculação no surgimento de doenças. Nesta visão, a coibição da manifestação dos afetos é entendida como um contributo importante na origem de distúrbios psicossomáticos (Scheidt & Waller, 2002). A repressão de afetos foi relacionada com o aumento da reatividade celular e consequentemente com uma redução da competência do sistema imunitário (King, Taylor, Albright, & Haskell citado por Scheidt & Waller, 2002).

Num estudo efetuado por Ciechanowski, Walker, Katon e Russo (2002), estes deduziram que o padrão de vinculação é um preditor significativo para efetuar uma avaliação da perceção de sintomas somáticos e da forma como os indivíduos recorrem aos cuidados de saúde. Concluíram, ainda, que os indivíduos que apresentam mais sintomas físicos estão associados a um padrão vinculativo do tipo preocupado e receoso.

O sentimento do amor é extremamente referenciado no nosso dia-a-dia. Há várias formas de amor – maternal, filial, sexual, platónico, ao ambiente, à humanidade, ao artístico, à amizade – que possibilita diferentes formas de exprimir os sentimentos (Prette & Prette, 2001, citado por Moreira, 2004). Os estilos vinculativos nos adultos e a sua ligação com o casamento têm sido alvo de investigação nos últimos anos (Moreira, 2004). O padrão de vinculação no adulto assume e apresenta propriedades específicas dos estilos vinculativos na infância e na adolescência. A avaliação da vinculação na idade adulta é mais complexa, enquanto que em crianças a avaliação é feita em contexto natural ou de laboratório, nos adultos é uma relação unidirecional (Crowell, Treboux, Gao, Fyffe, Pan, & Waters, 2002).

West & Sheldon-Keller (1994) afirmam que existem três critérios para a definição de vinculação no adulto: (1) deverá haver uma congruência teórica com a definição de vinculação

na infância, (2) nomear as distinções entre vinculação na fase adulta e na infância e (3) efetuar a distinção entre os relacionamentos vinculativos e outros tipos de relacionamentos.

Hazan e Shaver (1987) elaboraram um instrumento de avaliação para a idade adulta, com o intuito de conservar a tipologia vinculativa no período infantil até etapas mais avançadas da vida, assim o instrumento apresenta três itens, que correspondem às explanações dos estilos de vinculação:

1. Vinculação Segura – facilidade de aproximação dos outros, não se preocupando com o facto de os outros se aproximarem se si; não apresentam constantemente a preocupação de abandono por parte dos outros.

2. Vinculação Insegura-Evitante – é difícil ter confiança nos outros e manter proximidade destes; apresentam um distanciamento emocional com os outros, apresentando estes uma vontade de maior proximidade do que é confortável para o indivíduo.

3. Vinculação Insegura-Ansiosa – o indivíduo sente-se frequentemente preocupado que os outros não gostem dele; manifesta a vontade de querer estar mais próximo dos outros.

Hazan e Shaver (1987) descrevem os sujeitos com um padrão vinculativo seguro como pessoas que se apresentam confortáveis dependendo dos outros, quando estão próximos dos outros, comparativamente com os indivíduos evitantes. O estilo de vinculação seguro está relacionado com satisfação, grande investimento e segurança, baseia-se na reciprocidade em que cada sujeito na diáde vinculativa é dador e receptor de segurança, cuidado e suporte sendo a figura vinculativa um do outro (Hazen & Shaver, 1990).

Os indivíduos seguros, comparativamente aos evitantes, reconhecem a grande aproximação e união com a mãe, enquanto os indivíduos evitantes descrevem a mãe como defensora, afável e concomitantemente rejeitante e fria (Hazan & Shaver, 1987).

A organização da vinculação no adulto define-se como uma participação importante para cada indivíduo ser capaz de (1) estabelecer relacionamentos íntimos com os pares, (2) modificar de forma positiva os relacionamentos com os progenitores e (3) efetuar a passagem de ser dependente para independente/diferenciado com o objetivo de chegar a um estado interdependente (Faria, 2008). Ainsworth (1989) afirma que os laços de vinculação com os pais permanecem na fase adulta e que apesar de nesta época da vida se estabelecerem laços de vinculação com outras pessoas não quer dizer que os laços com os pais desapareçam.

Se no período infantil as figuras vinculativas são normalmente os pais ou outras pessoas que assumam um papel semelhante, na idade adulta são inúmeras as figuras que poderão funcionar como figuras vinculativas, tais como amigos, namorados e progenitores (Mikulincer & Shaver, 2003, citado por Faria, 2008). Deste modo, existem duas ideias principais na teoria da vinculação para se compreender e avaliar a vinculação na idade adulta: (1) o sistema vinculativo está ativo na idade adulta e (2) estão presentes diferenças de carácter individual na vinculação dos adultos que se originam nas vivências vinculativas precoces e consequentemente se encontram interiorizadas nas representações mentais, ou seja, nos modelos operantes internos (Crowell, Fraley & Shaver, 1999, citado por Faria, 2008).

A vinculação é considerada um sistema dinâmico que poderá ser modificado ao longo da vida (Chisholm, 1996). As mudanças no estilo vinculativo podem acontecer ao longo dos anos, por exemplo, os sujeitos que mudaram de uma vinculação segura para insegura apresentavam maior probabilidade de os seus pais se terem divorciado (Fletcher, 2002). Num estudo efetuado por Verbrugge (citado por Narciso, 1996) verificou-se que a população com menos saúde é a das pessoas que sofreram separação ou divórcio.

A partir de 1980, muitos estudos mostram a sua pertinência em investigar a vinculação nos adolescentes e adultos, julgando que o tipo e a consistência dos relacionamentos nos adultos são extremamente influenciados pelas ocorrências emocionais na primeira idade, principalmente entre a criança e as figuras que cuidam (Bragança & Campos, 2010).

Um estudo efetuado por Bragança e Campos (2010), sobre as diferenças de vinculação amorosa e as experiências da infância, constata que há uma menor propensão dos sujeitos com estilo de vinculação segura, relativamente aos inseguros, para entender a relação com os progenitores como rejeitante. Também Collins e Read (1990) concluíram que sujeitos com relações vinculativas amorosas seguras veem os pais como carinhosos e não rejeitantes, ao contrário dos sujeitos com vinculações inseguras-ambivalentes e inseguras-evitantes. Bragança e Campos (2010), no mesmo estudo, verificaram ainda que as memórias de uma infância que revelaram situações de menor aceitação e abandono estavam relacionadas com uma vinculação insegura na idade adulta. Também Hazan e Shaver (1987) estão concordantes com esta conclusão.

Bragança e Campos (2010) verificaram também o estilo de vinculação amorosa categorizado por inseguro-evitante. Eram sujeitos, em cuja infância predominava um estilo relacional de

rejeição por parte da mãe. Estes indivíduos dificilmente confiam nos outros, pois percebem os cuidadores como não responsivos e assíduos em momentos adversos (Bragança & Campos, 2010). Por estas mesmas razões, eles desviam-se do cuidar de outros e de serem cuidados, porque entendem estas atitudes como causas de dependência não agradáveis, ou seja, desviam-se por medo de rejeição (Bragança & Campos, 2010). Concluíram ainda que, na dimensão da rejeição, entre o estilo de vinculação segura e insegura-evitante existem diferenças, contrariamente ao que acontece entre a vinculação segura e insegura-ambivalente (Bragança & Campos, 2010). Talvez isto signifique que o padrão relacional ambivalente se situe num lugar mediano entre o padrão seguro e o inseguro-evitante relativamente à dimensão da rejeição (Bragança & Campos, 2010).

Do estudado até ao momento, pode-se referir que a teoria da vinculação surgiu do desejo de John Bowlby em compreender de que forma as vivências familiares, especialmente a separação da criança da mãe, estariam na origem das disfunções psicológicas na primeira idade (Bowlby, 1958).

De acordo com Bowlby o estabelecimento de laços vinculativos prematuros dá a possibilidade de gerir o contacto e promover relações próximas com as figuras cuidadoras do recém-nascido, habitualmente a mãe (Bowlby, 1969). Este sistema de vinculação, que se inicia muito cedo, assenta em bases biológicas e comportamentais (Bowlby, 1969). Estabelecer relações com os principais cuidadores na primeira fase da vida é uma das mais imprescindíveis funções no desenvolvimento em inúmeras espécies, inclusive no ser humano (Carvalho, 2007). Deste modo, para Grossmann e Grossmann (2005), a vinculação pode ser entendida como uma predisposição filogenética já estabelecida normalmente no bebé, para estabelecer ligação com outra pessoa capaz de cuidar e dar segurança, possibilitando assim o estabelecimento de laços vinculativos. Neste sentido, admite-se que as crianças que viveram com os pais apresentam padrões vinculativos com mais qualidade que as crianças que viveram com outros (Moreira, 2004).

Assim, as vivências de separação dos modelos vinculativos, quer sejam por pouco ou muito tempo e as situações de perda, ameaça, separação ou abandono, poderão concorrer para modificar o trajeto de desenvolvimento da pessoa (Moreira, 2004). Segundo Bowlby (1990), muitas modificações no desenvolvimento do sujeito podem estar relacionadas com disfunção no

sistema vincutivo. Assim, os sujeitos com um estilo de vinculação ansioso, caracterizam-se pela ansiedade constante em não perder a figura vinculativa. (Bowlby, 1990)

A teoria da vinculação assumiu um papel importante na promoção do desenvolvimento saudável do Homem. É na infância que se concretizam os modelos internos de referência e que lhes possibilita no futuro conduzir os seus objetivos e comportamentos. Através de uma saudável relação parental, a criança adquire a segurança, a proteção necessária para rasgar novos horizontes.

Anthony Giddens (citado por Gross & Simmons, 2002) tem investigado as consequências da globalização nos relacionamentos interpessoais e nos indivíduos que habitam sociedades modernas. Segundo o mesmo autor, os relacionamentos são entendidos como formas de o indivíduo se desenvolver e é esperado que terminem quando já não é da sua conveniência (Gross & Simmons 2002). A vivência nas sociedades modernas está preenchida de insegurança ontológica pois existem uma série de formas de agir que leva à destabilização dos indivíduos (Gross & Simmons 2002). Nestas circunstâncias, há muita ansiedade e psicopatologias pois a tradição não vai de encontro aos seus projetos (Melo, 2004).

Brazelton (1988) refere-se ao vínculo afetivo entre as figuras parentais e os progenitores como um processo contínuo, que tem o seu início e a sua construção consoante as interações surgem. Waters e Valenzuela (1999) afirmam que a excelência e o número de cuidados é variável, de forma inevitável, de quem os presta, levando a diferenças particulares no desenvolvimento.

Para tal, surge a necessidade de verificar a influência das práticas educativas parentais no processo de individualização.

3.2 A Importância das Funções Parentais na Infância

O permanente interesse pelos efeitos que as práticas educativas parentais exercem sobre os seus filhos iniciou-se no princípio do séc. XX (Freud, 1972, citado por Araújo, 2003). Bowlby (1969) e Ainsworth (1969) deram uma contribuição fundamental neste domínio (Araújo, 2003). As experiências de relacionamento precoce, particularmente as relacionadas com as práticas educativas das figuras parentais, interferem nas estruturas cognitivas encarregadas pelas representações emocionais em períodos da vida posteriores (Canavarro, 1999). As práticas

educativas parentais estão relacionadas com a adequação psicológica e a saúde mental dos sujeitos na idade adulta (Araújo, 2001, citado por Araújo 2003).

O estilo parental é um somatório de atitudes que os pais exercem sobre a criança, que descreve o ambiente emocional em que as práticas parentais acontecem (Darling & Steinberg, 1993). Estas são entendidas como comportamentos de sociabilidade, disciplina, amparo e atitudes de interação entre pais e a criança e que podem sofrer variação consoante os momentos (Oliveira, Marin, Pires, Frizzo, Ravanello & Rossato, 2002).

Alvarenga (2001) descreve as práticas educativas como atitudes comportamentais dos pais que influenciam funcionalmente o comportamento dos filhos. A mesma afirma que os pais usam este estratagema com o intuito de eliminar determinados comportamentos dos filhos que são entendidos como inapropriados e inadmitidos, enquanto as atitudes comportamentais consideradas corretas são estimuladas e beneficiadas (Alvarenga, 2001).

As práticas educativas parentais são definidas também como as atitudes comportamentais das figuras parentais sobre a educação ou desenvolvimentos social dos filhos (Salvador & Weber, 2005, citado por Kobarg, Vieira & Vieira, 2010). Deste modo, os relacionamentos entre as figuras parentais e os filhos são muito importantes, entendidas como fatores protetores ou de risco, uma vez que ou fomentam a sensação de estar seguro e a autoestima, promovendo o bem-estar geral da pessoa ou então fomentam situações inadequadas de existência, gerando algum sofrimento (Canavarro, 1999).

A forma como as figuras parentais educam os filhos, bem como as consequências que as práticas educativas parentais têm sobre desenvolvimento psicológico e social dos indivíduos na idade adulta tem sido muito estudado (Kobarg, Vieira & Vieira, 2010). Alguns estudos recorrem à perceção dos descendentes para descrever as práticas parentais, através da escala Memórias de Infância também designada pelas siglas EMBU. É uma ferramenta usada para aceder à memória dos filhos sobre a forma como foram educados na infância/adolescência (Kobarg, Vieira & Vieira, 2010).

A escala foi validada em Portugal por Canavarro (1999) e comporta três fatores: (1) o suporte ou calor emocional, apontando alguns comportamentos por parte dos pais que geram nos seus descendentes conforto e a convicção que são aprovados pelos pais como pessoas; (2) a rejeição, refletindo as atitudes parentais com o intuito de modificar o desejo dos filhos e finalmente (3) a

sobreproteção, manifestada pela demasiada proteção dos pais que gera stresse, interferência nas ações dos filhos e impostas regras duras (Canavarro, 1999).

As lembranças das práticas no período infantil têm vindo a ser ligado com as distintas maneiras de encarar as situações que induzem stresse (Cozzareli, Sumer & Major, 1998). Contudo, a vulnerabilidade ao stresse não tem sido investigada de forma explícita neste domínio, no entanto foram reconhecidas dimensões estáveis de personalidade descritoras de menor resistência perante as situações geradoras de stresse (Major et al, 2010, citado por Guedes, Gameiro, Canavarro, 2010)

Estudos levam a concluir de forma sólida que relacionamentos marcados por insegurança, escassa proximidade emocional e estilos educativos dos pais caracterizados por reduzido apoio, interesse e carinho, estão associados a distúrbios psicopatológicos em adulto (Araújo, 2003). Na maior parte dos casos, o maior efeito é provocado pelo relacionamento com a mãe na mesma fase da vida (Araújo 2003).

Os indivíduos que interpretam a sua relação com os pais como de suporte emocional e não de rejeição, apresentam sentimentos de maior proximidade com os outros e menor ansiedade em ser desamparado e amado (Moreira, 2004). Os indivíduos que percebem suporte emocional da mãe, apresentam maior conforto com a proximidade e intimidade com outros (Moreira, 2004). Segundo Farate (1999), contextos em que existe separação da mãe levam a que a criança apresente insegurança material e emocional.

Num estudo efetuado por Sampaio (2007) relativo às práticas parentais e ao género do filho, há uma preferência dos pais pelos filhos do mesmo género que o seu. Relativamente à ordem do nascimento, verificou-se que os filhos mais velhos, principalmente se forem meninos, são os que recebem mais atenção por parte dos pais. Sampaio (2007) revela ainda que os estudos mais recentes, depois de 2001, obtiveram resultados idênticos no que concerne à ordem de nascimento. No entanto, Keller e Zach citados por Sampaio (2007), afirmam que os estudos recentes não indicam que o género do filho seja um fator de maior investimento por parte dos pais, ao contrário do que acontece com a ordem do nascimento. Someya, Uehara, Kadowaki, Tang e Takahashi (2000) efetuaram um estudo com o intuito de descrever os efeitos que o sexo e a ordem de nascimento têm na percepção das práticas parentais, utilizando a EMBU e concluíram que os meninos têm maior aceitação parental e que na ordem do nascimento, também pontuam mais alto os filhos mais velhos e principalmente os filhos únicos.

Quanto ao estatuto socioeconómico, estudos apontam para que quanto mais elevado é o nível socioeconómico mais estável é o padrão de vinculação (Carvalho, 2007).

A família é claramente o lugar de permuta de emoções e de formulação de processos complexos como o desenvolvimento sócio afetivo da criança. Então, as funções dos pais, sendo biológicas ou não, estão relacionadas com o desenvolvimento humano (Moreira, 2004). As funções da mãe estão mais ligadas com as competências da própria autonomia e de funcionamento familiar, ao passo que a função do pai dá um novo sentido ao funcionamento psíquico e possibilita a inclusão do indivíduo na sociedade (Malpique, 1998, citado por Moreira, 2004). Autores precursores como Freud, Bowlby, Ainsworth dão ênfase à relação mãe e bebé, tendo o pai uma função secundária (Moreira, 2004). Atualmente, o pai aparenta ter um papel muito importante na aquisição dos papéis sexuais, tanto no sexo feminino como masculino (Moreira, 2004)

4. Psicossomática

Depois de ser explanada a AR e de que forma a vinculação interfere no desenvolvimento, inclusive no surgimento da doença, falta compreender como estes fenómenos interagem. Neste sentido integramos a vinculação e o stresse na artrite reumatóide na perspectiva da psicossomática.

A problemática da mente e do corpo, da maneira como estão relacionados, tem sido abordado por todas as gerações (Kaplan & Sadock, 1981/1984). A psicossomática é entendida como uma ciência, no âmbito da saúde mental, desde há 40 anos para cá, contudo desde sempre o seu passado histórico está impregnado pelo conceito da unidade mente-corpo, que em grego *psyque* significa alma e *soma* significa corpo (M. Silva, 1994).

Perante a presente realidade, objetivou-se abranger este estudo numa dimensão que possibilitasse verificar a relação entre a mente e o corpo, ou seja, entre a *psyque* e *soma* com consistência. Desta forma, considerou-se fundamental efetuar uma breve referência histórica da psicossomática.

Os estudos em psicossomática foram realizados por várias escolas – europeia, inglesa, francesa, americana – que tentaram identificar as relações entre a mente e o corpo e desta forma criaram várias teorias que dão ênfase à fisiologia ou à psicologia ou a ambos (Paixão, 2009).

Johann Christian August Heinroth (1773-1843) foi um médico alemão apologista de que a alma tinha mais primazia que o corpo e os dois se relacionavam de maneiras distintas (Tenenbaum, 2010). Defendia que uma grande variedade de patologias físicas e todas as doenças mentais se deviam a sofrimentos da alma. Foi desta forma que Heinroth, em 1818, implementou o termo psicossomática para definir a ação recíproca entre a alma e o corpo (Tenenbaum, 2010). Walter Cannon (1871- 1945) foi médico fisiologista e efetuou as investigações iniciais acerca das reações de adaptação do corpo às emoções de luta e fuga, criando o termo de homeostase (Tenenbaum, 2010).

Os fatores psicológicos já eram tidos em consideração desde a Antiguidade, com Hipócrates que fez o estabelecimento relacional entre temperamento e patologia, e Platão que escreveu que o engano humano era a vontade de desunir a cura corporal da espiritual (Haynal, Pasini & Archinard, 1997/2001).

Várias investigações demonstraram, de forma exata, a razão pela qual a mente e o corpo estão inter-relacionados. Profissionais das duas áreas de estudo tiveram concordância em mais de

um século, que num reduzido tipo de patologias, o funcionamento emocional e do corpo se sobrepõem (Kaplan & Sadock, 1981/1984). Os estudos científicos da díade corpo-mente continuaram a crescer. Por um lado, a área médica obteve com isto benefícios; por outro lado, prendeu-se com o pensamento que todas as doenças seriam explanadas em registos físicos e químicos e exprimidas em medidas (Paixão, 2009). Esta noção foi ainda apoiada pelos avanços das várias especialidades médicas, com os achados de Pasteur e a partir de 1850 com as investigações de Claude Benard sobre a funcionalidade do glicogénio no órgão hepático e a sua relação com a Diabetes (Paixão, 2009). Em 1876, os estudos de Pavlov sobre os reflexos condicionados e os de Bykov e Smolensky acerca da reflexologia, originam uma área médica denominada córtico-visceral (Paixão, 2009). Fez-se assim o percurso científico até estar cada vez mais próximo da psicossomática. Posteriormente, Cannon, em 1911, mostra as repercussões fisiológicas das emoções sobre o corpo e Selye reforça estas teorias com a síndrome geral de adaptação e a teoria do stresse, originando o conceito de adaptação à doença (Marty 1990/1993).

Freud não desenvolveu um conhecimento sistematizado sobre psicossomática, contudo formulou conceitos muito importantes como o de traumatismo, angústia etc. (Dejours, 1988). De acordo com a bibliografia, parece que a psicossomática inicia-se como ciência após as contribuições de Freud e seus seguidores (Paixão, 2009). Mais tarde, Alexander (1987), médico psicanalista, em 1940 e 1950, elaborou a sua teoria, afirmando que uma espécie de stresse psicológico forte e duradouro levaria a uma determinada disfunção física, que também estaria relacionada com a carga genética individual. Segundo o mesmo, para que ocorresse patologia psicossomática teriam que estar presentes: situação conflitual intrapsíquica, predisposição física inata ou adquirida e acontecimentos que desencadeiem o conflito. Então, enumerou as sete grandes doenças psicossomáticas clássicas, de que a artrite reumatoide e hipertensão arterial fazem parte (Alexander, 1987).

Alexander (1987) em 1946 escreve que todas as patologias são psicossomáticas, uma vez que a atividade emocional influencia todos os mecanismos corporais através dos sistemas nervoso e humoral. Já para Dunbar (1954), os traços de personalidade enfraquecem determinadas constituintes orgânicas com a agressividade vinda do exterior, predispondo assim o corpo à somatização, então estas características de personalidade assumem-se como a etiologia mais marcante. Em suma, Alexander deu início às investigações sobre a origem psicológica das patologias somáticas, os conflitos particulares na origem psicossomática, como na artrite

reumatoide e hipertensão arterial, enquanto Dunbar pesquisou sobre os tipos de personalidade que mais predisõem o indivíduo para o desencadear destas patologias.

Recentemente, as crescentes investigações que relacionam o comportamento do Homem e as interações entre os sistemas nervoso, endócrino e imunológico, demonstraram que em determinados estados como o luto, patologias infecciosas e até em processos neoplásicos, os processos psicossomáticos estão bem presentes (Paixão, 2009). A psicanálise, com as contribuições de Pierre Marty e Sami-Ali e investigações sobre o stresse, alargaram novos horizontes relativamente à doença no ser humano e à forma como este vive atualmente (Melo Filho, 1989). De acordo com a American Psychiatric Association (2002), os transtornos psicossomáticos são descritos sob a categorização de aspetos psicológicos que influenciam a patologia física.

De acordo com Ponczek (1993), existe a noção clara que as expressões psicossomáticas estão muito ligadas às situações de vida de cada indivíduo, que interagem com fatores internos, em que uns ganham uma experiência mais positiva, outros ficam doentes de várias formas, seja a nível corporal, mental ou ambos. Sami-Ali (1987/1995) referiu que estes mecanismos estão estreitamente relacionados com fatores precoces, como a relação mãe-bebé, ou seja, uma disfunção emocional está relacionada com a interação materna. Concordante está McDougall (1989/1996), quando refere que o verbal, efetivamente, parece ser de menor valor que os sinais corporais, quando se tenta entender o sofrer com a angústia e o prazer, pois o significado encoberto das patologias psíquicas revelam que o funcionamento interno, elaborado no início de vida, é fundamental na sexualidade e está relacionado com expressões neuróticas e psicossomáticas na idade adulta.

Abram Eksterman fala nos vínculos afetivos como sendo um fator psicológico especificador dos relacionamentos e é a partir destes vínculos afetivos que se constroem as relações humanas (Tenenbaum, 2010). Os vínculos são imprescindíveis para estabelecer relações de confiança e segurança (Tenenbaum, 2010).

Os iniciais modelos de vinculação com o mundo exterior são visualizados no organismo e na mente do bebé, mediante o relacionamento primário da figura materna com o bebé (Souza, Sei & Arruda, 2010). Distúrbios nesta relação podem ter distintos percursos de manifestação, ou seja, vários tipos de doenças. O papel materno é crucial nos primeiros tempos de vida, pois protege a

criança e apresenta-lhe o mundo, e é sobre este pilar que se forma a subjetividade do bebê (Winnicott, 1945/2000).

No sentido de ocorrer um crescimento harmonioso da mente e do corpo, é fundamental um ambiente facilitador que dê resposta às necessidades da criança, surgindo aqui uma mãe que saiba identificar e lidar com estas necessidades (Winnicott, 1945/2000). Desta forma, a figura materna dá a possibilidade ao bebê de experienciar o sentimento da sua mente inserida no seu corpo, aceitando a funcionalidade do seu organismo (Winnicott, 1945/2000). Na sintomatologia das patologias psicossomáticas há uma persistência na inter-relação da mente e do corpo, sendo entendido isto como uma defesa na possibilidade de perda da união psicossomática ou em oposição a um tipo de despersonalização (Winnicott, 1945/2000). Nesta perspectiva, poderá olhar-se as patologias psicossomáticas como uma possibilidade de último resultado de uma maternidade disfuncional ou sem consciência (Souza, Sei & Arruda, 2010).

Se a interação entre o corpo e a mente não se efetua de forma satisfatória, o *soma* tem o registo da mente, mas não ocorre integração do self. A patologia psicossomática apresenta-se como uma atitude defensiva potente contra a dissociação do corpo e da mente e ao mesmo tempo uma tentativa de cura (Pedrozo, 1995). Assim, quando um indivíduo fica doente mostra a propensão deste a não dissipar completamente a vinculação psicossomática entre o corpo e a mente (Souza, Sei & Arruda, 2010).

Campos e Rodrigues (2005) afirmam que a somatização é por si só a manifestação das emoções, ou seja é a forma que a fisiologia tem de responder às emoções, produzindo os mais variáveis sintomas. Desta forma, a sintomatologia corporal expressa a matéria das representações reprimidas distorcidas pelos processos de defesa do ego. O relacionamento com a mãe auxilia a fortalecer o ego da criança, conseguindo à posteriori a distinção entre o eu e o não eu (Souza, Sei & Arruda, 2010).

4.1 Psicossomática e Artrite Reumatoide

A psicossomática remete-nos para a interferência psicológica na origem de qualquer doença, contudo independentemente da génese da patologia num sujeito, que é sempre mental, passa nesse momento a ser psicossomática devido às consequências psicológicas que a patologia desperta (Melo Filho, 2005).

A depressão entendida por Feijoo, Briganti e Angelotti (2001), como uma expressão existencial pode ser frequentemente uma revelação de defesa de um sujeito perante as contrariedades da vida. Coimbra de Matos fala em depressão falhada do psicossomático que não se concretizou, ocorrendo um grande e prolongado sacrifício da pessoa (Matos, 1999b). A depressão, sendo falhada não executa a sua função de elaboração da perda despejando e tratando os resíduos, desta forma ocorre raiva e falha (Matos, 1999b). Para o mesmo autor, a pessoa psicossomática apresenta uma raiva falhada, o sentimento frustrante não é vivenciado psicologicamente, acabando por irritar o organismo atendendo à concentração de tensões sem serem libertas (Matos, 2003). As doenças autoimunes são consideradas doenças psicossomáticas (Melo Filho, 2005), nelas se inclui a AR devido a processos de autoagressão imunológica.

No que concerne à etiologia da AR, Mello Filho (2005) afirma com toda a certeza que a genética tem um papel marcante, as infeções também poderão ter alguma influência, mas os fatores psicossociais poderão da mesma forma ter uma grande importância. Nas doenças autoimunes são produzidos complexos imunológicos que funcionam como auto-antígenos, anticorpos e linfócitos T, reagindo estes contra os próprios componentes orgânicos (Melo Filho, 2005). Solomon, citado por Melo Filho (2005), alega que para o surgimento destas doenças concorrem o stresse juntamente com a falha dos processos psicológicos adaptativos em sujeitos com disfunções do sistema imunitário e possivelmente modificações da personalidade. Em muitas doenças autoimunes estudadas por Melo Filho (2005), constatou-se que concomitantemente existiam fatores emocionais marcantes como a perda de um pai e conflitos familiares.

A AR é uma patologia muito estudada na sua vertente psicossomática. Halliday define estas pessoas como sendo bastante reprimidas na sua vivência afetiva, com alguma timidez, paradas e controladas (Melo Filho, 2005). Esta patologia segundo Niessen-Spencer e seus colaboradores, citado por Melo Filho (2005), é quase mesmo ausente em indivíduos psicóticos. A AR e a psicose têm como característica comum a fuga ao real que se pode concretizar por formas distintas: a patologia psíquica ou a incapacidade física do utente com artrite (Melo Filho, 2005).

Numa investigação efetuada com adolescentes com AR, foi verificado que havia determinadas características comuns entre estes adolescentes, tais como: a figura materna (mulheres portadoras da patologia), bloqueios do foro emocional, maior predisposição à depressão e acontecimentos de perda e rejeição (Melo Filho, 2005). Neste estudo, a patologia

desenvolvera-se, em 64% dos casos, em alturas importantes do desenvolvimento emocional, sendo que uma parte se relacionava com conflitos na família (Melo Filho, 2005). Noutro estudo efetuado por Melo Filho (2005) em indivíduos com AR, conclui-se que 61% das pessoas apresentam uma relação clara entre o desencadeamento da patologia e dificuldades familiares, como por exemplo divórcio dos pais ou perda de uma pessoa significativa; em 40% das pessoas era notória a rejeição por parte da mãe e comumente anterior ao início da patologia. Estes utentes faziam notar também discursos de abandono ou rejeição, que correspondiam à realidade ou a fantasia, como consequência de uma patologia crónica e debilitante (Melo Filho, 2005).

Schaffer (1996) afirma que uma figura materna que rejeita o seu filho levará a que este se sinta um falhado e não sendo o seu self aceite pela mãe, a imagem que este tem de si próprio será negativa. Esta teoria também é aceite no âmbito da psicossomática, segundo Matos (1999a) um indivíduo com predisposição à doença psicossomática não foi de forma suficiente investida pelas figuras paternas.

Sabe-se que as reações contra o sistema imunológico envolvem reações de carácter destrutivo e na AR não é direccionado a um órgão, mas sim a todo o sistema corporal, provocando graves danos a nível sistémico, predominantemente nas articulações. Coloca-se a hipótese de haver uma ação punitiva a nível orgânico bem como destruição, semelhante a uma automutilação (Barbosa, 2005). Contudo a automutilação na maior parte das vezes é uma ação consciente que causa danos no organismo, neste caso parece ser uma ação inconsciente em que há um ato agressivo contra o próprio (Barbosa, 2005). Portanto, parece que o sujeito interioriza algo que é expresso no seu sistema corporal, neste caso pelo sistema imunológico que irá agredir a própria pessoa. Esta modificação no sistema imunológico poderá simbolizar a culpa do próprio, como se este fosse uma pessoa má (Barbosa, 2005).

Na AR o organismo não reconhece os grupos celulares como sendo seus, não existe distinção entre o que é próprio e não próprio (Barbosa, 2005). Estes acontecimentos podem levar a uma confusão de identidade, o sujeito não tem a capacidade de distinguir o que é ou não seu (Barbosa, 2005). Por identidade entende-se a expressão do que é idêntico, exclusivo contudo entendido ou designado de variadas formas (Durozoi & Roussel, 2000).

Outra característica importante desta patologia é que o que deveria estar a defender o organismo está a agredi-lo, pois o sistema imunitário tem uma função defensiva e protetora contra as agressões externas, uma situação que se assemelha à figura materna relativamente ao

seu bebê. Da mesma forma que os processos imunológicos falharam, talvez a figura materna também tenha falhado, não conseguindo proteger o bebê, que na fase adulta apresenta uma patologia (Barbosa, 2005). Matos (1999a) afirma que num indivíduo com predisposição à doença psicossomática houve pouca investida como um ser exclusivo, extraordinário, desde o início pelas figuras parentais.

As emoções acontecem concomitantemente no corpo e na mente, assim o que a nível sentimental se expressa como medo, hostilidade, sofrimento, angústia, felicidade, no corpo há uma expressão, interpretada como somática, nos processos motores, endócrinos e sanguíneos (Barbosa & Cordeiro, 1986). Balint citado por Melo Filho (2005), afirma que quando os indivíduos não têm soluções para os seus problemas somatizam de muitas maneiras, originando patologias. Nascimento (2000) fala da importância do stresse e de outros estados psíquicos na função imunológica. Por exemplo, sujeitos com depressão revelam um sistema imunitário mais debilitado, o que aumenta a predisposição ao desenvolvimento de patologias autoimunes (Nascimento, 2000).

Existem diversos modelos decorrentes dos conhecimentos biológicos de modificações somáticas imunológicas que têm como postulado funcionamentos inadequados de relacionamento a nível biológico (Mendes Pedro, 1997). A teoria geral dos sistemas imunitários envolve em todo o tempo conflitos no interior dos imunocomplexos e anticorpos antigénios como pilar destas disfunções (Mendes Pedro, 1997). Já desde Jerne, citado por Mendes Pedro (1997), que estas são explanadas em termos de alterações no funcionamento das ligações dos anticorpos e linfócitos T, que assumem a responsabilidade de reconhecer o que faz parte de si (organismo) e do não si (não organismo). As interações entre células/sistemas estão disfuncionais, ou seja, os auto-anticorpos que têm a responsabilidade e a capacidade de reconhecer o que é próprio e o que é não próprio agredem os auto-antigénios que constituem o organismo (Mendes Pedro, 1997). Na dimensão relacional e do ritmo biológico, o curso das doenças da autoimunidade, como é o caso da AR, há um estado confusional de uma identidade em que o sujeito já não saberá bem quem é (Mendes Pedro, 1997).

Outra teoria que derivou da neurobiologia explica que há interação entre o sistema imune pela ação do sistema nervoso, ou seja, a série linfocitária apresenta recetores neuro-hormonais e os neurónios apresentam recetores para as linfoquinas (Ader, 1980, citado por Mendes Pedro,

1997). Aqui visualiza-se a articulação da vivência emocional com a resposta do reconhecer do próprio ou do não próprio imunitário (Mendes Pedro, 1997).

Nascimento (2000) afirma a importância do efeito patogénico que acontecimentos de vida como perda, crise, separações podem apresentar no desencadear de determinadas patologias, como por exemplo as autoimunes. Também Selye, citado por Mendes Pedro (1997), tentou ligar os acontecimentos stressantes com sintomatologia de imunidade diminuída. O stress mental crónico poderá elevar a probabilidade de adquirir infeções, contudo este modelo só terá valor se for entendido como estando dependente da importância que dada situação tem no funcionamento relacional do sujeito (Mendes Pedro, 1997). Em suma, em cada um destes modelos está presente a dicotomia psíquico/somático.

Vários estudos que relacionam a AR e o stress têm demonstrado uma ligação entre estas variáveis, porém sem indicação de relações causais (Wallece, 1987). Cormier e Wittkower em 1957, efetuaram um estudo comparativo entre irmãos com e sem AR e concluíram que pessoas com esta patologia apresentavam níveis de agressividade mais elevados.

Acontecimentos importantes para a pessoa, principalmente relacionados com as emoções negativas, têm uma determinação na forma inadequada de reagir futuramente a acontecimentos stressantes, dando contributo para o surgimento de determinadas patologias como a AR. Estas situações têm influência sobre o eixo hipotalâmico supra-renal (J. Silva, 2002). Comprovou-se que em animais, durante a gestação, o stress crónico da mãe teve consequências nos filhos, revelando estes elevados níveis de ansiedade, pouca interação social e uma relação de metabolismo/síntese de dopamina diminuída. Da mesma forma, todos estes aspetos estão associados à depressão no Homem (J. Silva, 2002). Para J. Silva (2002), é claro e provado que estados mais depressivos e de stress influenciam o sistema imunológico, portanto situações de vivências cronicamente stressantes levam a um aumento da produção de corticosteroides deprimindo a resposta imunológica (J. Silva, 2002). Deste modo, o stress crónico leva a aumento leucocitário, diminuição dos linfócitos, diminuição funcional celular das natural killer, das células T e aumento dos mediadores pro-inflamatórios (Leonard, 2001).

O stress pré-natal está da mesma forma relacionado com modificações no ritmo dos glucocorticoides, disfunções no sono, défices sensoriais, sensação de abandono e aspetos femininos nos homens (Weinstock, 2001). Os filhos nascidos nestas situações revelam um eixo-hipotalâmico-suprarenal muito reativo, consequentemente gera afetações do foro psicológico,

endócrino e imunológico (J. Silva, 2002). Esta situação também acontece quando existe o stress durante os primeiros tempos de vida (J. Silva, 2002).

Numa situação experimental com ratos, investigadores no norte da América concluíram que os descendentes de mães com carácter agressivo, pouco cuidador, pouco carinhoso têm uma maior reatividade do eixo hipotalâmico supra-renal comparativamente com os filhos de mães com carácter mais carinhoso e tranquilo (J. Silva, 2002). Este padrão de reação é aprendido nos primeiros tempos de vida e depende também de atitudes mais ou menos stressantes entre a figura materna e os seus filhos (Levine, 1994).

Noutro estudo efetuado com mulheres, verificou-se que havia uma resposta máxima da hormona adrenocorticotrófica a fatores stressantes e que este facto estava relacionado intensamente com histórias anteriores de abusos infantis, conflitos, situações traumáticas em adultos e severidade da depressão (Heim, Newport, Wagner, Wilcox, Miller, Nemeroff, 2002).

No que respeita a traços de personalidade, Eysenck, em 1985, distingue dois tipos padronizados de comportamentos com características discordantes: o tipo A, caracterizado por expressar excessivamente a agressividade e raiva (Eysenck, 1985 citado por Frieman, Byers, Roseman & Elevation, 1970) e o tipo C, característico dos sujeitos que respondem ao stress de forma desesperada e com sentido de impotência, que retêm as emoções ao longo da vida (Eysenck, Eysenck & Barret, 1985). Este segundo tipo de comportamento está mais relacionado com as doenças oncológicas. Coelho e Matos (1996) referem que algumas investigações têm tentado encontrar características de personalidade específicas em doentes reumáticos e há registo que estes têm maior predisposição ao autossacrifício, são conformistas, perfeccionistas, reprimem em demasia sentimentos de agressividade, raiva e fúria. Supostamente tem um self com boa adaptação, com controlo, convenção, participativo, afável e empenhado, contudo pode verificar-se que está dependente psicologicamente de um familiar significativo (Teixeira, 1996).

Dupard e seus colaboradores (1990, citado por Mendes, 1994) efetuaram um estudo com pessoas do sexo feminino com patologias autoimunes e verificaram que as mulheres pertencentes ao grupo das collagenoses, em que AR está inserida, expressavam mais características de reserva e auto depreciação, eram muito conformistas, viam os outros com gentileza e revelavam incapacidade de contrariar.

Os doentes com AR apresentam maiores níveis de psicoticismo, percepção da identidade, dos efeitos da patologia reumatoide e da manutenção/cura e níveis mais baixos de ação,

relacionamentos com mais harmonia quando comparados com doentes com osteoartroses (Almeida, Canhão, Brites & Queiroz, 2003). Comparativamente com pessoas com Lúpus eritematoso sistémico e osteoartrose, os indivíduos com AR são os que mais apresentam atitudes emocionais mais defensivas e de autossacrifício. Estes resultados são concordantes com os de Teixeira (1996) que afirma que os doentes com AR tendem para um comportamento tipo C (Almeida, Canhão, Brites & Queiroz, 2003).

São escassos os estudos de investigação relativamente à apreciação e manutenção do bem-estar psicológico nos indivíduos com AR (Dario, Kulkamp, Faraco, Gevaerd & Domenech, 2010). Supõe-se que a estimulação do sistema imunitário, como acontece nas patologias autoimunes, pode gerar modificações em transmissores do sistema neurológico e por conseguinte gerar alterações de comportamento (Maes, Bonaccorso, Hunsel, Gastel, Delmeire, Biondi, Bosmans, Kenis & Scharpé, 1998).

Foi a partir de 1900 que começaram a ser descritas as modificações nos parâmetros psicológicos em utentes com AR e só passados quase sessenta anos a patologia foi identificada como multifatorial, sendo inclusivamente indicadas as emoções como etiologia principalmente a má adaptação ao stresse psicobiológico (Cormier & Wittkower, 1957). Apesar destes dados, continua sem haver grande exploração desta temática em investigações e diretrizes diagnosticas e tratamento da AR (American College of Rheumatology, 2002). Contudo, até à atualidade não há bibliografia consensual acerca das modificações a nível psicológico com mais prevalência em pessoas com AR (Dario, Kulkamp, Faraco, Gevaerd & Domenech, 2010). Sabe-se que a depressão, o transtorno de ansiedade generalizada e a psicose está prevalente três vezes mais em indivíduos com AR do que em sujeitos com ausência desta patologia (Shih, Hootman, Strine, Chapman & Brady, 2006).

O apoio social e familiar é importantíssimo na agressividade da doença. Um apoio sólido que estimule a autonomia, que auxilie a pessoa em vez de o substituir, tem um efeito positivo na sua vida (J. Silva, 2002). Contrariamente, um apoio em demasia, com muito controlo, pode contribuir para que o utente assuma a sua incapacidade e subordinação. Foi encontrada uma relação nos doentes com AR que apresentam distúrbios psicológicos com algias frequentes, rendimentos económicos mais baixos, obesidade, sedentarismo, restrições a nível de funções ou sociais e pelo menos uma comorbidade (Dario, Kulkamp, Faraco, Gevaerd & Domenech, 2010).

Além disto, as afetações da saúde mental incidem mais no sexo feminino (Dario, Kulkamp, Faraco, Gevaerd & Domenech, 2010).

A iniciação da AR normalmente ocorre na etapa mais produtiva da vida de um indivíduo, causando alterações estruturais e restrições devido à dor (Dario, Kulkamp, Faraco, Gevaerd & Domenech, 2010). A sintomatologia inerente à AR causa prejuízo para o indivíduo no domínio laboral, social e nas atividades de vida diária. As consequências negativas na qualidade de vida e no bem-estar psicológico destes indivíduos agravam a probabilidade de ocorrência de alterações a nível dos parâmetros psicológicos (Slaffi, Carotti, Gasparini, Intorcia & Grassi, 2009). Concordantes com estes achados estão Isik, Koca, Ozturk e Mermi (2007), que constataram a existência de disfunções a nível da saúde mental, tal como ansiedade e depressão, em pessoas com diagnóstico de AR, com uma incidência muito mais elevada do que na generalidade populacional. Já Costa, Brasil, Papi e Azevedo (2008) afirmam que a literatura não é consensual no que concerne aos fatores que desencadeiam essas modificações mentais nos utentes com AR, uma vez que poderiam ser decorrentes das lesões de uma patologia incapacitante ou do decurso clínico de uma patologia com carácter inflamatório e crónico como a AR. Para os mesmos autores, o desenvolvimento da AR está particularmente ligada ao aumento de um estado depressivo e ansioso (Costa, Brasil, Papi & Azevedo, 2008).

Num estudo efetuado por Isik, Koca, Ozturk e Mermi em 2007, estes verificaram que a presença de transtornos depressivos, ansiosos e dos dois foi de 70,8% em utentes com patologia de AR e 7,3% em sujeitos considerados saudáveis. Num estudo efetuado por Costa, Brasil, Papi e Azevedo em 2008, foi descrito que há uma relação entre o maior nível depressivo e uma maior agressividade da doença, contrariamente aos doentes que se encontram em fase remissiva da patologia, em quem não foi identificado qualquer distúrbio mental.

Existe uma estreita relação entre saúde mental e fadiga, ou seja, foi descrito por Choy, Gonzalez, Khoshaba e Scott (2006) que quanto melhores os níveis de saúde mental, menores eram os níveis de fadiga.

4.2 Psicossomática e Hipertensão Arterial

Desde sempre se falava no efeito das emoções sobre o sistema corporal, entendendo também o coração como o órgão mais suscetível a esse efeito (Fadden & Ribeiro, 1998). Numa visão

multicausal da HTA, os fatores psicológicos, sociais e culturais numa ação recíproca intervêm com a fisiologia tanto no desencadear como na manutenção e progressão da HTA (Coelho, 1990). A interferência que existe das modificações repentinas da situação psicológica da pessoa no fluxo sanguíneo através de processos neuro-hormonais tem sido descrita por vários autores (Cohen & Obrist, 1975).

As teorias psicofisiológicas existentes para explicar a HTA, descrevem a patologia como o produto de uma série de vários elementos como a genética, a hemodinâmica, a fisiologia, a psicologia social (Fernández-Abascal, 2000). Segundo Johnston (1997), dentro dos fatores psicológicos, têm um papel importante o stresse e os traços da personalidade, que juntamente com a predisposição genética desencadeiam uma elevação da pressão arterial.

Aspetos ligados com a personalidade e com o stresse frequentemente se associam com a opção por formas de vida pouco saudáveis e conseqüentemente se ligam com a HTA (Beilin, 1997). Dos tipos de comportamento distinguidos por Eysenck, o tipo A caracterizado por expressar excessivamente a agressividade e raiva está associado mais a sujeitos com patologias cardíacas e vasculares (Frieman, Byers, Roseman & Elevitch, 1970).

Devido a toda a complexidade característica do comportamento humano, é natural que várias teorias tenham surgido e conseqüentemente várias metodologias para esta temática (Coelho, 1990). Tudo indica que Alexander foi o pioneiro na formulação de hipótese organizada, na psicanálise em pessoas com HTA (Coelho, 1990). Os doentes hipertensos são descritos por Alexander (1962) como sujeitos que vivenciavam desacordo entre as necessidades passivas e dependentes e entre as propulsões agressivas. Os meios sociais modernos forçam o indivíduo a controlar os seus comportamentos agressivos, logo os sujeitos tornam-se incapazes de expressar o seu lado hostil, conduzindo isto a uma situação de tensão arterial elevada num subgrupo de indivíduos (Alexander, 1962).

Coelho (1990), baseado em diversos estudos sobre esta temática, conclui que em laboratório, sujeitos com HTA apresentam um sistema cardíaco e vascular reativo mediante agentes cognitivos que desencadeiem stresse e apresentam tendência a reprimir, lidar de forma ineficaz com a hostilidade e a agressividade. Muitas das pessoas com HTA vivem em condições que exigem do sistema nervoso uma situação de alerta contínua, quer para a atividade, quer para situações ameaçadoras (Gutmann & Benson, 1971).

Alexander em 1954, citado por Yamamoto e Simon (2006), afirma que os indivíduos com hipertensão apresentam-se cronicamente privados de impulsos com carácter de agressão, gerando ansiedade e consequentemente alteração nos valores da tensão arterial. Normalmente são pessoas simpáticas, delicadas, benévolas e que se desviam de situações conflituosas e competitivas (Yamamoto & Simon, 2006). São indivíduos que se sentem bem sendo dependentes de outros, embora não admitam este facto. Têm tendência para comportamentos impetuosos e inoportunos, necessitando assim de conter os seus impulsos (Yamamoto & Simon, 2006).

Pelos aspetos mencionados acima, estas pessoas dão a sensação de serem sujeitos com maturidade, ajustados, mas de facto vivem em constante antagonismo – a vontade de ser agradável e a vontade de atacar quando se veem impedidos por algo que lhes é importante a nível emocional (Yamamoto & Simon, 2006). Para Thalenberg (1997), o indivíduo com HTA não é capaz de gerir de forma adequada os seus impulsos agressivos, pois quando os mostra tem medo de perder a ternura de quem gosta e quando a reprime não lhe dá a emoção adequada.

Harrel (1980) descreve que sujeitos com escassa afirmação própria e que tendem a omitir as emoções negativas nas situações acertadas, têm maior probabilidade de desenvolver HTA, uma vez que a omissão contínua de estímulos agressivos leva a distúrbios neuroendócrinos, cardíacos e vasculares. Já Diamond (1982) caracteriza o utente com HTA como sendo desordeiro, com comportamentos agressivos e de rancor, que se protege habitualmente desses impulsos pelo afastamento, omissão, obediência e benevolência. Também Fadden e Ribeiro (1998) concordam que a agressividade conduz a valores tensionais mais elevados, assim como indivíduos sujeitos a tensões emocionais contínuas, com frequência desenvolvem HTA.

Noutra perspetiva fala-se da palavra resistência, que apresenta normalmente um significado positivo. Ser capaz de resistir a qualquer contrariedade é entendido como algo essencial e desejável (Thalenberg, 1997). Na medicina é importante que o utente seja resistente aos mais diversos elementos agressivos, sejam traumatismos, infeções ou fármacos. Já na psicanálise a resistência é a dificuldade que a pessoa tem em contactar com o seu inconsciente (Thalenberg, 1997). O funcionamento do sistema físico e psíquico faz-se entre alternância de tensão e relaxamento, como por exemplo a pressão sistólica e diastólica, contração e dilatação arterial (Thalenberg, 1997).

4.3 Psiconeuroimunologia

A psicossomática sendo a ciência que liga o biológico e o relacional intersubjetivo (Mendes Pedro, 1997) leva a uma crescente sistematização de um novo ramo médico designada por Psiconeuroimunologia, que estuda a interação entre os sistemas nervoso e imunológico. É uma área de estudo promissora onde tem sido, ultimamente, efetuado mais investimento de maneira a ter melhor compreensão sobre a origem da relação estabelecida entre a ação dos fatores causais sobre o corpo que originam determinada patologia (Rosch, 1995, citado por Ouakinin, 2010).

Aristóteles (384-322 a.c.) citado por Solomon, (2001), afirma que a alma e o corpo apresentam reações de complementaridade. Então, uma modificação na alma afeta a estrutura corporal e vice-versa. Se estes dois sistemas deixam de funcionar de forma correta, podem ocorrer erros que levem a desenvolver determinadas doenças: as autoimunes (como a artrite reumatoide) e as do foro psicológico onde se inclui também o stresse (Silva, Barbosa, Dobrachinski & Feitosa, 2008).

Segundo Solomon (2001), existem muitos aspetos que evidenciam uma relação recíproca entre as emoções e o sistema imunitário, o que justifica o surgir e a progressão de patologias físicas devido às emoções. Faz sentido a forte ligação destes dois sistemas orgânicos, uma vez que é da responsabilidade dos dois a comunicação do sistema orgânico com o exterior (Solomon, 2001). Solomon (2001) cita Blalock (1984) quando afirma que estes dois sistemas interagem de forma muito evidente, como por exemplo através de mudanças psicológicas que acontecem no início e no desenvolvimento de certas doenças, tal como nas doenças autoimunes; a influência das hormonas de stresse no sistema imunitário; as consequências dos transmissores nervosos e neuropeptídeos a nível do sistema imunitário; os danos experimentais do stresse em animais e humanos; o efeito de fármacos sobre o sistema imunitário.

Neste contexto, J. Silva (2002) afirma que na linha fronteira entre o somático e a psique pode-se inferir o seguinte:

a) São os mesmos transmissores neuronais (hormona adrenocorticotrófica e hormona libertadora de corticotrofina, dopamina, serotonina, noradrenalina e acetilcolina) que regulam decursos endócrinos, psíquicos, inflamatórios e imunológicos;

b) Propriedades psíquicas e somáticas relacionadas entre si poderão derivar dos mesmos processos químicos que ocorrem a nível cerebral, ou seja, pessoas com muita reatividade à hormona libertadora de corticotrofina, apresentarão ao mesmo tempo predisposição a

características mais depressivas, ansiosas, obsessivas, mas igualmente maior predisposição ao desenvolvimento de neoplasias, estados infecciosos como consequência da diminuição da imunidade, que por sua vez se deve à quantidade excessiva de glicosteroides;

c) Acontecimentos psíquicos e somáticos influenciam-se reciprocamente;

d) O ambiente químico neuronal pode ser influenciado geneticamente, mas está da mesma forma sujeito a alterações irreversíveis resultantes de acontecimentos psicossociais e imunológicos que ocorrem em fases precoces da vida, mesmo durante a gravidez;

e) Acontecimentos psicossociais podem definir a atividade da cadeia hipotálamo-suprarrenal, expondo um modelo de atuação perante o stresse, seja mental ou físico;

f) Perante isto, as atitudes ditas de doença, como estado depressivo, dor excessiva, dramatização, mecanismos de coping podem ser francamente o resultado de processos bioquímicos;

Quando se manifesta um desequilíbrio de doença, o corpo participa de forma ativa, através da sua bioquímica, mas também mediante um saber inerente, dentro da sua forma de funcionar (Milheiro, 2001). A doença é caracterizada pelo facto do ser humano existir, se é verdade que inúmeros sujeitos parecem isentos à doença até à velhice, outros demonstram muita vulnerabilidade à doença, seja num momento particular, seja durante toda a sua vivência (Taylor, 1989, citado por Lopo, 2002)

Foi em 1943, quando surgiram as primeiras verificações de stresse emocional, através da presença elevada, na urina, de hormonas da suprarrenal, em pilotos e instrutores de aviação em simulação de voos (Shaffer, 1982). Desde então, a palavra stresse tem sido empregada para expressar as influências que recaem sobre um órgão do corpo ou sobre a mente do Homem (Shaffer, 1982).

O conceituado Hans Selye (1907-1982) foi o pioneiro na formulação do conceito de stresse, através da constatação que indivíduos distintos têm um mesmo tipo de resposta fisiológica para várias vivências do foro sensorial ou psicológico, levando a danos no sistema orgânico, tecidos ou no metabolismo (Bauer, 2002).

Para Bauer (2002), o stresse é entendido como o conjunto de distúrbios físicos e emocionais desencadeados por inúmeras condições que modificam a homeostasia interna orgânica, levando à condição doença. Louis Pasteur (1822-1895), citado por Bauer (2002), foi o pioneiro cientista a relacionar, através das experiências com galinhas expostas a situações stressantes, o stresse com

a debilidade da imunidade. Desde essa altura, que o stresse é entendido como fator de risco para muitas doenças (Bauer, 2002).

Por vezes, existem situações de vida que se afastam do habitual e que requerem uma outra adaptação. Se há alturas em que o sujeito resolve as situações aplicando estratégias semelhantes às anteriores, outras vezes o sujeito não sabe como conduzir a situação, surgindo então o stresse (Serra, 2000b). Um sujeito é considerado em stresse, quando não tem aptidões e recursos, sejam pessoais ou sociais para ultrapassar o nível exigido por determinada situação e que é entendida como importante para si (Serra, 2000b).

O stresse é intrínseco ao ser humano e em situações moderadas ajuda a melhorar o funcionamento do sujeito, já o stresse longo, continuado, torna-se nocivo para o Homem, tendo um efeito aditivo (Serra, 2000b). Quando um indivíduo entra em estado de stresse, há um processo que se inicia, envolvendo todo o sistema corporal e psíquico da pessoa. Desta forma surgem emoções, alteram-se comportamentos e há interferência com os mecanismos biológicos e cognitivos (Serra, 2000b).

O conceito de vulnerabilidade deverá ser percebido no relacionamento particular estabelecido entre o sujeito e dada situação. Há pessoas que apresentam descompensação ao menor obstáculo, enquanto que outros tendem a oferecer resistência a muitas situações adversas. Desta forma, as diferenças individuais explicam que se reaja de forma diferente perante situações de stresse (Serra, 2000b). A vulnerabilidade deve ser percebida na interação particular entre a pessoa e dada situação (Lazarus, 1999). As respostas ao stresse estão relacionadas com mecanismos de ativação fisiológica (Loureiro, 2006). Assim, o stresse tem a capacidade de modificar o estado saudável de um indivíduo (Loureiro, 2006). Por exemplo, o stresse crónico pode levar à resistência adquirida aos corticosteroides através da diminuição da sensibilidade cerebral para identificar estas hormonas na corrente sanguínea, ocorrendo uma menor destruição de células neoplásicas através de células natural killer (Bauer, 2002).

O sistema neuroendócrino e autoimune podem sofrer influências do stresse após o sistema nervoso central o ter percecionado. Por conseguinte, o stresse pode levar a uma alteração no sistema autoimune e eleva-se a probabilidade de desencadear uma doença (Glaser & Klecolt-Glaser, 1994). A supressão da produção e atividade linfocitária depende da existência de grandes níveis de corticosteroides num grande período de tempo, simultaneamente o aumento do cortisol

conduz à diminuição da quantidade e da capacidade da série linfocitária T e B sanguínea em responder (Olff, 1999).

No que concerne à doença física, o stresse pode levar ao surgimento de patologias cardíacas e vasculares como a HTA e enfarte agudo do miocárdio, patologias do foro respiratório, digestivo e debilitar o sistema autoimune (Adler & Marthews, 1994). As doenças cardiovasculares, onde se inclui a HTA, originam-se da ação recíproca da fisiologia, do meio ambiente e de comportamentos, sendo que estes fatores na maior parte das vezes procedem de modos de vida, que de certa forma podem ser manipulados e alterados pelas pessoas (Loureiro, 2006).

A AR, pelo facto de apresentar dor e incapacidade física, está relacionada com maiores níveis de stresse psicológico e depressão (Loureiro, 2006). Wilder (2000) assume que o stresse ou disfunções a nível do sistema de stresse exercem um papel crucial na AR. Concordando com estes factos está McGowan (1990), afirmando que o stresse e a agressividade são alterações que podem ser diagnosticadas em utentes com AR. Uma grande parte destes indivíduos apresenta níveis bastante elevados de stresse, provocados pelo stresse comum, mais o stresse derivado da própria patologia.

Baseado nos dados da Organização Mundial de Saúde, Bauer (2002) afirma que o stresse está presente em 90% da população mundial e é visto como uma epidemia global. Não constitui uma doença, mas sim uma maneira do sistema corporal se adaptar e proteger contra agressões externas ou internas (Bauer, 2002). Desta forma, o organismo responde ao stresse como uma estratégia de responder ao perigo, que Selye, segundo Bauer (2002), separou em três etapas: (1) é a etapa de alarme, em que o organismo identifica o agente de stresse e é ativado o sistema neuroendócrino; assim, as suprarrenais libertam epinefrina, norepinefrina e cortisol e consequentemente regista-se taquicardia, dilatação pupilar, hiper-hidrose, hiperglicemia, contração do baço e causa imunossupressão (reduzem as defesas); (2) a segunda etapa é a de adaptação, em que o organismo faz a reparação das lesões causadas pela primeira etapa através da redução hormonal, (3), contudo, se o stresse permanece inicia-se a terceira etapa, a exaustão, que leva ao desencadear de uma patologia relacionada com a condição stressante (Bauer, 2002). Então, o stresse agudo que se repete muitas vezes pode lesionar o organismo, como seja provocar alteração nas defesas imunitárias.

Ouakinin (2010) afirma que tem sido descrito que vivenciar afetos negativos, frequentemente ou de longa duração são fatores que levam à evolução desfavorável de muitas patologias,

interferindo de forma negativa na homeostasia orgânica a nível psicofisiológico e cognitivo-comportamental. O stresse vivenciado cronicamente afeta o equilíbrio orgânico, desencadeando uma série de respostas adaptadas com o objetivo de repor a homeostasia interna (Ouakinin, 2010). Desta forma surgem novas teorias, de forma a explicar a relação entre stresse e doença, dando ênfase ao funcionamento do sistema autoimune, neuronal, endócrino, mecanismos inflamatórios, genética e ambiente (Ouakinin, 2010).

O stresse está relacionado com a libertação de hormonas que altera os mecanismos fisiológicos e modifica as defesas dos organismo, sendo que no Homem a principal hormona que provoca estas alterações é o cortisol (Bauer, 2002). Perante uma situação stressante, tal como acontece na depressão clínica, os níveis sanguíneos de cortisol sofrem um grande aumento após ser ativado o eixo hipotalâmico-hipofisiário-adrenérgico (Bauer, 2002). O cortisol conecta-se com recetores existentes interiormente nos glóbulos brancos, levando muitas vezes à imunossupressão (Bauer, 2002). Em situações em que se verifica aumento do cortisol no organismo, há também um aumento no sangue de neutrófilos (glóbulos brancos presentes num processo inflamatório) e diminuição de linfócitos (presentes na regulação e desencadeadora da resposta imunitária), contudo constata-se um grande aumento de células natural killer (tipo de linfócitos), que impedem o surgimento de neoplasias e atacam infeções tipo viral (Bauer, 2002).

De referir que o cortisol e epinefrina levam à deslocação provisória da série leucocitária do sangue para os tecidos. Este acontecimento é crucial para o surgimento de reações imunitárias. Por exemplo, durante o stresse crónico a série linfocitária desloca-se para a medula óssea, como forma de se proteger da ação corticosteroide (Bauer, 2002). O stresse prolongado causa a diminuição do crescimento de linfócitos, aumentando a probabilidade de infeção num indivíduo (Bauer, 2002).

Abram Eksterman, citado por Tenenbaum (2010), também refere que a psicofisiologia poderá ser a causa de doença quando existe stresse psicológico, seja devido a alta responsividade ao stresse ou devido à presença efetiva de stresse diário, que poderá levar a alterações fisiológicas num indivíduo geneticamente suscetível, causando doença (Tenenbaum, 2010). Segundo o mesmo investigador, a psicofisiologia poderá funcionar como inibidor da resposta do hospedeiro, pois um agente infeccioso (que irá influenciar o sistema imunitário), a atuar num indivíduo com algum tipo de stresse psicológico (possível de deprimir o sistema imune) pode originar alguma patologia. A psicofisiologia é capaz, ainda, de alterar o curso da doença, através

do stresse psicológico que interfere na evolução do quadro clínico, muito frequente nas patologias autoimunes (Tenenbaum, 2010).

É a nível do sistema límbico que se desencadeia a avaliação de uma dada situação, dos acontecimentos de vida. Seguidamente, os outros sistemas interagem, tal como o sistema nervoso, endócrino e imunológico, onde as perceções corticocerebrais interagem com o sistema hipotalâmico (Silva, Barbosa, Dobrachinski & Feitosa, 2008). A forma de avaliar depende também de vários aspetos como a personalidade, vivências, momento atual e a cultura em que está inserido o indivíduo (Silva, Barbosa, Dobrachinski & Feitosa, 2008).

Os acontecimentos que podem induzir stresse são inúmeros, contudo a infância é uma época importante do desenvolvimento. Situações traumáticas durante esta fase podem levar futuramente a um desajustamento da pessoa, tornando-a, por exemplo, insegura, com pouca capacidade de afirmação, com medos, prejudicando-a na capacidade de se adaptar durante a sua vida (Serra, 2000b).

Mota-Cardoso (2001) salienta que é sempre essencial pensar sobre o estilo de vinculação, principalmente se este é do tipo evitante, tal como sucede em filhos de pais desinteressados, afastados, afetivamente não disponíveis e com comunicação incerta. Estes filhos adotam estratégias adaptativas que reduzem a procura de estar próximo e a qualidade dos relacionamentos futuramente (Lopo, 2002). Estas crianças pensam de forma seca, lógica, analítica, sem um elemento sensorial ou com intuição. Consequentemente, a sua vivência será com afeto escasso e aparentemente serão pessoas autónomas, dado não indicarem necessitar de relação, mas a parte cardíaca é significativa perante certas situações (Lopo, 2002). Este padrão de funcionamento aumenta a predisposição à patologia física, uma vez que as emoções, perante acontecimentos stressantes, têm ação direta no sistema autónomo (Taylor, 1989, citado por Lopo, 2002).

A vinculação apresenta então uma relação peculiar com o sistema neuro-endócrino. A mãe regula o sistema nervoso autónomo do bebé e simultaneamente processa-se a enervação do baço, timo e gânglios. Também este é o momento crítico de interiorização das funções de regulação e de estabelecer comunicação bidirecional entre o aparelho endócrino e imunológico (Mota-Cardoso, 2001). O córtex cerebral gere a nível superior as funções da imunidade, particularmente o hemisfério direito; a estimulação sócio-afetiva da mesma forma também é processada nesse lado cerebral, regulando igualmente a libertação de cortisol para responder ao stresse.

Em conclusão, a situação psicossocial da pessoa é uma grande causadora das reações imunológicas. Um sistema imunitário disfuncional é desenvolvido num meio inibitivo e a regulação psicobiológica da mãe, ou seja as suas emoções, interfere com o surgimento de um sistema imunitário disfuncional, de forma a que as situações do meio exterior interfiram na ação endócrina e imunológica (Lopo, 2002). Silva, Barbosa, Dobrachinski e Feitosa (2008) citam Groddeck (s.d) que pensa que qualquer doença não é por mero acaso, mas sim uma solução em forma de problema para as situações conflituosas de cada indivíduo. Na pessoa doente há disfunções a nível identitário, assim é urgente que obtenha a unidade de forma a resolver o conflito.

Capítulo II – Definição e Organização do Estudo Exploratório

1. Definição do Estudo

1.1 Definição do Problema

De acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada, as patologias autoimunes têm múltiplos fatores na sua origem, a componente psicossocial é uma das suas causas. Aliás, os aspetos psicossomáticos estão presentes em pacientes com este tipo de doenças, facto que já é correlacionado em diversos estudos. Alguns trabalhos desenvolvidos e referenciados no enquadramento teórico deste estudo encaram a AR como uma patologia psicossomática

Este estudo tem como alicerce a compreensão de fatores relacionais e emocionais, como a vinculação no adulto, as práticas educativas parentais, a vulnerabilidade ao stress e o bem-estar psicológico, que poderão estar presentes de forma mais negativa numa situação de doença.

A escolha destas variáveis pode ser justificada pelos seguintes aspetos:

1) Estudos mencionados no enquadramento demonstram que as emoções negativas constantes e permanentes poderão ser fatores de iniciação ou evolução de um processo patológico. Desta forma, influenciam os mecanismos psicofisiológicos.

2) Relativamente aos agentes de desenvolvimento, a vinculação tem sido apontada como responsável pela forma como os indivíduos respondem às situações de stress. Bowlby (1990) afirma que os comportamentos vinculativos apresentam bases biológicas, que poderão ser entendidos no âmbito da evolução, ou seja, o bebé nasce com uma série de sistemas comportamentais para serem ativados. Nos primeiros tempos de vida a vinculação é percebida através de atitudes como por exemplo choro ou sorriso, direcionados para uma pessoa específica, normalmente a mãe (Moreira, 2004). Em suma, a vinculação é expressa como aprendizagens onde se formam redes neuronais, que dependem de fatores genéticos, mas muito também da experiência (Ouakinin, 2010). As redes neuronais conectam o córtex órbito-frontal, a amígdala e os circuitos reguladores do alerta da emoção e dos afetos (Ouakinin, 2010). Assim, é através destas redes que as interações precoces se ligam a sentimentos de conforto e segurança ou ansiedade e medo (Ouakinin, 2010).

3) Também as práticas educativas parentais têm sido relacionadas com disfunções ao nível dos processos vinculativos, pois figuras parentais que demonstram carinho, disponibilidade, grande suporte emocional, contribuem para uma vinculação mais segura na idade adulta.

4) A vulnerabilidade ao stress influencia a homeostasia interna ativando o eixo hipotalâmico-hipofisário-suprarrenal coordenados pelo SNC. No sentido de explorar possíveis relações entre stress e doença, surgem investigações a nível do sistema imunológico, neuro-endócrino e dos mecanismos de inflamação, bem como da interação entre genética e meio ambiente.

Importante salientar, a nossa intenção inicial em aplicar o Inventário da Depressão de Beck. Vários são os estudos que relacionam a depressão com as patologias autoimunes, contudo ao aplicar o pré-teste os participantes referiram que eram muitos questionários e que o Inventário da Depressão de Beck era muito complexo, acusando mesmo algum cansaço aquando do término. Por este motivo, o Inventário da Depressão de Beck foi substituído por um questionário que descrevesse o estado psicológico destes indivíduos, como o CORE-OM (Clinical outcome in routine evaluation – outcome measure). Nesta altura achamos que seria uma lacuna não apresentar uma caracterização psicológica destes indivíduos, daí a aplicação do CORE-OM.

Com processos vincutivos mais inseguros, associados a práticas educativas parentais disfuncionais, a vulnerabilidade ao stress poderá estar em níveis mais elevados e a probabilidade de desencadear doença aumenta. Em indivíduos portadores de patologia crónica, o bem-estar psicológico é mais diminuído. Perante estes factos, torna-se imperativo perceber de que forma estas variáveis se manifestam em indivíduos com patologia autoimunes. E será que o comportamento destas variáveis difere em indivíduos com patologia também crónica, mas não autoimunes e dos indivíduos saudáveis?

Tal como foi referido no primeiro capítulo, a nível psicossomático aborda-se frequentemente a questão da afetação do sistema imunológico. Sendo a AR uma doença autoimune e os níveis elevados do anticorpo anti-CCP indicadores de gravidade da doença, será que existe relação entre as variáveis supracitadas e o anticorpo?

Desta linha de orientação surge o nosso problema de investigação que está na base deste estudo. Então, surge a necessidade de explorar de que forma estão presentes o estilo de vinculação, as práticas educativas parentais, a vulnerabilidade ao stress, o bem-estar psicológico e o anticorpo anti-CCP em pessoas com patologia autoimune.

Este estudo apresenta dois grupos de controlo: um clínico, com doentes com HTA e outro não clínico, ou seja, pessoas sem patologia crónica e autoimune. A presente investigação tem como finalidade contribuir para um melhor domínio da etiopatogenia desta patologia, fornecendo aos utentes um leque maior de possibilidades terapêuticas.

Não existem investigações quanto à relação do anticorpo anti-CCP e o padrão de vinculação, as práticas educativas parentais, a vulnerabilidade ao stresse e o bem-estar psicológico. Da mesma forma são escassos os estudos que relacionam as patologias com as variáveis supracitadas. Assim, é pertinente estudar esta relação, de forma a perceber como estas variáveis interferem na agressividade da AR. Espera-se ainda que este estudo possa servir: (a) para reforçar a ponte entre a medicina e a psicologia; (b) levar a estudos futuros que possam contribuir para a justificação de uma intervenção precoce na sociedade de maneira a minimizar os riscos de desenvolver patologia.

1.2 Objetivos

O objetivo é uma declaração que precisa o que o pesquisador tenciona efetuar no decorrer da investigação (Fortin, 1996/1999). Com o presente estudo, definiu-se como objetivo principal descrever de que forma os padrões de vinculação, as práticas educativas parentais, a vulnerabilidade ao stresse, o bem-estar psicológico e o anticorpo anti-CCP se manifestam em pessoas com AR. Pretende-se, ainda, comparar a manifestação destas variáveis, exceto o anti-CCP, entre o grupo de pessoas com AR e o grupo de pessoas com HTA e saudável.

Devido à complexa raiz relacional de vínculos que o Homem consegue elaborar, pretende-se efetuar a relação entre vinculação e práticas educativas parentais com as seguintes variáveis: pessoas com quem viveu na infância e a separação destas mesmas pessoas.

1.3. Questões de Investigação

Assim sendo, de acordo com os objetivos estabelecidos para este estudo, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

Questão 1 – No grupo de pessoas com AR existe relação entre os níveis do anticorpo anti-CCP e os estilos de vinculação, as práticas educativas parentais, a vulnerabilidade ao stresse e o bem-estar psicológico?

Questão 2 – Existem diferenças significativas entre o grupo de pessoas com AR, com HTA e o grupo de indivíduos saudáveis, relativamente aos estilos de vinculação no adulto, às práticas educativas parentais, à vulnerabilidade ao stresse e ao bem-estar psicológico?

Questão 3 - Os indivíduos que viveram com os pais na infância apresentam estilos de vinculação mais seguros e percebem melhores práticas educativas parentais?

Questão 4 – Os indivíduos que vivenciaram a separação dos cuidadores na infância apresentam estilos de vinculação mais inseguros e percebem piores práticas educativas parentais?

Face às questões indicadas, colocam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: As pessoas com AR que apresentam níveis do anticorpo anti-CCP mais elevados apresentam também estilos de vinculação do tipo ansioso, práticas educativas parentais mais disfuncionais, maior vulnerabilidade ao stress e menor bem-estar psicológico.

Hipótese 2: O grupo de pessoas com AR apresenta estilos de vinculação, no adulto, mais inseguros, práticas educativas parentais mais disfuncionais, maior vulnerabilidade ao stress e pior bem-estar psicológico que os grupos com HTA e o grupo de indivíduos saudáveis.

Hipótese 3: Os indivíduos que viveram com os pais na infância apresentam estilos de vinculação mais seguros e percebem melhores práticas educativas parentais.

Hipótese 4: Os indivíduos que vivenciaram a separação dos cuidadores na infância apresentam estilos de vinculação mais inseguros e percebem piores práticas educativas parentais.

2. Metodologia

2.1 Tipo de Estudo

Este estudo é do tipo exploratório e descritivo e consiste numa abordagem quantitativa. Classifica-se em exploratório, uma vez que a descrição dos padrões de vinculação na idade adulta, as práticas educativas parentais, a vulnerabilidade ao stresse, o bem-estar psicológico e o anticorpo anti-CCP na AR são temas pouco estudados; descritivo, pois pretende-se expor de que forma estas variáveis estão presentes nos utentes com AR. Assim, procurou-se encontrar a forma como um acontecimento se manifesta e quais os agentes que estão relacionados com esse acontecimento (Polit & Hungler, 1993/1995).

Esta investigação é de carácter transversal, porquanto a recolha de dados foi efetuada num único momento (Ribeiro, 1999) e de tipo caso de controlo. É ainda um estudo não experimental ex-post-facto, pois não tenta explicar as relações causais, e retrospectivo pois a manifestação de um fenómeno no presente está ligada a fenómenos que ocorreram no passado (Polit, & Hungler, 1993/1995).

2.2 Amostra

Uma população é um conjunto de indivíduos abrangidos por características semelhantes, segundo determinadas regras e a amostra consiste num subgrupo da população que represente a população estudada (Fortin, 1996/1999). A amostra neste estudo é então constituída por um grupo de pessoas com AR. Identificou-se os indivíduos com critérios de inclusão para fazer parte da amostra, sendo estes referenciados para participar no estudo através do preenchimento de questionários, no próprio dia da consulta. Existem ainda dois grupos de controlo sendo um clínico composto por 32 pessoas com HTA e um segundo grupo de controlo também de 32 pessoas consideradas saudáveis, isto é sem patologia física ou mental.

O processo de amostragem das pessoas com AR foi realizado por conveniência ou accidental, pois os sujeitos são selecionados deliberadamente de acordo com um determinado número de critérios predefinidos pelo investigador (Fortin, 1996/1999).

O processo de amostragem dos grupos de indivíduos com HTA e saudáveis foi não-probabilística por quota. O investigador utiliza os conhecimentos que tem acerca da população

para construir alguma representatividade, identifica os estratos da população e especifica as proporções que são necessárias a partir dos vários segmentos populacionais (Fortin, 1996/1999).

Optou-se por usar dois grupos de controlo, porque neste estudo, a simples opção por o grupo de pessoas com AR não permitiria clarificar se os resultados encontrados para as variáveis em causa poderiam ser entendidos como consequência da condição de doente autoimune, ou se contrariamente, poderiam ser entendidos como consequência da presença de doença crónica potencialmente letal, que não a AR, com prejuízo para a vida dos utentes. Pelo motivo supracitado, consideramos fundamental a introdução de um grupo clínico de controlo com características semelhantes às do grupo da AR, mas que se distinguisse deste, nomeadamente a nível fisiopatológico.

Com as características das doenças autoimunes descritas e conhecidas, demarcamos os critérios para a escolha do grupo de controlo clínico. Assim, a nossa escolha baseou-se numa patologia com as seguintes propriedades específicas: clinicamente diagnosticada e distinta da AR; não causar limitações cognitivas e físicas para que os utentes possam participar na investigação; apresentar cronicidade e irreversibilidade como nas doenças autoimunes; apresentar uma grande morbilidade, tal como a AR que é das doenças autoimunes mais prevalentes; existência de comorbidades tal como na AR; ser progressiva e potencialmente fatal; necessitar de medicação de forma a controlar a doença; possibilidade de início da doença na idade adulta jovem.

Após serem delineados os critérios para efetuar a inclusão de um grupo clínico de comparação, a doença que mais se adequa é a HTA, que para além de ser crónica e possuir uma série de características semelhantes à AR, tem claramente uma distinção clínica desta última.

2.3 Critérios de Constituição dos Grupos

Todos os indivíduos estão na faixa etária entre os 17 e os 60 anos de idade. A idade mínima justifica-se pelo facto dos critérios de diagnóstico da AR exigirem que seja se acima dos 16 anos, caso contrário seria definida como Artrite Reumatoide Juvenil. O limite para a amostragem ser abaixo dos 60 anos é para descartar a hipótese dos processos patológicos estudados serem decorrentes do envelhecimento natural.

O grupo de doentes de estudo foi constituído exclusivamente por pessoas (n=32) que se encontravam com seguimento clínico nas consultas externas de autoimunes do Hospital Curry Cabral. Critérios específicos para a inclusão de utentes com AR neste estudo foram determinados: diagnóstico efetuado com base nos critérios internacionalmente adotados para a patologia: (1) rigidez pela manhã com duração superior a 1 hora; (2) artrite no mínimo em duas articulações com edema das partes moles ou derrame; (3) artrite das articulações das mãos (pelo menos uma); (4) artrite simétrica; (5) nódulos reumatoides; (6) fator reumatoide presente no soro; (7) alterações típicas nos raios X indicadores de AR (Dambro, 1997; Queiroz, 2002); as pessoas no momento do diagnóstico não poderiam estar a tomar medicação corticosteroide, dado que esta terapêutica influencia os níveis do anticorpo anti-CCP; não poderem apresentar outra doença autoimune para além da AR; não apresentarem HTA; querer participar no estudo e assinar um formulário de consentimento informado. Estes critérios foram estabelecidos mediante o conhecimento profissional dos autores deste estudo e após discussão com os clínicos da consulta de autoimunidade, de forma a evitar o enviesamento dos resultados da investigação.

O grupo de controlo clínico, que é o grupo de pessoas com HTA foi constituído por indivíduos (n=32) que se encontram com seguimento clínico nas consultas externas de medicina interna do Hospital Curry Cabral. Os critérios específicos para a inclusão de pessoas com HTA neste estudo foram determinados: diagnóstico efetuado pelos médicos de medicina interna do Hospital Curry Cabral com base nos critérios estabelecidos (ter valores sistólicos acima dos 140 mmHg e os diastólicos maiores que 90 mmHg durante um determinado tempo baseado na média de duas ou mais medidas efetuadas por técnicos de saúde) e não revelar doença autoimune.

O grupo de controlo saudável é constituído por pessoas (n=32) submetidas aos seguintes critérios de inclusão: ter entre os 17 e os 60 anos de idade; não apresentar doença autoimune; não apresentar HTA; não apresentar nenhuma doença crónica; não estarem submetidos a terapêutica psiquiátrica; querer participar no estudo e assinar um formulário de consentimento.

2.4 Caracterização da Amostra

Os dados obtidos através do Questionário Sociodemográfico deram a possibilidade de visualizar alguns aspetos característicos da amostra deste estudo, tais como: a idade, o sexo,

grupo étnico-cultural, estado civil, habilitações literárias, ocupação, se vive acompanhado, filhos, número de irmãos, ordem no nascimento, cuidadores na infância e separação.

O rendimento familiar foi excluído do tratamento estatístico por a maior parte dos inquiridos não ter respondido, logo não foi possível categorizar os indivíduos quanto à classe social. Quanto ao estado civil, fez-se a distinção entre: solteiro, casado/união de facto, viúvo e separado/divorciado. Relativamente às habilitações literárias, a classificação foi efetuada em: não sabe ler ou escrever, ensino primário, ensino preparatório, ensino secundário e ensino Superior. A ocupação foi diferenciada em: desempregado, trabalhador, estudante, de baixa e reformado.

As variáveis vive acompanhado, filhos e separação na infância, foram respondidas em termos de sim e não; a ordem de nascimento foi classificada em mais velho, mais novo, do meio e gémeos; a variável cuidadores de infância foi diferenciada em pai e mãe, somente com o Pai, somente com a mãe e outros.

O tratamento estatístico dos dados demográficos obtidos possibilitou a caracterização global dos três grupos em investigação (grupo com AR, grupo com HTA e grupo saudável), tal como se encontra no quadro 1.

A opção por recorrer a grupos de controlo prende-se com a tentativa de controlar a interferência das variáveis nos resultados finais. De forma a evitar o enviesamento, foi respeitada a homogeneidade das seguintes variáveis: idade, sexo, grupo étnico-cultural, estado civil, habilitações literárias, ocupação, coabitação e filhos. Este procedimento visa que os resultados traduzam, da maneira mais aproximada possível, as diferenças entre os grupos.

Tabela (1): Características Gerais da Amostra

Variáveis	Grupos			N=96
	AR (n=32)	HTA (n=32)	Saudável (n=32)	
Idade				
Média	52,72	52,13	50,19	51,68
Desvio Padrão (DP)	7,969	6,932	7,253	7,399
Limites	37-60	37-60	37-60	37-60
Sexo				
Feminino	20 (62,5%)	21 (65,6%)	20 (62,5%)	61 (63,5%)
Masculino	12 (37,5%)	11 (34,4%)	12 (37,5%)	35 (36,5%)
Grupo Étnico-Cultural				
Caucasiano	30 (93,8%)	29 (90,6%)	29 (90,6%)	88 (91,7%)
Africano	2 (6,3%)	3 (9,4%)	3 (9,4%)	8 (8,3%)
Estado Civil				
Solteiro	2 (6,3%)	1 (3,1%)	2 (6,3%)	5 (5,2%)
Casado/União de Facto	27 (84,4%)	26 (81,3%)	26 (81,3%)	79 (82,3%)
Viúvo	1 (3,1%)	3 (9,4%)	2 (6,3%)	6 (6,3%)
Separado/Divorciado	2 (6,3%)	2 (6,3%)	2 (6,3%)	6 (6,3%)
Habilitações Literárias				
Ensino Primário	17 (53,1%)	18 (56,3%)	15 (46,9%)	50 (52,1%)
Ensino Preparatório	6 (18,8%)	4 (12,5%)	6 (18,8%)	16 (16,7%)
Ensino Secundário	5 (15,6%)	6 (18,8%)	6 (18,8%)	17 (17,1%)
Ensino Superior	4 (12,5%)	4 (12,5%)	5 (15,6%)	13 (13,5%)
Ocupação				
Desempregado	3 (9,4%)	3 (9,4%)	4 (12,5%)	10 (10,4%)
Trabalhador	13 (40,6%)	14 (43,8%)	14 (43,8%)	41 (42,7%)
De Baixa	4 (12,5%)	3 (9,4%)	5 (15,6%)	12 (12,5%)
Reformado	12 (37,5%)	12 (37,5%)	9 (28,1%)	33 (34,4%)
Vive acompanhado				
Sim	29 (90,6%)	28 (87,5%)	29 (90,6%)	86 (89,6%)
Não	3 (3,4%)	4 (12,5%)	3 (3,4%)	10 (10,4%)
Filhos				
Sim	29 (90,6%)	30 (93,8%)	29 (90,6%)	88 (91,7%)
Não	3 (9,4%)	2 (6,3%)	3 (9,4%)	8 (8,3%)
Ordem de Nascimento				
Mais Velho	5 (16,1%)	10 (33,3%)	9 (31,0%)	24 (26,7%)
Mais Novo	9 (20,0%)	11 (36,7%)	5 (17,2%)	25 (27,8%)
Do Meio	17 (54,8%)	7 (23,3%)	15 (51,7%)	39 (43,3%)
Gêmeos	0 (0%)	2 (6,7%)	0 (0%)	2 (2,2%)
Viveu na Infância				
Pais	28 (87,5%)	30 (93,8%)	29 (90,6%)	87 (90,6%)
Só com a Mãe	2 (6,3%)	1 (3,1%)	1 (3,1%)	4 (4,2%)
Outros	2 (6,3%)	1 (3,1%)	2 (6,3%)	5 (5,2%)
Separação de Pais/Cuidadores				
Sim	9 (6,3%)	3 (9,4%)	3 (9,4%)	15 (15,6%)
Não	23 (71,9%)	29 (90,6%)	29 (90,6%)	81 (84,4%)

Grupo de AR

A amostra de pessoas com AR é constituída por 32 sujeitos, com idades compreendidas entre os 37 anos e os 60 anos. A média de idades ronda os 52,7 anos (DP=8). A maioria dos sujeitos é do sexo feminino, apenas 12 (37,5%) são do sexo masculino. Existem apenas 2 sujeitos (6,3) que pertencem ao grupo étnico-cultural africano, sendo os restantes caucasianos (93,8%).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos sujeitos (84,4%), são casados ou vivem em união de facto. No que concerne às habilitações literárias, 17 (53,1%) indivíduos frequentaram o ensino primário, 6 (18,8%) o ensino preparatório, 5 (15,6%) o ensino secundário e apenas 4 (12,5%) têm curso superior. A percentagem de sujeitos que se encontra a trabalhar é de 40,6% e está próxima da percentagem de sujeitos que se encontram reformados (37,5%); ainda 12,5% dos sujeitos encontram-se de baixa; 9,4% estão desempregados.

A maioria dos indivíduos com AR (90,6%) vive acompanhado e a maior parte tem filhos (90,6%). Relativamente à ordem de nascimento, 17 sujeitos são os irmãos do meio, 9 são mais novos e apenas 5 são os mais velhos. Finalmente, a grande maioria (87,5%) viveu com os pais e também a maior parte dos sujeitos (71,9%) não apresentou separação na infância dos principais cuidadores.

Grupo de HTA

A amostra de pessoas com HTA é constituída igualmente por 32 sujeitos. A idade variou entre os 37 anos e os 60 anos, com uma média de 52,1 anos (DP=7). A maioria dos sujeitos é do sexo feminino, apenas 11 (34,4%) são do sexo masculino. Só 3 (9,4) pertencem ao grupo étnico-cultural africano, sendo os restantes caucasianos.

Relativamente ao estado civil, a maioria, 81,3% dos sujeitos, são casados ou vivem em união de facto. No que respeita às habilitações literárias, 18 (56,3%) sujeitos frequentaram o ensino primário, 4 (12,5%) o ensino preparatório, 6 (18,8%) o ensino secundário e apenas 4 (12,5%) tem curso superior. A percentagem de sujeitos que se encontra a trabalhar é 43,8%; 37,5% encontram-se reformados; 9,4% encontram-se de baixa e os restantes 9,4% estão desempregados.

A maioria das pessoas com AR (87,5%) vive acompanhada e tem filhos (93,8%). Quanto à ordem de nascimento, 11 são os mais novos, 10 mais velhos, 7 são do meio e existem 2 sujeitos com irmãos gémeos. Finalmente, a grande maioria (93,8%) viveu com os pais e também a maior parte (90,6%) não apresentou separação na infância dos principais cuidadores.

Grupo Saudável

A amostra de indivíduos saudáveis ($n=32$) é constituída por pessoas cuja idade variou entre os 37 anos e os 60 anos, com uma média de 50,2 anos ($DP=7$). A maioria dos sujeitos (62,5%) são representados pelo sexo feminino, apenas 12 (37,5%) são do sexo masculino. Só 3 (9,4) pertencem ao grupo étnico-cultural africano, sendo os restantes caucasianos (90,6%).

Relativamente ao estado civil, a maioria, 81,3% dos sujeitos, são casados ou vivem em união de facto. Deste grupo de indivíduos, 46,9% frequentaram o ensino primário, 18,8% o ensino preparatório, 18,8% o ensino secundário e 15,6% tem curso superior. A percentagem de sujeitos que se encontra a trabalhar é de 43,8%; 28,1% estão reformados, 15,6% estão de baixa e os restantes 12,5% encontram-se desempregados.

A maioria dos indivíduos com AR (90,6%) vive acompanhado e também a maioria tem filhos (90,6%). Relativamente à ordem de nascimento, 15 são os irmãos do meio, 9 são mais velhos e apenas 5 são os mais novos. Finalmente, a grande maioria (90,6%) viveu com os pais e também a maior parte dos sujeitos (90,6%) não apresentou separação na infância dos principais cuidadores.

Para verificar se existem diferenças estatísticas entre os grupos recorreremos ao Teste Qui-Quadrado, observamos que $p\text{-value} > 0,05$, ou seja não há diferenças estatisticamente significativas, ou seja os grupos são iguais (Anexo A)

2.5 Variáveis em Estudo

O termo variável refere-se a qualidades, particularidades de objetos, indivíduos ou acontecimentos alvo de estudo numa investigação (Fortin, 1996/1999). A variável pode ser independente ou dependente. A primeira é passível de ser manipulada, de forma a medir o seu efeito sobre a dependente e a segunda é afetada pela independente (Fortin, 1996/1999).

As variáveis fulcro das questões de investigação são as dependentes, como: (a) o estilo de vinculação com as dimensões Ansioso, Seguro e Evitante; (b) as práticas educativas parentais com os fatores: Suporte Emocional, Rejeição e Sobreproteção; (c) a vulnerabilidade ao stresse com as dimensões: perfeccionismo e intolerância à frustração, inibição e dependência funcional, carência de apoio social, condições de vida adversas, dramatização da existência, subjugação e deprivação de afeto e rejeição; (d) o bem-estar psicológico com as dimensões bem-estar

subjetivo, queixas e sintomas, funcionamento social e pessoal e comportamentos de risco; (e) o anticorpo Anti-CCP.

Em relação às variáveis independentes, consideram-se as seguintes: idade, sexo, grupo étnico-cultural, estado civil, habilitações literárias, ocupação, viver acompanhado, filhos, ordem de nascimento, vivência da infância e separação dos pais. Apesar do questionário recolher informação sobre a ordem do nascimento e número de irmãos, não foi possível proceder à análise desta variável por não haver dados suficientes para o levantamento de hipóteses. Contudo, poderá ser útil para investigações futuras.

2.6 Instrumentos de Medida

Após a realização do enquadramento teórico, foi efetuada a seleção dos instrumentos de recolha de dados, que possibilitaram avaliar as variáveis presentes neste estudo de investigação. A escolha destes instrumentos foi baseada nas suas características psicométricas e pelo facto de apresentarem validação na população portuguesa. Assim, foram aplicados a cada sujeito dos três grupos quatro instrumentos: Questionário Sociodemográfico, a Escala de Vinculação no Adulto, Memórias de Infância e o Questionário de Vulnerabilidade ao Stresse. A obtenção dos níveis do anticorpo anti-CCP foi possível com a consulta de processo clínico.

2.6.1 Anticorpo anti-peptídeo cíclico citrulinado (anti-CCP).

O diagnóstico da AR está dependente de uma variedade de sinais e sintomatologia, dados analíticos e radiológicos. A determinação diagnóstica é baseada nos critérios de Classificação do Colégio Americano de Reumatologia, mencionados anteriormente. Apesar destes critérios confiarem intensamente na expressão da sintomatologia clínica, estes não estão presentes na fase inicial da patologia (Vossenaar & Van Venrooij, 2004). Desta forma, as técnicas laboratoriais que contribuam para um diagnóstico o mais precocemente possível são essenciais.

O anti-CCP foi implementado pelo teste ELISA por um grupo de pesquisa dirigido pelo Professor Walther van Venrooij com peptídeos sintetizados através da citrulina. Os testes efetuados para a deteção do anticorpo-anti-CCP são imunoenzimáticos, tendo sido comprovada a acurácia diagnóstica do teste ELISA CCP (Silva, Matos, Lima, Lima, Gaspar, Braga & Carvalho,

2006). Os testes referidos são reprodutíveis, de simples aplicação e muito disponíveis, sendo a sua pesquisa efetuada por enzimaímunoensaio e os valores expressos em unidades (U) (Poser & Oravec, 2004). Os valores de referência para o anticorpo anti-CCP são: menor que 20 é não reagente, 20 a 39 é fracamente reagente, 40 a 59 moderadamente reagente e maior que 59 fortemente reagente.

Anticorpo Anti-CCP – é um auto anticorpo que apresenta uma grande especificidade, podendo este estar presente até 90% dos pacientes com AR e até antes mesmo de haver sinais e sintomas clínicos. Pretende-se avaliar os níveis de anti-CCP na amostra de pessoas com AR e compará-los com as restantes variáveis.

2.6.2 Escala de vinculação no adulto (EVA).

Para avaliar os estilos de vinculação no adulto, decidiu-se utilizar a Escala de Vinculação no Adulto (Anexo J), que originalmente se intitula Adult Attachment Scale (AAS-R), criada e desenvolvida por Collins e Read, em 1990. O objetivo de Collins e Read foi transpor as lacunas do instrumento de Hazer e Shaver (1987) com o intuito de identificar três estilos vinculativos: ansioso, evitante e seguro.

Em Portugal, as primeiras investigações em que se aplicou a Adult Attachment Scale, foram efetuadas por Canavarro, em 1997, citada esta por Canavarro, Dias e Lima (2006). A Adult Attachment Scale foi então aplicada e validada para a população portuguesa por Canavarro após autorização dos autores (Canavarro, 1997, citada por Faria, 2008). A versão em português deste instrumento é designada por Escala de Vinculação no Adulto (EVA) e foi mais tarde usada por outros autores, contribuindo assim para as qualidades psicométricas da EVA em Portugal (Canavarro, Dias & Lima, 2006). Os estudos psicométricos do instrumento em questão possibilitam, atualmente, aplicar a EVA com cientificidade, fiabilidade e validade (Canavarro, Dias & Lima, 2006).

A Eva permite identificar os padrões de vinculação no adulto. A versão final apresenta 18 itens e para tal é usada uma escala de cinco pontos, variando de “Nada característico em mim a Extremamente característico em mim” (Collins & Read, 1990).

As dimensões identificadas nos estudos de validação efetuados por Canavarro (1997, citada por Paixão, 2009) foram apresentados da seguinte forma:

1. Vinculação ansiosa – caracterizada pela vontade de permanecer com os outros que são próximos; com uma grande vigilância a fatores relacionados com a separação; a incerteza quanto à assiduidade e disposição dos outros próximos.

2. Vinculação segura: neste estilo vincutivo, o relacionamento estabelecido com os outros próximos é fácil; são encarados como atendendo facilmente às necessidades relacionadas com a segurança e conforto.

3. Vinculação evitante: está relacionada com estratégias para tornar pouco significante os relacionamentos; os pares são vistos como geradores de stresse e estão sujeitos a suspeita.

A versão da escala utilizada nesta investigação foi validada por Canavarro, que após contacto, por parte da autora deste estudo, cedeu autorização para a utilizar e indicou a bibliografia necessária para a correta aplicação e análise.

2.6.3 Memórias de infância (EMBU).

Para efetuar a avaliação das relações com o pai e com a mãe de forma distinta durante a infância e adolescência, foi utilizado o Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour (Perris, Jacobson, Lindstorm, von Knorring, & Perris, 1980). A versão portuguesa do instrumento em questão é designada por Memórias de Infância (embora seja muito utilizada a sigla EMBU na bibliografia, em Portugal) (Anexo K), tendo sido desenvolvida, abreviada e adaptada por Canavarro (Canavarro, 1999). A partir da versão original, que possuía 81 itens, Arrindell, Emmelkamp, Monsma e Brilman (1983) abreviaram a escala para 23 itens, identificando quatro dimensões diferentes: rejeição, suporte emocional, sobreproteção e preferência relativamente aos irmãos.

Com os estudos psicométricos, foi criada a versão portuguesa desta escala, adaptada e desenvolvida por Canavarro (1999) e que é constituída por 23 itens, sendo identificadas três dimensões diferentes tanto para o pai como para a mãe:

1. Suporte Emocional – composto por uma série de atitudes comportamentais dos pais relativamente aos filhos, desenvolvendo nestes últimos sentimentos de conforto e aprovação pelos progenitores.

2. Rejeição – reflete um conjunto de comportamentos dos pais que tendencialmente querem alterar as decisões dos descendentes; estes percecionam efeito de rejeição do mesmo como indivíduo.

3. Sobreproteção – caracterizado pelo comportamento dos pais como tendo um carácter protetor, em demasia, de acontecimentos que provoquem stresse e contrariedades.

Este inventário é constituído por uma escala com quatro pontos, compreendida entre o “Não, nunca” a “Sim, a maior parte do tempo” (Barbosa, 2005). Através da revisão bibliográfica, constata-se que este é um dos instrumentos mais aplicados para averiguar as memórias que os indivíduos, já adultos, apresentam relativamente à forma como foram educados quando crianças e adolescentes.

2.6.4 Questionário de vulnerabilidade ao stresse.

Como forma de avaliar a vulnerabilidade ao stresse de um determinado indivíduo perante uma situação de stresse, foi utilizado o Questionário de Vulnerabilidade ao stresse (Anexo L), também designado de 23 QVS. O questionário, concebido por Adriano Vaz Serra, é um instrumento de autoavaliação, tendo a versão final ficado com 23 questões, daí a sua designação de 23 QVS (Serra, 2000a). É uma escala tipo Likert, com quatro pontos que estão compreendidos entre o “Concordo em absoluto a Discordo em absoluto”, sendo que os valores mais altos estão relacionados com aspetos com maior negatividade (Serra, 2000a). Quanto maior o valor global, mais facilmente o sujeito apresentará vulnerabilidade ao stresse (Simões, Machado, Gonçalves & Almeida, 2008). Tal como indicação do autor, foram excluídos da amostra indivíduos com demência, debilidade mental, psicóticos, crianças e adolescentes (Simões, Machado, Gonçalves & Almeida, 2008).

As dimensões apresentadas por esta escala são: perfeccionismo e intolerância à frustração; inibição e dependência funcional; carência de apoio social; condições de vida adversas; dramatização da existência; subjugação; e privação de afeto e rejeição.

O ponto de corte, calculado pela fórmula de Fisher é de 43. É considerável vulnerável quem obtenha valores superiores ou iguais a 43 e não vulnerável se forem inferiores a 43 (Serra, 2000a).

2.6.5 CORE-OM – Clinical outcome in routine evaluation – outcome measure

O CORE é um conjunto de instrumentos que pretendem avaliar a qualidade do tratamento psicológico, criado em 1990, no Reino Unido, devido à necessidade de avaliar o serviço de saúde mental neste país (Evans, Mellor-Clark, Margison, Barkhan, Audin, Connell, McGrath, 2000).

O CORE-OM (Anexo M) é um questionário europeu de autorrelato que mede o bem-estar psicológico do indivíduo adulto e que pode ser aplicado em vários contextos clínicos ou não (Sales, Moleiro, Evan, Alves, 2011). A sua tradução para Portugal, iniciada em 2007, foi baseada num protocolo internacional efetuado pelos membros da CORE System Trust, tendo sido esta tradução considerada relevante, fiável e de grande consistência interna (Sales, Moleiro, Evan, Alves, 2011).

Este questionário apresenta 34 itens que podem ser reunidos em várias dimensões: bem-estar subjetivo; queixas e sintomas; funcionamento social e pessoal; comportamentos de risco (Evans, Mellor-Clark, Margison, Barkhan, Audin, Connell, McGrath, 2000). A dimensão Risco não é uma subescala, mas uma via de alerta clínico para que os profissionais atuem da melhor forma com o paciente (Sales, Moleiro, Evan, Alves, 2011). Os itens são avaliados num tipo escalar que vai desde “Nunca a Sempre ou quase sempre” em que o indivíduo terá que se reportar às vivências da semana passada (Sales, Moleiro, Evan, Alves, 2011). Esta escala fornece um nível global de sofrimento do utente e é obtido pela média dos 34 itens. Quanto maior o valor, menor o bem-estar psicológico. A dimensão bem-estar subjetivo aparenta ser contraintuitivo, no entanto, para obter coerência entre as várias dimensões, todas os cálculos são efetuados da mesma maneira (Sales, Moleiro, Evan, Alves, 2011).

2.7 Colheita de dados

Primeiramente, foi contactado formalmente o Conselho de Administração do Hospital Curry Cabral, sendo entregue o pedido de autorização para aplicação dos instrumentos, o protocolo de investigação e os instrumentos de recolha de dados a aplicar. Após ter a aprovação do Grupo de Investigação e do Conselho de Ética, o hospital deu-nos o consentimento para a aplicação dos questionários.

Foi aplicado um pré-teste a duas pessoas com AR e a cinco saudáveis do qual resultou a substituição do Inventário da Depressão de Beck pelo CORE-OM. Os participantes pareceram

compreender as questões, não tendo colocado dúvidas, contudo referiram que eram muitos questionários. O Inventário da Depressão de Beck foi referido como o mais complexo e acusaram algum cansaço aquando do término. Por este motivo, o Inventário da Depressão de Beck foi substituído por um questionário que descrevesse o estado psicológico destes indivíduos, como o CORE-OM. Foi efetuado novo pré-teste a quatro pessoas, tendo sido ultrapassados os obstáculos anteriormente referidos.

A primeira parte da colheita de dados consistiu na consulta do processo clínico das pessoas com AR, de forma a identificar os níveis de anti-CCP iniciais, excluir os indivíduos que no momento do diagnóstico estivessem a tomar corticoides e que apresentassem HTA. Também foram consultados os processos dos utentes com HTA, de forma a excluir aqueles que concomitantemente apresentassem uma doença autoimune.

Todos os indivíduos que participaram neste estudo foram consultados individualmente pelos autores do estudo, informando-os relativamente aos objetivos desta investigação, a forma como poderiam colaborar, esclarecer possíveis dúvidas quanto à investigação ou quanto ao preenchimento dos questionários. As aplicações decorreram nos meses de Setembro e Outubro de 2010.

A colaboração dos indivíduos consistiu no preenchimento dos quatro instrumentos de recolha de dados, através do seguinte procedimento:

1. Identificados previamente, através de consulta do processo clínico, os indivíduos que poderiam fazer parte do estudo, de acordo com os critérios de inclusão (exceto o grupo saudável);
2. Efetuado seguidamente um contacto pessoal e individual tendo sido explicado, de forma concisa, os objetivos da investigação, a confidencialidade da mesma e o tempo necessário para responder aos questionários, que seria de 30 min;
3. Os sujeitos que se disponibilizaram a participar no estudo foram transferidos para uma sala com secretária e cadeiras (exceto o grupo saudável), onde assinaram o consentimento informado;
4. Os questionários, embora apresentassem normas de preenchimento claras, foram efetuados na presença dos autores do estudo;

5. A ordenação para o preenchimento dos questionários foi a seguinte: Consentimento Informado, Questionário Sociodemográfico, Escala de Vinculação no Adulto, Memórias de Infância e Escala de Vulnerabilidade ao Stresse.

Os indivíduos do grupo saudável foram selecionados de acordo com o seguinte procedimento: escolhidos 20 locais em Lisboa, tendo sido tirados 5 ao acaso; os locais selecionados foram o centro comercial Campo Pequeno, o ginásio Holmes Place da avenida 5 de Outubro, a igreja Senhora de Fátima, o Hospital Particular de Lisboa e o Hospital Curry Cabral; as pessoas eram selecionadas de 5 em 5; questionadas relativamente aos critérios de inclusão nos grupos; preenchiam o questionário, sendo aplicados os mesmos procedimentos anteriormente indicados.

2.8 Tratamento Estatístico dos Dados

De forma a encontrar respostas para as nossas questões de investigação, formuladas no âmbito deste trabalho, foram submetidas as variáveis em estudo a um processo de operacionalização. Neste sentido, a análise estatística dos dados foi efetuada recorrendo ao programa estatístico SPSS – Statistical Package for the Social Sciences, versão 17, tendo sido criada inicialmente uma base de dados e aplicados vários testes estatísticos, abaixo descritos.

3. Resultados

As análises realizadas basearam-se na estatística descritiva, Correlação de Pearson, Teste do Qui-quadrado, Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Os resultados foram considerados significativos quando $p\text{-value} \leq 0,05$.

Ao longo deste capítulo serão expostos os resultados obtidos após o tratamento estatístico dos dados resultantes da aplicação dos instrumentos de medida.

Primeiramente, irá proceder-se à análise dos resultados relativamente à consistência interna dos instrumentos e à análise descritiva dos instrumentos. Seguidamente, far-se-á a comparação entre os grupos de AR, HTA e o grupo saudável, relativamente às variáveis em estudo.

Posteriormente serão expostos os resultados que correlacionam os níveis do anticorpo-anti-CCP com as variáveis em estudo: estilo de vinculação, práticas educativas parentais, vulnerabilidade ao stress e bem-estar psicológico. Finalmente, serão efetuadas correlações entre o estilo de vinculação e as práticas educativas parentais e alguns dados sociodemográficos.

3.1 Consistência Interna dos Instrumentos

Como podemos observar, todos os instrumentos obtêm valores aceitáveis de consistência interna (Anexo B). Uma boa consistência interna deve exceder os 0,80 (Ribeiro, 1999).

Tabela 2: Consistência Interna dos Instrumentos

Material	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach original
EVA	0,856	0,73
EMBU	0,540 (Pai) 0,665 (Mãe)	0,54 (Pai) 0,66 (Mãe)
23 QVS	0,811	0,824
CORE - OM	0,923	0,94

3.2. Análise Descritiva dos Instrumentos

Seguidamente será efetuada a análise descritiva dos instrumentos (Anexo C) presentes no nosso estudo.

Quanto ao estilo de vinculação, a pontuação registada foi comparada com os resultados obtidos para o grupo com AR, para o grupo com HTA e para o grupo saudável.

Tabela 3: Caracterização do estilo de vinculação entre os grupos

Instrumentos	Grupos					
	AR (n=32)		HTA (n=32)		Saudável (n=32)	
	X	DP	X	DP	X	DP
Estilo de Vinculação						
Ansiosa	18,25	5,309	16,93	5,333	17,91	6,331
Segura	17,25	3,263	16,44	2,675	17,47	2,940
Evitante	13,56	3,767	11,88	2,297	12,66	3,318

Observamos que nos três grupos o estilo de vinculação com uma média mais elevada é o estilo de vinculação ansiosa. No grupo com AR, a média é de 18,25 (DP=5,309), no grupo da HTA a média é de 16,93 e no grupo saudável 17,91. Seguindo-se também para os três grupos um estilo de vinculação segura e com médias mais baixas para os três grupos, a vinculação evitante.

Tabela 4: Vulnerabilidade ao stresse: descrição dos resultados para os grupos AR, HTA e saudável

Instrumentos	Grupos					
	AR (n=32)		HTA (n=32)		Saudável (n=32)	
	X	DP	X	DP	X	DP
23 QVS total	43,00	9,945	43,63	7,452	42,59	8,016
Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	14,69	4,329	14,81	3,930	15,03	4,512
Factor 2: Inibição de Dependência Funcional	7,40	3,73	7,25	2,839	6,19	2,292
Factor 3: Carência de apoio social	1,94	1,721	2,59	1,241	2,16	1,547
Factor 4: Condições de Vida adversas	4,03	2,276	3,56	2,109	4,03	1,959
Factor 5: Dramatização da Existência	6,88	8,312	6,88	1,718	6,53	1,741
Factor 6: Subjugação	8,31	3,559	7,41	2,927	7,34	2,647
Factor 7: Deprivação de afeto e rejeição	4,53	1,704	6,06	1,543	5,69	1,281

O ponto de corte é 43, desta forma observamos que o grupo de indivíduos com HTA apresenta a média mais elevada (X=43,63; DP=9,945), seguido do grupo com AR, com uma média de 43 e finalmente o grupo saudável, com uma média de 42,59.

Tabela 5: Bem-estar psicológico: descrição dos resultados para os grupos AR, HTA e saudável

Instrumentos	Grupos					
	AR (n=32)		HTA (n=32)		Saudável (n=32)	
	X	DP	X	DP	X	DP
Bem-estar Psicológico Médio	1,29	0,559	0,99	0,445	0,7831	0,369
Bem-estar subjetivo	1,79	0,872	1,37	0,606	1,05	0,649
Queixas e sintomas	1,79	0,771	1,25	0,629	1,01	0,563
Funcionamento pessoal e social Médio	1,15	0,544	0,99	0,486	0,8281	0,432
Comportamentos_risco	0,25	0,425	0,23	0,446	0,573	0,100

Observamos que o grupo que apresenta pior bem-estar psicológico é o grupo da AR, com uma média de 1,29 (DP=0,56), seguido do grupo com HTA (X=0,99, DP=0,45) e posteriormente o grupo saudável (X=0,78, DP=0,37). Também observamos que o grupo da AR apresenta valores mais altos para as outras dimensões, ou seja, pior bem-estar.

Tabela 6: Práticas educativas parentais: descrição dos resultados para os grupos AR, HTA e saudável

Instrumentos		Grupos					
		AR (n=32)		HTA (n=32)		Saudável (n=32)	
		X	DP	X	DP	X	DP
Suporte emocional	Mãe	16,43	5,097	19,38	4,133	19,19	4,888
	Pai	15,89	4,949	17,87	4,67	18,00	5,546
	Outro	10,50	3,545	----	-----	14	-----
Rejeição	Mãe	14,83	6,087	13,47	3,844	13,42	4,566
	Pai	13,54	4,141	13,48	3,931	12,86	3,821
	Outro	21,00	3,624	-----	-----	20	-----
Sobreprotecção	Mãe	14,97	3,624	15,44	3,192	14,81	2,845
	Pai	14,03	2,574	14,94	2,862	14,47	14,000
	Outro	17,00	8,486	-----	-----	14	-----

Observamos que a média de suporte emocional é mais elevada para a mãe nos três grupos. No grupo AR, a média é de 16,43 (DP= 5,097), no grupo da HTA é de 19,38 (DP=4,133) e para o grupo saudável é de 19,19 (DP=4,888). Quanto à dimensão da rejeição, esta é mais elevada no grupo cujos cuidadores não foram os pais, designados por Outros, do que no grupo AR (X=21,0; DP=3,624) e no grupo saudável, em que só havia um indivíduo com uma média de 20. No grupo da HTA não havia indivíduos cujos cuidadores foram Outros. Finalmente, quanto à sobreprotecção, ela é mais elevada no grupo de pessoas com AR cujos cuidadores foram Outros (X=17,0; DP=8,5). Nos outros grupos é mais elevada para a sobreprotecção da mãe que para o pai.

Observamos que existem diferenças entre os grupos mas serão estas diferenças estatisticamente significativas?

3.3 Comparação de Grupos com as Variáveis: Estilo de Vinculação, Práticas Educativas Parentais, Vulnerabilidade ao Stresse e Bem-estar Psicológico no Grupo com AR

Neste tópico serão apresentados os resultados que comparam as variáveis deste estudo com os grupos AR, HTA e saudável (Anexo D).

Os procedimentos adequados para a comparação de dois ou mais parâmetros populacionais realizam-se através dos testes paramétricos t-Student e ANOVA. Para isto, a variável tem de apresentar distribuição normal e variâncias homogêneas, através do teste Kolmogorov-Smirnov e do Teste de Levene, respetivamente. No entanto, as variáveis não apresentam distribuição normal ($p\text{-value} > 0,05$) e como tal, utilizaremos o teste Mann-Whitney e o teste Kruskal-Wallis, que podem ser considerados como alternativas não paramétricas ao t-Student e ANOVA. Considera-se que existem diferenças entre os grupos quando os valores de $p\text{-value}$ são $\leq 0,05$ (Maroco & Bispo, 2003).

Relativamente aos valores do estilo de vinculação (ansiosa, segura e evitante), observamos que não existem diferenças entre os grupos.

No que respeita à aplicação do 23 QVS, observamos que existem diferenças nos grupos ao nível da subescala Deprivação de Afeto e Rejeição ($H=13,899$, $p=0,001$). Através da Correção de Bonferroni, verificamos que existem diferenças, ao nível desta escala, entre o grupo da AR e HTA e da AR e Saudável, em que o grupo AR apresenta um valor de 4,53, HTA um valor de 6,06 e Saudável um valor de 5,69.

Quanto à aplicação do CORE-OM nos três grupos, depreendemos que existem diferenças nos grupos ao nível do bem-estar psicológico ($H=15,714$; $df=2$; $p=0,000$), bem-estar subjetivo ($H=12,921$; $df=2$; $p=0,002$) e queixas e sintomas ($H=17,662$; $df=2$; $p=0$). Através da Correção de Bonferroni, verificamos que existem diferenças, ao nível da escala Bem-estar Psicológico, entre o grupo AR e Saudável; ao nível da escala Bem-estar Subjectivo, entre o grupo AR e Saudável; e na escala Queixas e Sintomas, entre o grupo da AR e HTA e AR e Saudável. Para o bem-estar psicológico, o grupo AR apresenta uma média de 1,29 e o grupo saudável uma média de 0,79. Na dimensão bem-estar subjetivo, a média do grupo da AR é de 1,79 e o grupo saudável uma

média de 0,78. Por último, para o fator queixas e sintomas a média do grupo da AR é de 1,79, o grupo HTA uma média de 1,25 e o grupo saudável uma média de 1,01.

Aplicando a EMBU constatamos que existem diferenças nos grupos ao nível da Suporte Emocional – Mãe ($H=6,405$; $df=2$; $p=0,041$). Através da Correção de Bonferroni, verificamos que existem diferenças, ao nível da escala Suporte Emocional (Mãe), entre o grupo AR e HTA. em que o grupo AR apresenta uma média de 16,43 e o grupo da HTA uma média de 19,38. Vimos ainda que não existem diferenças entre os grupos, relativamente aos valores do EMBU (Pai).

3.4 Relação do Anticorpo Anti-CCP e Estilo de Vinculação, Práticas Educativas Parentais, Vulnerabilidade ao Stresse e Bem-estar Psicológico no Grupo com AR

Neste ponto será efetuada a correlação entre os níveis do anticorpo-anti-CCP com as variáveis em estudo: estilo de vinculação, práticas educativas parentais, vulnerabilidade ao stresse e bem-estar psicológico (Anexo E)

Quando duas variáveis são medidas numa escala pelo menos intervalar, a estatística mais comum para medir o grau de associação entre as duas é a Correlação de Pearson (Maroco & Bispo, 2003). Os resultados foram considerados significativos quando $p\text{-value} \leq 0,05$.

Tabela 7: Correlação entre o estilo de vinculação e os níveis do anticorpo anti-CCP

		Anticorpo anti-CCP
Vinculação Ansiosa	Correlação de Pearson	0,531
	Sig.	0,002
	N	32
Vinculação Segura	Correlação de Pearson	-,484
	Sig.	0,005
	N	32
Vinculação Evitante	Correlação de Pearson	0,462
	Sig.	0,008
	N	32

Relativamente aos níveis do anticorpo anti-CCP nos doentes com AR, observamos que existe uma correlação positiva e moderada com os valores de Vinculação Ansiosa ($r=0,531$; $n=32$; $p=0,002$), uma correlação negativa e moderada nos valores de Vinculação Segura ($r=-0,484$; $n=32$; $p=0,005$) e uma correlação positiva e moderada nos valores de Vinculação Evitante ($r=0,462$; $n=32$; $p=0,008$). Ou seja, observamos que quanto maiores são os valores do anticorpo, maiores são os valores de Vinculação Ansiosa e Evitante e menores os valores de Vinculação Segura.

Quanto à vulnerabilidade ao stress, observou-se que não existem correlações significativas entre os níveis do anticorpo anti-CCP nas pessoas com AR e os valores de Vulnerabilidade ao Stress, tanto para o valor total como para as dimensões.

No que concerne aos resultados da aplicação do CORE-OM respeitante aos níveis do anticorpo anti-CCP no grupo da AR, constatamos que existem correlações positivas e moderadas com os valores do Bem-estar Psicológico ($r=0,511$; $n=32$; $p=0,003$), Bem-estar Subjetivo ($r=-0,579$; $n=32$; $p=0,001$) e Queixas e Sintomas ($r=0,594$; $n=32$; $p=0,000$). Ou seja, quanto maiores são os valores do anticorpo, maiores são os valores de Bem-estar Psicológico, Bem-estar Subjetivo e Queixas e Sintomas.

Finalmente, com a aplicação do teste EMBU, reconhecemos que existe uma correlação negativa e moderada entre os níveis do anticorpo anti-CCP com os valores de Suporte Emocional – Pai ($r=-0,394$; $n=28$; $p=0,038$) e correlações positivas e moderadas com os valores de Sobreproteção - Mãe ($r=0,380$; $n=28$; $p=0,038$) e Sobreproteção – Pai ($r=0,377$; $n=28$; $p=0,048$). Ou seja, quanto maiores são os valores do anticorpo, menores são os valores de Suporte Emocional (Pai) e maiores são os valores de Sobreproteção (Mãe e Pai).

3.5 Relação Entre Fatores Sociodemográfico e Estilo de Vinculação e Práticas Educativas Parentais

Aqui foi efetuada a relação entre os estilos de vinculação e as práticas educativas parentais com os indivíduos que viveram na infância com os pais e com outras pessoas, bem como da separação dessas figuras (Anexo F).

Tabela 8: Estilos de Vinculação: descrição das médias entre as variáveis “com quem viveu” e “separação de pais/cuidadores”

	Vinculação Ansiosa	Vinculação Segura	Vinculação Evitante
Viveu na Infância			
Pais	17,30 (DP=5,49)	17,02 (DP=2,99)	12,44 (DP=3,11)
Só com a Mãe	18,50 (DP=5,20)	17,25 (DP=1,89)	13,75 (DP = 2,87)
Outros	24 (DP=6)	17,40 (DP=3,85)	16,40 (DP=3,65)
Separação de Pais/Cuidadores			
Sim	19,60 (DP=6,39)	16,67 (DP=3,77)	14,47 (DP=3,93)
Não	17,35 (DP=5,47)	17,12 (DP=2,82)	12,37 (DP=3)

Observamos que existem diferenças nos grupos ao nível da subescala Vinculação Evitante ($H=7,563$; $df=2$; $p=0,023$). Através da Correção de Bonferroni, verificamos que existem diferenças no grupo em que os indivíduos viveram com o pai e a mãe que apresentam uma média 12,44 e o grupo que viveu com Outros 16,40.

Descobrimos que existem diferenças nos grupos ao nível da subescala Vinculação Evitante ($U=374,500$; $p=0,018$), em que o grupo em que os indivíduos que vivenciaram separação mostram uma média de 14,47, o grupo de indivíduos que não vivenciaram separação apresentaram uma média de 12,37.

Tabela 9: Práticas Educativas Parentais: descrição das médias entre as variáveis “com quem viveu” e “separação de pais/cuidadores”

	Suporte Emocional Mãe	Rejeição Mãe	Sobre protecção Mãe	Suporte Emocional Pai	Rejeição Pai	Sobre protecção Pai
Viveu na Infância						
Pais	18,53 (DP=4,86)	13,51 (DP=4,61)	14,92 (DP =3,17)	17,41 (DP=5,09)	13,23 (DP=3,95)	14,55 (DP =2,69)
Mãe	18 (DP=3,92)	21,5 (DP=6,35)	19,25 (DP=1,5)	---	---	---
Outros	12 (DP=1,41)	15,50 (DP=0,71)	13,50 (DP=0,71)	12 (DP=1,41)	16 (DP=1,41)	12 (DP=1,41)

Tabela 9: Práticas Educativas Parentais: descrição das médias entre as variáveis “com quem viveu” e “separação de pais/cuidadores” (continuação)

Separação de Pais/Cuidadores						
Sim	17,58 (DP=5,35)	15,08 (DP=3,82)	15,67 (DP=3,34)	16,17 (DP=5,87)	15,83 (DP=4,78)	15,33 (DP=2,93)
Não	5,35 (DP=4,86)	13,31 (DP=4,65)	14,77 (DP=3,11)	17,47 (DP=4,98)	12,90 (DP=3,66)	14,36 (DP=2,65)

Constatamos que existem diferenças nos grupos ao nível da subescala Rejeição-Mãe ($H=8,243$; $df=2$; $p=0,016$) e subescala Sobreprotecção-Mãe ($H=7,106$; $df=2$; $p=0,029$). Através da Correção de Bonferroni, constatamos, a nível da dimensão Rejeição-Mãe, que existem diferenças entre o grupo em que os indivíduos viveram com o pai e a mãe e que apresentam uma média de 13,51 e o grupo que viveu só com a mãe, com uma média de 21,5. Quanto à dimensão Sobreprotecção-Mãe o grupo em que os indivíduos viveram com o pai e a mãe apresentam uma média de 14,92 e o grupo que viveu só com a mãe 19,25.

Vimos que existem diferenças nos grupos ao nível da subescala Rejeição-Pai ($U=287,5$; $p=0,035$), em que o grupo em que os indivíduos que vivenciaram separação mostram uma média de 15,83, o grupo que não vivenciaram separação apresentaram uma média de 12,90.

4. Discussão

Perante os resultados obtidos, vamos tentar responder às questões anteriormente delineadas no estudo. Desta forma, a discussão foi orientada para as possíveis associações entre as variáveis.

A avaliação do padrão vincutivo pode gerar várias interpretações. Qualquer investigação com esta temática relaciona-se, com toda a certeza, com uma complexidade de interferências (Moreira, 2004). A opção metodológica pelos grupos de controlo dá a possibilidade de afirmar mais seguramente as diferenças observados entre os grupos.

4.1 Relação dos Estilos de Vinculação, Práticas Educativas Parentais, Vulnerabilidade ao Stresse e Bem-estar Psicológico com os Níveis do Anticorpo Anti-CCP.

Especificamente, não foram encontradas investigações sobre a influência destas variáveis nos níveis do anticorpo-anti-CCP, contudo já Bowlby (1988) estabeleceu uma relação entre o sistema de vinculação e o sistema imunológico. Nesta linha de orientação, os resultados obtidos neste estudos permitem-nos concluir que existe uma influência significativa do padrão de vinculação nos níveis do anticorpo anti-CCP. Quanto maiores são os valores do anticorpo, maiores são os valores de Vinculação Ansiosa e Evitante e menores os valores de Vinculação Segura.

Hazen e Shaver (1987) elaboraram um instrumento que permite avaliar a vinculação no adulto com vários estilos de vinculação. As vinculações ansiosas e evitantes diferenciam-se pelo facto de a primeira denotar insegurança quanto aos sentimentos dos outros pelo próprio e a segunda evidenciar mais a dificuldade em confiar nos outros, contudo ambas são tipos de vinculação caracterizadas como inseguras. Já os indivíduos com uma vinculação segura mantêm relações de confiança e intimidade.

Ainda que o resultado indique que os valores do anticorpo-anti-CCP são maiores quanto maiores os estilos de vinculação ansioso e evitante, o tipo de vinculação que mais predomina na amostra de pessoas com AR é a do tipo ansioso. O que vai ao encontro do referido por Stuart e Noyes (1999), que afirmam haver estilos particulares vincutivos em utentes com patologias de carácter psicossomático, particularmente o estilo ansioso. Neste sentido, os indivíduos com AR caracterizam-se por apresentarem dificuldades no estabelecimento e manutenção de relacionamentos com outros.

Para além disto, apesar de não ter encontrado estudos que suportem os nossos resultados, verificamos que a psicossomática tem influência a nível da vinculação e imunidade, enquanto os esquemas de vinculação segura, associados a emoções positivas, favorecem a formação de um ambiente neuroquímico, conduzindo ao crescimento, autorregulação e autonomia. Os esquemas de vinculação insegura, associados a emoções negativas, parecem frequentemente relacionar-se com a patologia, inclusive autoimune como a AR, logo influenciará a formação de anticorpos anti-CCP.

Relativamente às práticas educativas parentais, observamos que quanto maiores são os valores do anticorpo menores são os valores de Suporte Emocional (Pai). O suporte emocional caracteriza-se pelas atitudes parentais perante os filhos, que lhes confirmam conforto e aprovação. Nos indivíduos pertencentes ao grupo da AR, constata-se que quanto menor foi o suporte emocional do pai, maior é a agressividade da doença. Este dado é um resultado interessante para futuras investigações, pois a maioria dos estudos focam o papel da mãe nos processos vinculativos. A regulação psicobiológica da mãe pode levar ao surgimento de um sistema imunitário disfuncional, para que as situações do meio exterior interfiram na ação endócrina e imunológica. Apesar de não haver estudos que efetuem a ligação deste anticorpo com as práticas educativas parentais, verificamos que apesar da literatura defender mais o papel da mãe, a falta do suporte emocional do pai eleva os valores do anticorpo. Isto mostra a importância do pai no desencadear das patologias autoimunes que vai ao encontro de um estudo efetuado por Melo Filho (2005).

A sobreproteção dos pais na infância é entendida com a proteção exagerada de situações adversas, com regras rígidas e que geram stresse, estando associada maior agressividade da patologia AR na idade adulta. A literatura refere-se mais ao papel da mãe na infância que propriamente ao pai. Para Lopo (2002), a mãe funciona como reguladora externa para as funções neurossensoriais e endócrinas da criança. Este regulamento aplica-se ao sistema imunitário, devido ao trabalho em comum destes sistemas, inclusive mediadores comuns (Lopo, 2002). Desta forma, a elevação das hormonas do stresse e a diminuição das endorfinas presentes em acontecimentos stressantes retrocede quando a criança é cuidada de forma apaziguadora pela mãe, numa situação de vinculação estável (Lopo, 2002).

O relacionamento com a mãe auxilia o fortalecimento do ego da criança, para que ela consiga fazer a distinção entre o eu e o não eu (Souza, Sei & Arruda, 2010). Se a criança é protegida

pelos dois principais cuidadores, das adversidades do mundo, quando esta é obrigada a enfrentá-las, principalmente na idade adulta, gera insegurança, stresse e possivelmente a disfunção do sistema autoimune. Há um estado confusional e de uma identidade em que o sujeito já não saberá bem quem é (Mendes Pedro, 1997). Tal como na AR em que o organismo não reconhece o que é próprio e não próprio. A sobreproteção dos pais associada a maior agressividade da doença é um dado curioso a explorar em investigações futuras.

Não observamos correlações significativas entre os níveis do anticorpo anti-CCP nos doentes com AR e a vulnerabilidade ao stresse. Ora, níveis elevados de anticorpo anti-CCP significam maior agressividade da doença, logo mais deprimido se encontrará o sistema autoimune. Segundo Glaser e Klecolt-Glaser (1994), o sistema imunitário pode sofrer influências do stresse e assim este pode levar a uma alteração no sistema autoimune, elevando-se a probabilidade de desencadear uma doença. Embora não haja uma correlação entre o anticorpo e a vulnerabilidade ao stresse, verifica-se que a vulnerabilidade ao stresse para a amostra de AR é de 43, portanto estes indivíduos são considerados vulneráveis ao stresse. Anuindo com isto estão Wilder (2000) e McGowan (1990) que assumem que o stresse ou disfunções a este nível exercem um papel crucial na AR. Estes resultados levam-nos a pensar que a nossa ideia inicial de estudar a depressão nos conduziria a resultados mais consistentes. São vários os autores que mencionam a influência negativa da depressão no sistema imunitário, tal como afirma Nascimento em 2000. Também Matos (1999b) refere a depressão falhada como uma característica do doente psicossomático.

Observamos que quanto maiores são os valores do anticorpo, menor é o bem-estar psicológico. Apesar de Dario, Kulkamp, Faraco, Gevaerd e Domenech (2010) afirmarem que não existem muitos estudos de investigação relativamente à apreciação e manutenção do bem-estar psicológico nos utentes com AR, Maes, Bonaccorso, Hunsel, Gastel, Delmeire, Biondi, Bosmans, Kenis e Scharpé (1998) vão de encontro aos nossos resultados, quando colocam a hipótese de que a estimulação do sistema imunitário pode gerar modificações em transmissores do sistema neurológico. Quanto mais elevado é o anticorpo, mais agressividade há contra o sistema imunitário e possivelmente mais alterações a nível do bem-estar psicológico. Concordantes com estes achados estão Isik, Koca, Ozturk e Mermi (2007), que constataram a existência de disfunções a nível da saúde mental em pessoas com diagnóstico de AR, com uma incidência muito mais elevada do que na generalidade populacional.

Estas pessoas apresentam um elevado número de queixas e sintomas, o que é compreensível pela manifestação clínica da própria doença, como descreve Queiroz (2002). Também estes doentes apresentam uma relação entre níveis de anticorpo elevado e pior bem-estar subjetivo.

4.2. Comparação Entre os Grupos e os Estilos de Vinculação, as Práticas Educativas Parentais, a Vulnerabilidade ao Stresse e o Bem-estar Psicológico

Para avançar na discussão, torna-se importante compreender de que forma as variáveis em estudo, ou seja, o estilo de vinculação, as práticas educativas parentais, a vulnerabilidade ao stresse e o bem-estar psicológico, poderão ter influenciado o desenvolvimento de uma patologia.

Assim, os resultados obtidos permitem-nos concluir que não há diferenças significativas no estilo de vinculação entre os três grupos. Este facto constitui-se inovador relativamente às investigações do nosso enquadramento teórico. Sendo a AR e a HTA consideradas duas das sete doenças psicossomáticas clássicas para Alexander (1987) deveria existir uma ligação entre o sistema de vinculação e a imunologia (Bowlby, 1988) ou outro sistema. Em utentes com patologias psicossomáticas predomina o estilo vincutivo ansioso (Stuart & Noyes, 1999). Neste estudo, verifica-se que para os três grupos, as médias mais elevadas são para o estilo ansioso. Então, os indivíduos que fazem parte deste estudo são predominantemente mais preocupados e receosos (Ciechanowski, Walker, Katon e Russ, 2002), recorrem mais aos cuidados de saúde (Lopo, 2005), apresentam maior preocupação quanto aos sentimentos dos outros por este e maior necessidade de estar com os outros (Hazan & Shaver, 1987).

Poder-se-á colocar duas hipóteses para o facto de não existirem diferenças significativas. A primeira é a de que a nossa amostra é relativamente pequena quando comparada com outros estudos, daí não obter diferenças significativas no estilo de vinculação entre os grupos. A segunda hipótese seria a de que a conjuntura atual das sociedades modernas (mais liberdade de expressão, tipo de trabalho, novas tecnologias, insatisfação económica, perda de valores conservadores, vida stressante, etc.) leva a que até mesmo os sujeitos sem patologia se apresentem mais inseguros e ansiosos, relativamente às figuras vincutivas, na idade adulta. É importante salientar que a vinculação no adulto apresenta características diferentes da infância (Faria, 2008). Há diferenças individuais na vinculação nos adultos originadas na infância a nível dos modelos operantes internos (Crowell, Fraley & Shaver, 1999, citado por Faria, 2008).

Efetivamente, a função do suporte emocional materno prevalece com diferenças estatisticamente significativas entre o grupo AR e HTA, na maioria das vezes o maior efeito é provocado pelo relacionamento com a mãe (Araújo 2003). O suporte emocional espelha comportamentos por parte dos pais que geram nos seus filhos conforto e a convicção que são aprovados pelos pais como pessoas.

O grupo com menor suporte emocional da mãe é o grupo AR. Neste sentido estes indivíduos sentem menor proximidade com os outros e mais ansiosos com o desamparo (Moreira, 2004). A mãe é fundamental para um desenvolvimento harmonioso, a forma como a mãe lida e interage com o filho revela de que maneira a vinculação acontece (Lopo, 2002). Pouco suporte emocional revela pouco conforto e pouca convicção que é aprovado pelos outros, levando a esquemas de vinculação mais inseguros e consequentemente maior probabilidade de desencadear doença, como acontece na AR e observado neste estudo, indo de encontro ao nosso enquadramento teórico.

O resultado para o grupo HTA não está de acordo com o nosso enquadramento teórico, pois tal como Matos (1999b) afirma, num indivíduo com predisposição à doença psicossomática houve pouca investida como um ser exclusivo, extraordinário, desde o início, pelas figuras parentais. Contudo, este grupo apresentou os valores mais elevados para o suporte emocional materno, talvez porque estes indivíduos sejam caracterizados por expressarem em demasia a agressividade (Frieman, Byers, Roseman & Elevitch, 1970), o que gera maiores conflitos com os outros, levando a uma necessidade materna de proteger o indivíduo com HTA desses conflitos.

É interessante verificar que não há diferenças significativas entre os grupos quanto à vulnerabilidade ao stresse em geral. No entanto, para a dimensão Deprivação de Afeto e Rejeição, o grupo com AR apresenta diferenças estatisticamente significativas com o grupo HTA e com o grupo saudável, apresentando o primeiro uma média mais baixa, logo menor negatividade. Estes resultados não estão de acordo com o enquadramento teórico, pois num estudo efetuado por Melo Filho (2005) em utentes com AR, era visível a rejeição por parte da mãe e apresentavam discursos de abandono e rejeição. Este resultado deveria ser comprovado com outros estudos posteriores.

O grupo AR é o que apresenta pior bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo, com diferenças estatisticamente significativas dos indivíduos saudáveis. Também apresenta diferenças estatisticamente significativas dos restantes grupos na escala de queixas e sintomas.

Embora os estudos sobre o bem-estar psicológico em indivíduos com AR sejam escassos, estes resultados vão de encontro ao já referido em cima por Maes, Bonaccorso, Hunsel, Gastel, Delmeire, Biondi, Bosmans, Kenis e Scharpé (1998), ou seja, existem nestes utentes, alterações nesta variável. Segundo Shih, Hootman, Strine, Chapman e Brady (2006), os sujeitos com AR têm três vezes mais probabilidade de desenvolver depressão, transtorno de ansiedade generalizada e psicose. Melo Filho (2005) também reporta o estado mental em indivíduos com AR tal como alterações emocionais. Quanto às queixas e sintomas, estas são maiores no grupo com AR, devido à sintomatologia inerente à doença, influenciando negativamente o bem-estar psicológico e o bem-estar subjetivo.

4.3 Comparação de Fatores Sociodemográfico com o Estilo de Vinculação e Práticas Educativas Parentais

A infância é uma época fundamental para a elaboração de vínculos afetivos que são bases fundamentais para um desenvolvimento equilibrado. As relações primárias são importantes nos processos vinculativos e consequentemente na relação entre pais e filhos. Neste sentido, achamos pertinente relacionar os estilos de vinculação e as práticas educativas parentais com os indivíduos que viveram na infância com os pais e com outras pessoas, bem como da separação dessas figuras.

Os resultados obtidos permitem-nos observar uma relação significativa entre o tipo de cuidadores e a vinculação evitante. Desta forma, concluímos que os valores de vinculação evitante são menores para os indivíduos que viveram com o pai e com a mãe e aumentam para quem viveu com outros que não os pais biológicos. Segundo Moreira (2004) as crianças que cresceram com os pais denotam uma vinculação de maior qualidade que as que viveram com outros.

É interessante ainda verificar, que existem diferenças significativas neste mesmo estilo de vinculação para quem vivenciou ou não a separação. Assim, os indivíduos que vivenciaram uma separação apresentam valores mais elevados para uma vinculação evitante que os que não a vivenciaram. Estes achados estão de acordo com os autores referenciados, que afirmam que os sujeitos que experienciam a separação dos laços vinculativos, estatisticamente apresentam mais disfunções a nível psíquico, mais doenças físicas, acidentes, comportamentos aditivos que as

restantes pessoas em geral. A continuação com as pessoas que fazem parte do sistema de vinculação, fornece uma base de segurança recíproca (Mintz, 2004). A vinculação pode ser entendida como uma predisposição filogenética já estabelecida (Grossmann & Grossmann, 2003). Brazelton (1988) refere a vinculação entre as figuras parentais e os progenitores como um processo contínuo, logo a separação torna uma vinculação menos segura. Situações em que existe separação materna levam a que a criança sinta insegurança material e emocional (Farate, 1999).

Constatamos ainda que o grupo de indivíduos que percecionam maior Rejeição materna e maior sobreproteção materna é o grupo que viveu só com a mãe. A relação de um filho só com a mãe poderá ser muito intrusiva e como a rejeição reflete as atitudes, neste caso da mãe com tendência para alterar as decisões dos filhos, estes podem entender estes comportamentos como rejeição de si próprio como pessoa, tal como afirma Canavarro (1999). Por outro lado a relação exclusiva mãe-filho demonstrou neste estudo uma sobreproteção materna, com o intuito de proteger os seus filhos das adversidades mundanas (Canavarro, 1999).

O grupo de pessoas que vivenciaram separação das pessoas com quem viveram percecionam rejeição do pai. A separação dos pais afeta a qualidade da vinculação e como o pai é defendido pela maioria dos autores como tendo um papel secundário, pode justificar este resultado.

Estes últimos pontos de discussão poderão ser uns pontos de partida para outros estudos, uma vez que não existem estudos que suportem estes resultados.

5. Conclusão

As barreiras colocadas à interação entre o corpo e a mente são cada vez menores e é desta forma que a Psicossomática assume uma importância crescente na área das ciências médicas. Estudar a doença psicossomática como a AR no âmbito dos processos vinculativos é um grande e complexo desafio, principalmente por se tentar encontrar uma relação entre estes processos e a imunologia, o stresse e o bem-estar psicológico. Foi através deste pressuposto que este estudo se centrou na descrição dos estilos de vinculação, das práticas educativas parentais, da vulnerabilidade ao stresse, do bem-estar psicológico e do anticorpo anti-CCP em utentes com AR.

A etiologia da AR é multifatorial e pode eclodir num dado momento em que se combinam fatores biológicos, psicológicos e sociais podendo as relações entre pais e filhos contribuir também para o surgimento da mesma. Este aspeto é suportado pelo nosso enquadramento teórico. Desta forma, os estilos de vinculação podem ser auxiliares para a prevenção e compreensão da AR. Para o estabelecimento de uma relação causal teriam que ser efetuados estudos longitudinais, o que é complicado devido às questões financeiras e desgaste para os autores dos estudos.

Os estudos transversais apresentam limitações e só dão a possibilidade de demonstrar relações significativas entre as variáveis. Neste sentido, no nosso estudo, apesar de não haver estudos que relacionem o anticorpo anti-CCP com o padrão de vinculação, observamos que a doença é tanto mais agressiva quanto mais existe uma vinculação ansiosa e evitante. Isto reflete que existe uma relação forte entre a imunologia e a vinculação. Neste sentido, podemos concluir que existe uma relação entre vinculação e identidade, pois no presente estudo o grupo de pessoas com AR é o que apresenta uma média mais elevada para o estilo de vinculação ansiosa (embora as diferenças não sejam significativas). Nestes indivíduos verifica-se que há um estado confusional de identidade, bem como a nível biológico o organismo não reconhece o que faz e o que não faz parte do próprio organismo, característico da patologia AR. Contudo, na vulnerabilidade ao stresse não conseguimos verificar diferenças significativas entre as amostras, o que vai contra os estudos citados no estudo. Neste sentido pensamos que em estudos posteriores o caminho a seguir será estudar nestas pessoas a depressão e a identidade

Não identificamos diferenças entre os grupos quanto ao estilo de vinculação, contrariamente ao descrito pela nossa literatura, onde vários estudos comprovam que entre indivíduos com patologia autoimune e outras existem diferenças quanto ao estilo de vinculação. Talvez se tivéssemos usado a Entrevista de Vinculação no Adulto, os resultados fossem diferentes, uma vez que esta é mais rica e permite tirar mais conclusões que o questionário. Contudo os instrumentos de avaliação da vinculação foram desenvolvidos em pessoas sem patologia, serão estes adequados para pessoas doentes? Será que os processos de doença não interferem e modificam os estilos de vinculação? Ou então será que não existe outros estilos de vinculação para além do seguro, evitante e ansioso?

Quanto ao bem-estar psicológico, concluímos que é pior nos utentes com doença autoimunes – AR – que em doentes com HTA ou pessoas saudáveis, o que está de acordo com o nosso enquadramento teórico. Constatamos ainda que os indivíduos que vivem com outros que não os pais e os que sofrem separação das pessoas que foram seus cuidadores, apresentam uma vinculação evitante.

Este estudo está condicionado pela amostra ser pequena e pelo facto dos indivíduos inquiridos viverem todos no meio citadino. Seria interessante replicar este estudo também em meio rural, de forma a identificar se a variável ambiente pode afetar a vivência da doença. Outra limitação foi o tipo de questão colocada no questionário sociodemográfico quanto ao rendimento familiar aproximado, o que levou a que a maioria dos inquiridos não respondesse, talvez considerando haver demasiada exposição da vida pessoal. Apesar de reconhecermos estas limitações, acreditamos que é necessário o aprofundamento das questões das relações na infância e na idade adulta, bem como a vulnerabilidade ao stresse, para atuar preventivamente no surgimento de patologias com carácter psicossomático.

A realização deste estudo denuncia o meu grande esforço e empenho para que se tornasse num estudo com rigor e cientificidade. Considero ter sido uma experiência enriquecedora e gratificante, não só por me tornar uma pessoa mais rica e experiente, mas também, por de alguma forma, ter contribuído para um maior conhecimento sobre a temática.

Referências Bibliográficas

- Adler, N., & Marthews, K. (1994). Health Psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Reviews Psychology*, 45, 229-259.
- Ainsworth, M.D.S. (1969). Object relations, dependency and, attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ainsworth M.D.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Alarcon, R.T., & Andrade, L.E.C. (2007). Anticorpos antiproteínas citrulinadas e a artrite reumatóide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 47 (3). 180-187.
- Alexander, F. (1962). The development of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 24, 13-24.
- Alexander, F. (1987). *Medicina Psicossomática: princípios de aplicações*. (C.B. Fischmann, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Almaça, I.C.P. (2009). *A Constelação Fraternal: Auto-estima, Padrão de Vinculação e Percepção da Práticas Parentais no Adolescente*. Monografia de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Almeida, Canhão, Brites, & Queiroz, (2003). Estudo da personalidade em mulheres com lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide e osteoartrose. *Acta reumatológica portuguesa*, 28, 7-12.
- Alspaugh, M.A., Jensen, F.C., Rabin, H., & Tan, E.M. (1977). Lymphocytes transformed by Epstein-Barr virus. Induction of nuclear antigen reactive with antibody in rheumatoid arthritis. *Journal of Experimental Medicine*, 1018-1027
- Alvarenga, P. (2001). Práticas educativas parentais como forma de prevenção de problemas de comportamento. In H.J. Guilhardi, M.B.B.P. Madi, P.P. Queiroz, M.C. Scoz (Coords.), *Sobre comportamento e cognição* (pp. 54-60). Santo André: ESETec Editores Associados.
- American College of Rheumatology (2002). Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 update. *Arthritis and Rheumatism*, 46 (2), 328-346.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR, Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed). Lisboa: Climepsi Editores

- Araújo, A.F. (2003). Percepção dos estilos educativos parentais e ajustamento psicológico do adulto – comparação entre indivíduos com e sem perturbações depressivas. *Paidéia*, 12 (24), 215-227.
- Arend, W.P. (2001). Cytokine imbalance in the pathogenesis of rheumatoid arthritis: The role of interleukin-1 receptor antagonist. *Seminars Arthritis Rheumatism*, 30, 1-6.
- Arrindell, W.A., Emmelkamp, P.M.G., Monsma, A., & Brilman, E. (1983). The role of perceived parental rearing practices in the etiology of phobic disorders - a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 143, 183-187.
- Barbosa, F.M.G. (2005). *Estilo de Vinculação em Pacientes com Lúpus Eritematoso Sistémico e em Pacientes com Asma*. Monografia de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Barbosa, A., & Cordeiro, J.D. (1986). Perturbações psicofisiológicas – medicina psicossomática. In J.D. Cordeiro (Coord.), *Manual de psiquiatria clínica* (361-426). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bauer, M.E. (2002). Estresse, como ele abala as defesas do corpo? *Ciência Hoje*, 30 (179), 20-25.
- Bee, H. (1996). *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Beilin, L.J. (1997). Stress, coping, lifestyle and hypertension: a paradigm for research, prevention and non-pharmacological management of hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension*, 19, 739-752.
- Benavente, R.C.S. (2010). *Factores de Mudança nas Representações da Vinculação em Crianças de Famílias de Alto-risco*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Berkanovic E., & Hurwicz, M.L. (1990). Rheumatoid arthritis and comorbidity. *Journal of Rheumatology*, 17, 888-892.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to the mother. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. London: Pimlico.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. London: Pimlico.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. Londres: Routledge.

- Bowlby, J. (1990). *Apego. A natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bragança, A., & Campos, R.C. (2010). Estilos de vinculação amorosa e experiências relacionais na infância de cariz disfuncional: um estudo com uma amostra de estudantes universitários. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1682-1693.
- Brazelton, T. (1988). *O desenvolvimento do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Campos, E.M.P., & Rodrigues, A.L. (2005). Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 13 (2), 290-308.
- Canavarro, M.C. (1999). *Relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M.C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20 (1), 11-36.
- Canhão, H. (2002). Co-morbilidade e mortalidade. In M.V. Queiroz (Coord.), *Reumatologia* (pp.15-17). Lisboa: Lidel.
- Cardoso, S.M. (2009). A estratégia ganhadora para a saúde e bem-estar ao longo da vida. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 14, 17-20.
- Carrageta, M.O. (2008). A hipertensão arterial. *Revista Clube Rei do Coração*, 5, 1-16.
- Carvalho, M.A.D. (2007). *Vinculação, Temperamento e Processamento da Informação: Implicações nas Perturbações Emocionais e Comportamentais no Início da Adolescência*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Minho.
- Chisholm, J. S. (1996). The evolutionary ecology of attachment organization. *Human Nature*, 7 (1), 1-37.
- Choy, P.L.C., Gonzalez, E.H., Khoshaba, J., & Scott, D.L. (2006). Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. *Rheumatology*, 45, (7), 885-889.
- Ciechanowski, P.S., Walker, E.A., Katon, W.J., & Russo, J.E. (2002) Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64, 660-667.
- Coelho, R.M.B.A. (1990). *Hipertensão Arterial Essencial: Abordagem Psicossomática de um Modelo Integrado de Desregulação*. Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

- Coelho, P., & Matos, M. (1996). Doenças Reumáticas nos cuidados de Saúde Primários: Qual a sua importância? *Acta Reumatológica Portuguesa*, 89, 9-19.
- Cohen, D.H., & Obrist, P.A. (1975). Interactions between Behavior and the cardiovascular system. *Circulation Research*, 37, 693-706.
- Collins, N.L., & Read, S.J. (1990). Adult attachment styles, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Conselho Clínico do ACES PIN 1 (2010). *Normas de orientação clínica (NOC) para a hipertensão arterial*. Retrieved September 10, 2011 from <http://www.arscentro.min-saude.pt/pinhalinteriornorte1/institucional/Documents/NOC%20HTA%204.pdf>
- Cormier, B.M., & Wittkower, E.D. (1957). Psychology and rheumatoid arthritis. *Canadian Medical Association Journal*, 77, 533-541.
- Costa, M. E. (1994). *Divórcio, monoparentalidade e recasamento – intervenção psicológica em transições familiares*. Porto: Edições Asa.
- Costa, A.F.C., Brasil, M.A.A., Papi, J.A., & Azevedo, M.L. (2008). Depressão, ansiedade e atividade de doença na artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48 (1), 7-11.
- Cozzareli, C., Sumer, N., & Major, B. (1998). Mental models of attachment and coping with abortion. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74 (2), 453-467.
- Crowell, J.A., Treboux, D., Gao, Y., Fyffe, C., Pan, H., & Waters, E. (2002). Assessing secure base behavior in adulthood: development of a measure, links to adult attachment representations, and relations to couples communication and reports of relationships. *Developmental Psychology*, 38 (5), 679-693.
- Dambro, M.R. (1997). *Griffith, consulta médica em 5 minutos*. (J.E.F. Figueiredo, P.L.V. Pinho, & T.L.A. Hennemann, Trad.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Dario, A.B., Kulkamp, W., Faraco, H.C., Gevaerd, M.S., & Domenech, S.C. (2010). Alterações psicológicas e exercício físico em pacientes com artrite reumatoide. *Motricidade*, 6, 21-30.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 487-496.
- Dejours, C. (1988). *O corpo: entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Diamond, E.L. (1982) The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 92 (2), 410-433.
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial. Circular normativa DGCG, nº 2*. Retrieved September 10, 2011 from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006254.pdf>
- Dominguez, M.C., Lorenzo, N., Barbera, A., Hernandez, M.V., Torres, A.M., Nazabal, M., Camacho, H., Hernández, I., Ortiz, N., Morera, V., & Padrón, G. (2006). Caracterización de Moléculas HLA tipo II y evaluación de citocinas en pacientes cubanos con artritis reumatoide. *Revista Cubana de Reumatología*, 8, 43-51.
- Dunbar, F. (1954). *Emotions and bodily changes* (4^aed.). New York: Columbia University.
- Duquesnoy, I., & Guedeney, N. (2004). Psicopatologia do adulto e vinculação. In N. Guedeney & A. Guedeney (coord.). *Vinculação: conceitos e aplicações*. Lisboa, CLIMEPSI.
- Durozoi, G., & Roussel, A. (2000). *Dicionário de filosofia*. (M. F.S. Correia, Trad.). Porto: Porto Editora.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkhan, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). Core: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of mental health*, (9), 247-255.
- Eysenck, S.B.G., Eysenck, H.J., & Barret, P. (1985). A revised version of psychoticism scale. *Personality and Individual Difference*, 6 (1), 21-29.
- Fadden, M.A.J., & Ribeiro, A.V. (1998). Aspetos psicológicos e hipertensão essencial. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44 (1), 4-10.
- Farate, C. (1999). A toxicidade de uma conduta depressiva de sentido ou a somatose de um espírito em privação de um imaginário. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (1), 113-119.
- Faria, C.M.G.M. (2008). *Vinculação e Desenvolvimento Epistemológico em Jovens Adultos*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Minho.
- Feijoo, A.M, Briganti, C.R., & Angelotti, G. (2001). *Depressão e psicossomática*. São Paulo: Pioneira.
- Fernández-Abascal, E.G. (2000). Evaluación y tratamiento psicológico de la hipertensión arterial. In J.M. Buceta, A.M. Bueno, & B. Más (Coords.), *Intervención psicológica en transtornos de la salud*. (pp.79-120). Madrid: Dikynson

- Fields, L.E., Burt, V.L., Cutler, J.A., Hughes, J., Roccella, E.J., & Sorlie, P. (2004). The burden of adult hypertension in the United States 1999 to 2000: a rising tide. *Hypertension*, 44 (4), 398-404.
- Figueiredo, M., Soares, V., Cardoso, R.M., João, M.A., & Dias, S. (2004). Artrite reumatoide: um estudo sobre a importância na artrite reumatoide da depressão e do ajustamento psicossocial à doença. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 13-25.
- Fletcher, G. (2002). *The new science of intimate relationships*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Fonseca, J.E.C. (2002). Artrite reumatoide em Portugal. In M.V. Queiroz (Coord.), *Reumatologia* (pp.19-21). Lisboa: Lidel.
- Fortin, M.F. (1996/1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1996).
- Frieman, M., Byers, S.O., Roseman, R.H., & Elevitch, F.R. (1970). Coronary-prone individuals (type A behavior pattern). Some biochemical characteristics. *JAMA*, 212 (6), 1030-1037.
- Fuller, R. (2007). *Manual de Reumatologia para Graduação em Medicina*. Manuscrito não publicado.
- Giovannini, D., Bitti, P.E.R., Sarchielli, G., & Speltini, G. (1986). *Psychologie et Santé*. Bruxelles: Pierre Mardaga Éditeur
- Glaser, R., & Kielcolt-Glaser, J.K. (1994). *Handbook of human stress and immunity*. California: Academic Press Inc.
- Gleitman, H., Fridlund, A.J., & Reisberg, D. (1999). *Psicologia* (5ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Grosss, N., & Simmons, S. (2002). Intimacy as a double-edged phenomenon? An empirical test of giddens. *Social Forces*, 81 (2), 531-555
- Grossmann, K.E., & Grossmann, K. (2005). Universality of human social attachment as an adaptive process. In C.S. Carter, L. Ahnert, K.E. Grossmann, S.B. Hrdy, M.E. Lamb, S.W. Porges, & N. Sachser (Coords.), *Attachment and bonding: a new synthesis*. (pp.199-228) USA: MIT Press.
- Guedeney, N. (2004). Conceitos-Chave da teoria da vinculação. In N. Guedeney & A. Guedeney (Coords.). *Vinculação: conceitos e aplicações* (33-44) Lisboa, CLIMEPSI.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: conceitos e aplicações*. Lisboa, CLIMEPSI.

- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M.C. (2010). Experiências relacionais precoces, vulnerabilidade ao stresse, estratégias de coping e adaptação à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11 (2), 199-217.
- Gutmann, M.C., & Benson, H. (1971). Interaction of environmental factors and systemic arterial blood pressure: a review. *Medicine*, 50 (6), 543-553.
- Harrell, J.P. (1980). Psychological factors and hypertension: a status report. *Psychological Bulletin*, 87 (3), 482-501.
- Haynal, A., Pasini, W., & Archinard, M. (1997/2001). *Medicina psicossomática: Abordagens psicossociais* (3ªed.). Rio de Janeiro: Medsi. (Obra original publicada em 1997).
- Haynes, B.F., & Fauci, A.S. (1994). Artrite reumatóide. In K. Isselbacher, E. Braunwald, J. Wilson, J. Martin, A. Fauci, & D. Kasper (Coords.), *Harrison medicina interna* (13ª ed.) (pp. 1725-1733). México: Nueva Editorial Interamericana S.A.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-525.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (2), 270-280.
- Heim, C., Newport, D.J., Wagner, D., Wilcox, M.M, Miller, A.H., & Nemeroff, C.B. (2002). The role of early adverse experience and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in women: a multiple regression analysis. *Depression and Anxiety*, 15, 117-125.
- Helito, A.S., & Kauffman, P. (2007). *Saúde: entendendo as doenças, a enciclopédia médica da família*. São Paulo: Nobel
- Isik, A., Koca, S.S., Ozturk, A., & Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, 26 (6), 872-878.
- Johnston, D.W. (1997). Cardiovascular disease. In D.M. Clark, C.G. Fairbum, & M.G. Gelder (Coords.), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 341-358). Oxford: Oxford University Press.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1981/1984). *Compêndio de psiquiatria dinâmica* (3ª ed.) (H.M. Souza, M.C. Duarte, M.L. Silveira, & S. Ribeiro, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1981).

- Klippel, J.H., Weyand, C.M., Crofford, L.J., & Stone, J.H. (1934/2001). *Primer on the rheumatic diseases*. (12^a ed.) Atlanta: Arthritis Foundation. (Obra original publicada em 1934)
- Kobarg, A.P.R., Vieira, V., & Vieira, M.L. (2010). Validação da escala de lembranças sobre práticas parentais (EMBU). *Avaliação Psicológica*, 9 (1), 77-85.
- Kronish, I.M., Woodward, M., Sergie, Z., Ogedegbe, G., Falzon, L., & Mann, D.M. (2011). Meta-analysis: impact of drug class on adherence to antihypertensives. *Circulation*, 123 (15), 1611-1621.
- Kumar, V., Abbas, A., Fausto, N., & Aster, J. (2010). *Robbins e Cotran, bases patológicas das doenças*. (8^aed). Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- Laurindo, I.M.M. (2007). Artrite reumatoide. In R. Fuller (Coord.), *Manual de reumatologia para graduação em medicina* (43-58). Manuscrito não publicado.
- Laurindo, I.M.M. (2008). Artrite reumatoide. *Voltarelli*, 27, 623-636.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: a New Synthesis*. New York: Springer Publishing Company
- Leonard, B.E. (2001). The immune system, depression and the action of antidepressants. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 25 (4), 767-780.
- Levine, S. (1994). The ontogeny of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. The influence of maternal factors. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 746, 275-288.
- Lifton, R.P., Gharavi, A.G., & Geller, D.S. (2001). Molecular Mechanism of Human Hypertension. *Cells*, 104, 545-556.
- Lipsky, P.E. (1994). Artrite reumatóide. In K. Isselbacher, E. Braunwald, J. Wilson, J. Martin, A. Fauci, & D. Kasper (Coords.), *Harrison medicina interna* (13^a ed.) (pp. 1725-1733). México: Nueva Editorial Interamericana S.A.
- Lopo, T.M.D. (2002). *Laços Afectivos Maternos na Alergia Alimentar*. Tese de Mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Loureiro, E.M.F. (2006). *Estudo da Relação Entre o Stress e os Estilos de Vida nos Estudantes de Medicina*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho.
- Lundy, S.K., Sarkar, S., Tesmer, L.A., & Fox, D.A. (2007). Cells of the synovium in rheumatoid arthritis. T lymphocytes. *Arthritis Research & Therapy*, 9, 202.
- Maes, M., Bonaccorso, S., Hunsel, F., Gastel, A., Delmeire, L., Biondi, M., Bosmans, E., Kenis, G., & Scharpé, S. (1998). Increased 24-hour urinary cortisol excretion in patients with

- post-traumatic stress disorder and patients with major depression, but not in patients with fibromyalgia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98 (4), 328-335.
- Marceletti, J.F., & Nakamura, R.M. (2003). Assessment of serological markers associated with rheumatoid arthritis diagnostic autoantibodies and conventional disease activity markers. *Clinical and Applied Immunology Reviews*, 4, 109-123.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2006). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi.
- Marty, P. (1990/1993). *A psicossomática do adulto*. (P.C.Ramos Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1990).
- Matos, A.C. (1999a). Ser único e ter rosto: o binómio resiliente. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (1), 11-21.
- Matos, A.C. (1999b). Psicanálise, psicossomática e imunidade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (1), 9-16.
- Matos, A.C. (2003). *Mais amor menos doença: a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores.
- McDougall, J. (1989/1996). *Teatros do corpo – o psicossoma em psicanálise* (2ªed.) (P.H. B. Randon, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1989).
- McGowan, P. (1990). Psychologic, Social, emotional and practical problems of patients with arthritis. *Canadian Family Physician*, 36, 503-507.
- Melo, R. (2004). *Intimidade e desgostos de amor*. Retrieved September 10, 2011 from <http://groups.ist.utl.pt/unidades/tutorado/files/Intimidade.pdf>
- Melo Filho, J. (1989). *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Melo Filho, J. (2005). *Concepção psicossomática: visão actual* (10ªed). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes, E. (1994). *Processos Defensivos em Mulheres com Lúpus Eritematoso Disseminado (Estudo Exploratório)*. Monografia não publicada: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Mendes Pedro, A.F.M. (1997). Teorias e modelos em psicossomático: uma nova metodologia para o somático. *Atas do Colégio Internacional de Psicossomática VI Colóquio – ISPA*, 3-8.

- Milheiro, J. (2001). O corpo sabe... *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 9-38.
- Mintz, A.S. (2004). Vinculação, casal e família. In N. Guedeney & A. Guedeney (Coords.). *Vinculação: conceitos e aplicações* (183-191). Lisboa, CLIMEPSI.
- Moreira, M.E.P. (2004). *Os Vínculos Afectivos na Toxicodependência: um Estudo Exploratório*. Monografia de licenciatura não publicada, Universidade Fernando Pessoa.
- Mota-Cardoso, R. (2001). Autorregulação dos sistemas naturais. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 39-96.
- Narciso, I. (1996). El ciclo vital de la pareja. In M. Millán (Coord.), *Psicología de la familia. Un enfoque evolutivo e sistémico*. Valencia: Promolibro.
- Nascimento, V. (2000). O lúpus eritematosos sistémico em um setting grupal. In J.M. Filho (Coord.), *Grupo e Corpo: psicoterapia de grupo em pacientes somáticos*. (299-310) Porto Alegre: Artmed Editora.
- Olf, M. (1999). Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles. *Psychiatry Research*, 85, 7-15.
- Oliveira, E.A., Marin, A.H., Pires, F.B., Frizzo, G.B., Ravanello, T., & Rossato, C. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 1-11.
- Ouakinin, S. (2010). *Emoção e adoecer – projectos de investigação em curso*. Retrieved September 10, 2011 from <http://news.fm.ul.pt/Content.aspx?tabid=65&mid=420&cid=1153>
- Paixão, N.R.A. (2009). *Um Estudo Exploratório: Busca da Compreensão da Toxicodependência e da Psicossomática no Âmbito da Vinculação*. Dissertação de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pedrozo, T.B.L. (1995). Winnicott: uma teoria psicossomática. In: J. Melo Filho & A.L.M.L. Silva (Coords.), *Winnicott – 24 anos depois* (89-96). Rio de Janeiro: Revinter.
- Perris, C., Jacobson, L., Lindstorm, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behavior. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 61, 265-274.

- Pinctus, T., & Callahan, L.F. (1989). Reassessment of twelve traditional paradigms concerning the diagnosis, prevalence, morbidity and mortality of rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 18, 67-96.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1993/1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (3ª ed.). (R.M. Garcez, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1993).
- Ponczek, I.S. (1993). Considerações sobre o uso de drogas: um caso clínico. *Caderno do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas*, 1 (1), 20-26.
- Poser, B., & Oravec, R.M. (2004). *Auto-anticorpos antifilagrina/anti-CCP no diagnóstico da artrite reumatoide*. Retrieved September 10, 2011 from <http://www.publicacoesweinmann.com.br/>
- Queiroz, M. V. (2002). Epidemiologia e clínica. In M.V. Queiroz (Coord.), *Reumatologia* (pp. 5-14). Lisboa: Lidel.
- Rabouam, C. (2004). Avaliação da vinculação no bebé. In N. Guedeney & A. Guedeney (Coords.). *Vinculação: conceitos e aplicações* (89-99). Lisboa, CLIMEPSI.
- Radu, A.S. (2010). Artrite reumatoide: entendendo a doença, seus aspetos e consequências. *Saúde colectiva*. Retrieved September 10, 2011 from <http://www.racine.com.br/saude-coletiva/portal-racine/setor-publico/saude-coletiva/artrite-reumatoide-entendendo-a-doenca-seus-aspectos-e-consequencias>
- Ramalhinho, V. (2006). Hipertensão arterial. In J. Polónia, J. Carmona, J. Saavedra (Coords.), *Hipertensão arterial na prática clínica* (pp.135-171). Lisboa: Cortex
- Rego, C.M. (2010). *Artrite Reumatoide: Fisiopatologia e Terapêutica Biológica*. Monografia de mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior.
- Reparon-Schuijt, C.C., Esch, W.J., Kooten, C., Schellekens, G.A., Jong, B.A., Venrooij, W.J., Breedveld, F.C., & Verweij, C.L. (2001). Secretion of anti-citrulline-containing peptide antibody by B lymphocytes in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatoid*, 44 (1), 41-47.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annual Review of psychology*, 40, 533-579.
- Rodrigues, C.R.F., Bó, S.D., & Teixeira, R.M. (2005). Diagnóstico precoce na artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 37, 201-204.

- Sales, C., Moleiro, C., Evans, C., & Alves, P. (2011). Versão portuguesa do CORE-OM: tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de psiquiatria clinica*.
- Sami-Ali (1987/1995). *Pensar o somático: imaginário e patologia*. (J. Briant, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo (Obra original Publicada em 1987).
- Sampaio, I.T.A. (2007). Práticas educativas parentais, género e ordem de nascimento dos filhos: Atualização. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17, (2), 144-152.
- Santiago, L.M., Rosendo, I., Simões, A.R., Santos, T., Constantino, L., Miranda, P., Matias, C., Neto, M.G., & Francisco, M.P. (2010). Pressão arterial sistólica por auscultação e doppler em medicina geral e familiar: quais as suas implicações da sua implementação? *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 20, 10-13.
- Schaffer, H.R. (1996). *Desenvolvimento social da criança*. Lisboa: Instituto Piaget
- Scheidt, C.E., & Waller, E. (2002). Attachment representation and affect regulation. Current findings of attachment research and their relevance for psychosomatic medicine. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(4), 85-97.
- Schellekens, G.A., Visser, H., Joun, B.A.W., Hoogen, F.H.J., Hazes, J.M.W., Breedveld, F.C., & Venrooij, W.J. (2000). The diagnostic properties of rheumatoid arthritis antibodies recognizing a cyclic citrullinated peptide. *Arthritis & Rheumatism*, 43, 155-163.
- Seeley, R.R., Stephens, T.D., & Tate, P. (2003). *Anatomia e fisiologia*. (6ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Serra, A.V. (2000a). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23QVS. *Psiquiatria Clinica*, 20(4), 279-308.
- Serra, A. V. (2000b). A vulnerabilidade ao stresse. *Psiquiatria Clinica*, 21 (4), 261-278.
- Shaffer, M. (1982). *Life after stress*. New York and London: Plenum Press
- Shih, M., Hootman, J.M., Strine, T.W., Chapman, D.P., & Brady, T.J. (2006). Serious psychological distress in U.S. adults with arthritis. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (11), 1160-1166.
- Siegel, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, “mindsight”, and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1), 67-94.

- Silman, A.J., & Pearson, J.E. (2002). Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. *Arthritis Research*, 4, 265-272.
- Silva, M.A.D. (1994). *Quem ama não adocece – o papel das emoções na prevenção e cura das doenças* (13ª ed.). São Paulo: Best Seller.
- Silva, J.A.P. (2002). Psico-Neuro-Endocrino-imuno-reumatologia: explorando os mecanismos biológicos das manifestações psicossomáticas. *Ata Reumatológica Portuguesa*, 27, 251-262.
- Silva, C.L., Barbosa, S.C.S., Dobrachinski, L., & Feitosa, A.C.S. (2008). Emoções, Estresse, Depressão: Interferência na saúde baseada no sistema imunológico e sistema nervoso central. *Revista Digital de Pesquisa CONQUER da Faculdade São Francisco de Barreiras*, 3, 1-33
- Silva, A.F, Matos, A.N., Lima, A.M.S, Lima, E.F., Gaspar, A.P., Braga, J.F., & Carvalho, E.M. (2006). Valor diagnóstico do anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico na artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46, 174-180.
- Silva, R., Vannucci, A.B., & Zerbini, C.A.F. (2003). Artrite Reumatoide. *Revista Brasileira de Medicina*, 60 (8), 554- 576.
- Silveira, I.G. (2005). *Probabilidade de Artrite Reumatoide a Partir da Testagem para Factor Reumatoide e Anticorpos Anti-peptídeo Citrulinado Cíclico*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Simões, M.R., Machado, C., Gonçalves, M.M., & Almeida, L. (2008). *Avaliação psicológica – instrumentos validados para a população portuguesa* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Sixth Report of the Joint National Committee on the prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (1997, 24 de Novembro). *Archives of Internal Medicine*, 157 (21), 2413-2446.
- Slaffi, F., Carotti, M., Gasparini, S. Intorcia, M., & Grassi, W. (2009). The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 25-37.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (1964/2005). *Brunner e suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. (10ª ed.). (J. E. F. Figueiredo, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. (Obra original publicada em 1964).

- Soares, I. (2004). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares (Coord.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e Avaliação* (15-45). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Solomon, G. F. (2001). *Psiconeuroimunología: sinopsis de su historia, evidencia y consecuencias*. Retrieved September 10, 2011 from http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psicosomatica/2713/
- Someya, T., Uehara, T., Kadowaki, M., Tang, S.W., & Takahashi, S. (2000). Effects of gender difference and birth order on perceived parenting styles, measured by the EMBU scale, in Japanese two-sibling subjects. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 54 (1), 77-81.
- Souza, C.G.P., Sei, M.B., & Arruda, S.L.S (2010). Reflexões sobre a relação mãe-filho e doenças psicossomáticas: um estudo teórico-clínico sobre psoríase infantil. *Boletim de Psicologia*, 60 (132), 45-59.
- Stuart, S., & Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40 (1), 34-43.
- Teixeira, J.C. (1996). Aspectos psicossociais das doenças reumáticas. In V. Queiroz (Coord.), *Reumatologia clínica* Lisboa: Lidel
- Tenenbaum, D. (2010). *Psicanálise e Psicossomática: XVII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática*. Retrieved September 10, 2011 from http://www.tenenbaum.med.br/cv/psicanalise_psicossomatica.pdf
- Thalenberg, J.M. (1997). Aspectos psicossomáticos da hipertensão arterial essencial. In F.C. Ferraz, & R.M. Volich (Coords.), *Psicossoma I: Psicanálise e psicossomática* (199-210). São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda
- Vaz, A.L. (2002). Doenças do tecido conjuntivo – artrite reumatoide. In M.V. Queiroz (Coord.), *Reumatologia* (pp. 3-4). Lisboa: Lidel.
- Vieira, F.E.M. (2008). *Avaliação da Representação das Relações Íntimas, Comportamento Diádico e Percepção da Vinculação: Estudo Exploratório*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho.
- Vossenaar, E.R., & Venrooij, W.J. (2004). Anti.CCP antibodies, a highly specif marker for (early) rheumatoid arthritis. *Clinical and Apllied Immunology Reviews*, 4, 239-262.
- Wallece, D.J. (1987). The role of stress and trauma in rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 16 (3), 153-157.

- Waters, E., & Valenzuela, M. (1999). Explaining disorganised attachment. In J. Salomon & C. George (Coords.). *Attachment disorganization* (pp. 11-17). New York: Guilford Press.
- Weatherall, D.J., Ledinggham, J.G.G., & Warrell, D.A. (1993). *Oxford tratado de medicina interna*. (2ª ed.). São Paulo: Roca.
- Weinstock, M. (2001). Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the offspring. *Progress in Neurobiology*, 65, 427-451.
- West, M.L., & Sheldon-Keller, A.E. (1994). *Patterns of relating: an adult attachment perspective*. New York: Guilford Press.
- Wilder, R. (2000). Arthritis. In G. Fink (Coord.), *Encyclopedia of stress*, (251-254). New York: Academic Press.
- Winnicott, D.W (1945/2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In D.W. Winnicott (Coord.), *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad.) (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1945).
- Yamamoto, K., & Simon, R. (2006). Eficácia da adaptação de pessoas com hipertensão essencial e uma avaliação com o teste estilocrômico. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14 (2), 171-185.
- Zanelli, E., Breedveld, F.C., & Vries, R.R. (2000). HLA class II association with rheumatoid arthritis: facts and interpretations. *Human Immunology*, 61, 1254-1261.
- Zimmerman, D.E. (2004). *Manual de técnica psicanalítica. Uma revisão*. Porto Alegre: Artmed Editora.

ANEXOS

Anexo A – Análise Qui quadrado das variáveis sócio-demográficas

Sexo * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença			Total
			AR	HTA	Saudável	
Sexo	Feminino	Count	20	21	20	61
		Expected Count	20,3	20,3	20,3	61,0
	Masculino	Count	12	11	12	35
		Expected Count	11,7	11,7	11,7	35,0
Total		Count	32	32	32	96
		Expected Count	32,0	32,0	32,0	96,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,090 ^a	2	,956
Likelihood Ratio	,090	2	,956
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000
N of Valid Cases	96		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,67.

Grupo étnico cultural * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença			Total
			AR	HTA	Saudável	
Grupo étnico cultural	Caucasiano	Count	30	29	29	88
		Expected Count	29,3	29,3	29,3	88,0
	Africano	Count	2	3	3	8
		Expected Count	2,7	2,7	2,7	8,0
	Total	Count	32	32	32	96
		Expected Count	32,0	32,0	32,0	96,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,273 ^a	2	,873
Likelihood Ratio	,285	2	,867
Linear-by-Linear Association	,202	1	,653

N of Valid Cases	96	
------------------	----	--

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,67.

Rendimento familiar aproximado * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença			Total
			AR	HTA	Saudável	
Rendimento familiar aproximado	400,00	Count	0	1	0	1
		Expected Count	,4	,3	,3	1,0
	500,00	Count	1	3	0	4
		Expected Count	1,5	1,4	1,1	4,0
	518,00	Count	0	0	1	1
		Expected Count	,4	,3	,3	1,0
	540,00	Count	0	0	1	1
		Expected Count	,4	,3	,3	1,0
	600,00	Count	1	0	1	2
		Expected Count	,7	,7	,6	2,0
	720,00	Count	0	1	0	1
		Expected Count	,4	,3	,3	1,0
	760,00	Count	0	0	1	1
		Expected Count	,4	,3	,3	1,0
	800,00	Count	4	0	0	4
		Expected Count	1,5	1,4	1,1	4,0
	900,00	Count	0	1	1	2
		Expected Count	,7	,7	,6	2,0
	950,00	Count	1	0	0	1
		Expected Count	,4	,3	,3	1,0
	1000,00	Count	3	1	3	7
		Expected Count	2,6	2,4	2,0	7,0
	1050,00	Count	1	0	0	1
		Expected Count	,4	,3	,3	1,0
	1200,00	Count	2	1	1	4
		Expected Count	1,5	1,4	1,1	4,0
	1300,00	Count	1	0	1	2
		Expected Count	,7	,7	,6	2,0
	1500,00	Count	1	0	0	1
		Expected Count	,4	,3	,3	1,0
	1900,00	Count	0	2	0	2
		Expected Count	,7	,7	,6	2,0

	2000,00	Count	2	1	1	4
		Expected Count	1,5	1,4	1,1	4,0
	2150,00	Count	0	1	0	1
		Expected Count	,4	,3	,3	1,0
	2200,00	Count	0	1	0	1
		Expected Count	,4	,3	,3	1,0
	2500,00	Count	1	2	1	4
		Expected Count	1,5	1,4	1,1	4,0
	3000,00	Count	0	2	1	3
		Expected Count	1,1	1,0	,9	3,0
	4500,00	Count	0	0	1	1
		Expected Count	,4	,3	,3	1,0
Total		Count	18	17	14	49
		Expected Count	18,0	17,0	14,0	49,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44,424 ^a	42	,370
Likelihood Ratio	51,474	42	,150
Linear-by-Linear Association	1,213	1	,271
N of Valid Cases	49		

a. 66 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

Estado civil * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença	
			AR	HTA
Estado civil	Solteiro	Count	2	1
		Expected Count	1,7	1,7
	Casado/União de facto	Count	27	26
		Expected Count	26,3	26,3
	Viúvo	Count	1	3
		Expected Count	2,0	2,0
	Separado/Divorciado	Count	2	2
		Expected Count	2,0	2,0
	Total		32	32
			32,0	32,0

Estado civil * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença	
			Saudável	Total
Estado civil	Solteiro	Count	2	5
		Expected Count	1,7	5,0
	Casado/União de facto	Count	26	79
		Expected Count	26,3	79,0
	Viúvo	Count	2	6
		Expected Count	2,0	6,0
	Separado/Divorciado	Count	2	6
		Expected Count	2,0	6,0
Total	Count	32	96	
	Expected Count	32,0	96,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,425 ^a	6	,964
Likelihood Ratio	1,509	6	,959
Linear-by-Linear Association	,045	1	,833
N of Valid Cases	96		

a. 9 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,67.

Habilitações literárias * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença	
			AR	HTA
Habilitações literárias	Ensino primário	Count	17	18
		Expected Count	16,7	16,7
	Ensino preparatório	Count	6	4
		Expected Count	5,3	5,3
	Ensino secundário	Count	5	6
		Expected Count	5,7	5,7
	Ensino superior	Count	4	4
		Expected Count	4,3	4,3
Total	Count	32	32	
	Expected Count	32,0	32,0	

Habilitações literárias * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença	Total
			Saudável	
Habilitações literárias	Ensino primário	Count	15	50
		Expected Count	16,7	50,0
	Ensino preparatório	Count	6	16
		Expected Count	5,3	16,0
	Ensino secundário	Count	6	17
		Expected Count	5,7	17,0
	Ensino superior	Count	5	13
		Expected Count	4,3	13,0
Total	Count	32	96	
	Expected Count	32,0	96,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,051 ^a	6	,984
Likelihood Ratio	1,079	6	,982
Linear-by-Linear Association	,313	1	,576
N of Valid Cases	96		

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,33.

Ocupação * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença			Total
			AR	HTA	Saudável	
Ocupação	Desempregado	Count	3	3	4	10
		Expected Count	3,3	3,3	3,3	10,0
	Trabalhador	Count	13	14	14	41
		Expected Count	13,7	13,7	13,7	41,0
	De baixa	Count	4	3	5	12
		Expected Count	4,0	4,0	4,0	12,0

Reformado	Count	12	12	9	33
	Expected Count	11,0	11,0	11,0	33,0
Total	Count	32	32	32	96
	Expected Count	32,0	32,0	32,0	96,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,294 ^a	6	,972
Likelihood Ratio	1,313	6	,971
Linear-by-Linear Association	,428	1	,513
N of Valid Cases	96		

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,33.

Vive acompanhado? * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença			Total
			AR	HTA	Saudável	
Vive acompanhado?	sim	Count	29	28	29	86
		Expected Count	28,7	28,7	28,7	86,0
	não	Count	3	4	3	10
		Expected Count	3,3	3,3	3,3	10,0
Total	Count		32	32	32	96
	Expected Count		32,0	32,0	32,0	96,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,223 ^a	2	,894
Likelihood Ratio	,218	2	,897
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000
N of Valid Cases	96		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,33.

Tem filhos? * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença			Total
			AR	HTA	Saudável	

Tem filhos?	Sim	Count	29	30	29	88
		Expected Count	29,3	29,3	29,3	88,0
	Não	Count	3	2	3	8
		Expected Count	2,7	2,7	2,7	8,0
Total		Count	32	32	32	96
		Expected Count	32,0	32,0	32,0	96,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,273 ^a	2	,873
Likelihood Ratio	,285	2	,867
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000
N of Valid Cases	96		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,67.

Quantos irmãos tem? * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença			Total
			AR	HTA	Saudável	
Quantos irmãos tem?	,00	Count	1	2	3	6
		Expected Count	2,0	2,0	2,0	6,0
	1,00	Count	2	8	2	12
		Expected Count	4,0	4,0	4,0	12,0
	2,00	Count	8	6	10	24
		Expected Count	8,0	8,0	8,0	24,0
	3,00	Count	4	7	5	16
		Expected Count	5,3	5,3	5,3	16,0
	4,00	Count	7	3	3	13
		Expected Count	4,3	4,3	4,3	13,0
	5,00	Count	3	0	3	6
		Expected Count	2,0	2,0	2,0	6,0
	6,00	Count	3	1	2	6
		Expected Count	2,0	2,0	2,0	6,0
	7,00	Count	0	1	1	2
		Expected Count	,7	,7	,7	2,0
	8,00	Count	2	1	2	5
		Expected Count	1,7	1,7	1,7	5,0
	9,00	Count	1	2	1	4
		Expected Count	1,3	2,7	1,0	5,0

	Expected Count	1,3	1,3	1,3	4,0
	Count	1	1	0	2
13,00	Expected Count	,7	,7	,7	2,0
Total	Count	32	32	32	96
	Expected Count	32,0	32,0	32,0	96,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,237 ^a	20	,572
Likelihood Ratio	20,828	20	,407
Linear-by-Linear Association	,952	1	,329
N of Valid Cases	96		

a. 27 cells (81,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

Indique se você é o irmão: * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença	
			AR	HTA
Indique se você é o irmão:	Mais velho	Count	5	10
		Expected Count	8,3	8,0
	Mais novo	Count	9	11
		Expected Count	8,6	8,3
	Do meio	Count	17	7
		Expected Count	13,4	13,0
	Gêmeos	Count	0	2
		Expected Count	,7	,7
	Total		31	30
			Expected Count	31,0 30,0

Indique se você é o irmão: * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença	Total
			Saudável	
Indique se você é o irmão:	Mais velho	Count	9	24
		Expected Count	7,7	24,0
	Mais novo	Count	5	25
		Expected Count	8,1	25,0
	Do meio	Count	15	39
		Expected Count	12,6	39,0

	Gêmeos	Count	0	2
		Expected Count	,6	2,0
Total		Count	29	90
		Expected Count	29,0	90,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,216 ^a	6	,057
Likelihood Ratio	13,343	6	,038
Linear-by-Linear Association	,689	1	,406
N of Valid Cases	90		

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,64.

Com quem viveu na sua infância? * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença	
			AR	HTA
Com quem viveu na sua infância?	Pai e mãe	Count	28	30
		Expected Count	29,0	29,0
	Somente com a mãe	Count	2	1
		Expected Count	1,3	1,3
	Outros	Count	2	1
		Expected Count	1,7	1,7
Total	Count		32	32
	Expected Count		32,0	32,0

Com quem viveu na sua infância? * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença	Total
			Saudável	
Com quem viveu na sua infância?	Pai e mãe	Count	29	87
		Expected Count	29,0	87,0
	Somente com a mãe	Count	1	4
		Expected Count	1,3	4,0
	Outros	Count	2	5
		Expected Count	1,7	5,0
Total	Count		32	96
	Expected Count		32,0	96,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,969 ^a	4	,914
Likelihood Ratio	,977	4	,913
Linear-by-Linear Association	,107	1	,744
N of Valid Cases	96		

a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,33.

Indique outros que tenha vivido na infância * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença	
			AR	HTA
Indique outros que tenha vivido na infância	colégio interno	Count	1	0
		Expected Count	,4	,2
	outro familiar	Count	1	0
		Expected Count	,8	,4
	Pais adotivos	Count	0	1
		Expected Count	,8	,4
Total	Count	2	1	
	Expected Count	2,0	1,0	

Indique outros que tenha vivido na infância * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença	Total
			Saudável	
Indique outros que tenha vivido na infância	colégio interno	Count	0	1
		Expected Count	,4	1,0
	outro familiar	Count	1	2
		Expected Count	,8	2,0
	Pais adoptivos	Count	1	2
		Expected Count	,8	2,0
Total	Count	2	5	
	Expected Count	2,0	5,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,750 ^a	4	,441
Likelihood Ratio	5,004	4	,287

Linear-by-Linear Association	1,500	1	,221
N of Valid Cases	5		

a. 9 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

Separou-se das pessoas com quem viveu? * Grupo de doença Crosstabulation

			Grupo de doença			Total
			AR	HTA	Saudável	
Separou-se das pessoas com quem viveu?	Sim	Count	9	3	3	15
		Expected Count	5,0	5,0	5,0	15,0
	Não	Count	23	29	29	81
		Expected Count	27,0	27,0	27,0	81,0
Total		Count	32	32	32	96
		Expected Count	32,0	32,0	32,0	96,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,689 ^a	2	,058
Likelihood Ratio	5,364	2	,068
Linear-by-Linear Association	4,222	1	,040
N of Valid Cases	96		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

Anexo B – Análise de consistência interna

Reliability

Scale: EVA

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,856	18

Scale: QVS

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,811	23

Scale: CORE

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,923	34

Scale: EMBU - Mãe

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,665	23

Scale: EMBU - Pai

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,540	23

Anexo C – Análise descritiva dos instrumentos

Análise descritiva AR

Statistics

		Vinculação Ansiosa	Vinculação Segura	Vinculação Evitante
N	Valid	32	32	32
	Missing	0	0	0
Mean		18,2500	17,2500	13,5625
Std. Deviation		5,30976	3,26269	3,76690
Minimum		10,00	9,00	8,00
Maximum		30,00	24,00	21,00

Frequency Table

Vinculação Ansiosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10,00	1	3,1	3,1	3,1
	11,00	1	3,1	3,1	6,3
	12,00	3	9,4	9,4	15,6
	13,00	4	12,5	12,5	28,1
	14,00	1	3,1	3,1	31,3
	15,00	3	9,4	9,4	40,6
	16,00	1	3,1	3,1	43,8
	17,00	1	3,1	3,1	46,9
	18,00	3	9,4	9,4	56,3
	20,00	1	3,1	3,1	59,4
	21,00	3	9,4	9,4	68,8
	22,00	1	3,1	3,1	71,9
	23,00	1	3,1	3,1	75,0
	24,00	4	12,5	12,5	87,5
	25,00	3	9,4	9,4	96,9
	30,00	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Vinculação Segura

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	9,00	1	3,1	3,1	3,1
	12,00	1	3,1	3,1	6,3
	14,00	3	9,4	9,4	15,6
	15,00	6	18,8	18,8	34,4
	16,00	3	9,4	9,4	43,8
	17,00	3	9,4	9,4	53,1
	18,00	4	12,5	12,5	65,6
	19,00	3	9,4	9,4	75,0
	20,00	4	12,5	12,5	87,5
	21,00	1	3,1	3,1	90,6
	23,00	2	6,3	6,3	96,9
	24,00	1	3,1	3,1	100,0
Total		32	100,0	100,0	

Vinculação Evitante

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8,00	2	6,3	6,3	6,3
	9,00	5	15,6	15,6	21,9
	11,00	3	9,4	9,4	31,3
	12,00	2	6,3	6,3	37,5
	13,00	3	9,4	9,4	46,9
	14,00	8	25,0	25,0	71,9
	15,00	1	3,1	3,1	75,0
	16,00	1	3,1	3,1	78,1
	17,00	2	6,3	6,3	84,4
	18,00	1	3,1	3,1	87,5
	19,00	1	3,1	3,1	90,6
	21,00	3	9,4	9,4	100,0
Total		32	100,0	100,0	

Statistics

		QVS Total	Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	Factor 2:Inibição de Dependência Funcional	Factor 3: Carência de apoio social
N	Valid	32	32	32	32
	Missing	0	0	0	0

Mean	43,0000	14,6875	7,4063	1,9375
Std. Deviation	9,94501	4,32873	3,73181	1,72154
Minimum	27,00	6,00	2,00	,00
Maximum	61,00	22,00	16,00	6,00

Statistics

	Factor 4: Condições de Vida adversas	Factor 5: Dramatização da Existência	Factor 6: Subjugação	Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição
N Valid	32	32	32	32
Missing	0	0	0	0
Mean	4,0313	6,8750	8,3125	4,5313
Std. Deviation	2,37574	2,70901	3,55997	1,70359
Minimum	,00	2,00	,00	2,00
Maximum	8,00	12,00	14,00	8,00

Frequency Table

QVS Total

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 27,00	1	3,1	3,1	3,1
28,00	2	6,3	6,3	9,4
31,00	3	9,4	9,4	18,8
32,00	1	3,1	3,1	21,9
34,00	1	3,1	3,1	25,0
35,00	2	6,3	6,3	31,3
37,00	2	6,3	6,3	37,5
40,00	1	3,1	3,1	40,6
41,00	1	3,1	3,1	43,8
43,00	2	6,3	6,3	50,0
44,00	1	3,1	3,1	53,1
46,00	1	3,1	3,1	56,3
47,00	2	6,3	6,3	62,5
48,00	1	3,1	3,1	65,6
49,00	1	3,1	3,1	68,8
50,00	3	9,4	9,4	78,1
52,00	2	6,3	6,3	84,4
54,00	1	3,1	3,1	87,5
55,00	1	3,1	3,1	90,6

59,00	2	6,3	6,3	96,9
61,00	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 6,00	1	3,1	3,1	3,1
9,00	2	6,3	6,3	9,4
10,00	4	12,5	12,5	21,9
11,00	5	15,6	15,6	37,5
12,00	1	3,1	3,1	40,6
14,00	1	3,1	3,1	43,8
15,00	2	6,3	6,3	50,0
16,00	3	9,4	9,4	59,4
17,00	2	6,3	6,3	65,6
18,00	4	12,5	12,5	78,1
19,00	3	9,4	9,4	87,5
20,00	1	3,1	3,1	90,6
21,00	2	6,3	6,3	96,9
22,00	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Factor 2: Inibição de Dependência Funcional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2,00	4	12,5	12,5	12,5
4,00	5	15,6	15,6	28,1
5,00	1	3,1	3,1	31,3
6,00	3	9,4	9,4	40,6
7,00	6	18,8	18,8	59,4
8,00	3	9,4	9,4	68,8
9,00	1	3,1	3,1	71,9
10,00	1	3,1	3,1	75,0
11,00	1	3,1	3,1	78,1
12,00	4	12,5	12,5	90,6
13,00	2	6,3	6,3	96,9
16,00	1	3,1	3,1	100,0

Factor 2:Inibição de Dependência Funcional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	4	12,5	12,5	12,5
	4,00	5	15,6	15,6	28,1
	5,00	1	3,1	3,1	31,3
	6,00	3	9,4	9,4	40,6
	7,00	6	18,8	18,8	59,4
	8,00	3	9,4	9,4	68,8
	9,00	1	3,1	3,1	71,9
	10,00	1	3,1	3,1	75,0
	11,00	1	3,1	3,1	78,1
	12,00	4	12,5	12,5	90,6
	13,00	2	6,3	6,3	96,9
	16,00	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Factor 3: Carência de apoio social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	6	18,8	18,8	18,8
	1,00	10	31,3	31,3	50,0
	2,00	6	18,8	18,8	68,8
	3,00	6	18,8	18,8	87,5
	4,00	1	3,1	3,1	90,6
	6,00	3	9,4	9,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Factor 4: Condições de Vida adversas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	3	9,4	9,4	9,4
	1,00	2	6,3	6,3	15,6
	2,00	3	9,4	9,4	25,0
	3,00	7	21,9	21,9	46,9
	4,00	3	9,4	9,4	56,3
	5,00	4	12,5	12,5	68,8
	6,00	5	15,6	15,6	84,4
	7,00	2	6,3	6,3	90,6

8,00	3	9,4	9,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Factor 5: Dramatização da Existência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2,00	1	3,1	3,1	3,1
3,00	2	6,3	6,3	9,4
4,00	4	12,5	12,5	21,9
5,00	2	6,3	6,3	28,1
6,00	8	25,0	25,0	53,1
7,00	5	15,6	15,6	68,8
8,00	1	3,1	3,1	71,9
10,00	5	15,6	15,6	87,5
11,00	3	9,4	9,4	96,9
12,00	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Factor 6: Subjugação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	1	3,1	3,1	3,1
3,00	2	6,3	6,3	9,4
4,00	2	6,3	6,3	15,6
5,00	2	6,3	6,3	21,9
6,00	3	9,4	9,4	31,3
7,00	4	12,5	12,5	43,8
8,00	2	6,3	6,3	50,0
9,00	5	15,6	15,6	65,6
11,00	2	6,3	6,3	71,9
12,00	6	18,8	18,8	90,6
13,00	1	3,1	3,1	93,8
14,00	2	6,3	6,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	2,00	5	15,6	15,6	15,6
	3,00	5	15,6	15,6	31,3
	4,00	5	15,6	15,6	46,9
	5,00	7	21,9	21,9	68,8
	6,00	6	18,8	18,8	87,5
	7,00	3	9,4	9,4	96,9
	8,00	1	3,1	3,1	100,0
Total		32	100,0	100,0	

Statistics

	Bem-estar Psicológico Médio	Bem-estar_subjetivo_Médio	Queixas e sintomas Médio
N Valid	32	32	32
Missing	0	0	0
Mean	1,2960	1,7813	1,7969
Std. Deviation	,55999	,87240	,77075
Minimum	,32	,50	,50
Maximum	2,56	3,50	3,17

Statistics

	Funcionamento pessoal e social Médio	Comportamentos_risco_Médio
N Valid	32	32
Missing	0	0
Mean	1,1536	,2552
Std. Deviation	,54383	,42541
Minimum	,17	,00
Maximum	2,50	1,67

Frequency Table

Bem-estar Psicológico Médio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,32	1	3,1	3,1	3,1
,47	1	3,1	3,1	6,3
,65	2	6,3	6,3	12,5

,71	1	3,1	3,1	15,6
,79	1	3,1	3,1	18,8
,85	1	3,1	3,1	21,9
,88	1	3,1	3,1	25,0
,94	2	6,3	6,3	31,3
1,03	2	6,3	6,3	37,5
1,12	2	6,3	6,3	43,8
1,21	2	6,3	6,3	50,0
1,24	3	9,4	9,4	59,4
1,29	1	3,1	3,1	62,5
1,35	1	3,1	3,1	65,6
1,38	1	3,1	3,1	68,8
1,65	2	6,3	6,3	75,0
1,68	1	3,1	3,1	78,1
1,74	1	3,1	3,1	81,3
1,79	1	3,1	3,1	84,4
2,03	1	3,1	3,1	87,5
2,09	1	3,1	3,1	90,6
2,12	1	3,1	3,1	93,8
2,53	1	3,1	3,1	96,9
2,56	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Bem-estar_subjetivo_Médio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,50	3	9,4	9,4	9,4
,75	3	9,4	9,4	18,8
1,00	2	6,3	6,3	25,0
1,25	2	6,3	6,3	31,3
1,50	6	18,8	18,8	50,0
1,75	2	6,3	6,3	56,3
2,00	4	12,5	12,5	68,8
2,25	3	9,4	9,4	78,1
2,50	1	3,1	3,1	81,3
2,75	1	3,1	3,1	84,4
3,00	1	3,1	3,1	87,5
3,25	3	9,4	9,4	96,9
3,50	1	3,1	3,1	100,0

Bem-estar_subjetivo_Médio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,50	3	9,4	9,4	9,4
	,75	3	9,4	9,4	18,8
	1,00	2	6,3	6,3	25,0
	1,25	2	6,3	6,3	31,3
	1,50	6	18,8	18,8	50,0
	1,75	2	6,3	6,3	56,3
	2,00	4	12,5	12,5	68,8
	2,25	3	9,4	9,4	78,1
	2,50	1	3,1	3,1	81,3
	2,75	1	3,1	3,1	84,4
	3,00	1	3,1	3,1	87,5
	3,25	3	9,4	9,4	96,9
	3,50	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Queixas e sintomas Médio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,50	2	6,3	6,3	6,3
	,75	1	3,1	3,1	9,4
	,92	1	3,1	3,1	12,5
	1,00	3	9,4	9,4	21,9
	1,08	1	3,1	3,1	25,0
	1,17	1	3,1	3,1	28,1
	1,25	1	3,1	3,1	31,3
	1,42	1	3,1	3,1	34,4
	1,50	1	3,1	3,1	37,5
	1,58	2	6,3	6,3	43,8
	1,75	3	9,4	9,4	53,1
	1,83	2	6,3	6,3	59,4
	1,92	1	3,1	3,1	62,5
	2,00	2	6,3	6,3	68,8
	2,42	2	6,3	6,3	75,0
	2,50	1	3,1	3,1	78,1
	2,58	2	6,3	6,3	84,4
	2,75	1	3,1	3,1	87,5

2,92	1	3,1	3,1	90,6
3,00	1	3,1	3,1	93,8
3,08	1	3,1	3,1	96,9
3,17	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Funcionamento pessoal e social Médio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,17	1	3,1	3,1	3,1
,42	2	6,3	6,3	9,4
,50	1	3,1	3,1	12,5
,58	2	6,3	6,3	18,8
,67	3	9,4	9,4	28,1
,83	1	3,1	3,1	31,3
,92	1	3,1	3,1	34,4
1,00	1	3,1	3,1	37,5
1,08	3	9,4	9,4	46,9
1,17	6	18,8	18,8	65,6
1,33	2	6,3	6,3	71,9
1,58	3	9,4	9,4	81,3
1,67	1	3,1	3,1	84,4
1,75	1	3,1	3,1	87,5
1,83	1	3,1	3,1	90,6
1,92	1	3,1	3,1	93,8
2,17	1	3,1	3,1	96,9
2,50	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Comportamentos_risco_Médio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	18	56,3	56,3	56,3
,17	4	12,5	12,5	68,8
,33	3	9,4	9,4	78,1
,50	3	9,4	9,4	87,5
1,00	1	3,1	3,1	90,6
1,17	2	6,3	6,3	96,9

1,67	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Statistics

	Suporte Emocional Mãe	Suporte Emocional Pai	Suporte Emocional Outro	Rejeição Mãe
N Valid	30	28	2	30
Missing	2	4	30	2
Mean	16,4333	15,8929	10,5000	14,8333
Std. Deviation	5,09688	4,93918	3,53553	6,09739
Minimum	7,00	7,00	8,00	9,00
Maximum	26,00	26,00	13,00	30,00

Statistics

	Rejeição Pai	Rejeição Outro	Sobreprotecção Mãe
N Valid	28	2	30
Missing	4	30	2
Mean	13,5357	21,0000	14,9667
Std. Deviation	4,14087	12,72792	3,62447
Minimum	9,00	12,00	8,00
Maximum	26,00	30,00	21,00

Statistics

	Sobreprotecção Pai	Sobreprotecção Outro
N Valid	28	2
Missing	4	30
Mean	14,0357	17,0000
Std. Deviation	2,57455	8,48528
Minimum	8,00	11,00
Maximum	18,00	23,00

Frequency Table

Suporte Emocional Mãe

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	7,00	1	3,1	3,3	3,3
	9,00	2	6,3	6,7	10,0
	11,00	3	9,4	10,0	20,0
	12,00	2	6,3	6,7	26,7
	13,00	5	15,6	16,7	43,3
	14,00	1	3,1	3,3	46,7
	18,00	2	6,3	6,7	53,3
	19,00	2	6,3	6,7	60,0
	20,00	5	15,6	16,7	76,7
	21,00	1	3,1	3,3	80,0
	22,00	4	12,5	13,3	93,3
	23,00	1	3,1	3,3	96,7
	26,00	1	3,1	3,3	100,0
	Total	30	93,8	100,0	
Missing	500,00	2	6,3		
Total		32	100,0		

Suporte Emocional Pai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7,00	1	3,1	3,6	3,6
	8,00	2	6,3	7,1	10,7
	9,00	1	3,1	3,6	14,3
	11,00	2	6,3	7,1	21,4
	12,00	1	3,1	3,6	25,0
	13,00	3	9,4	10,7	35,7
	14,00	1	3,1	3,6	39,3
	15,00	2	6,3	7,1	46,4
	16,00	1	3,1	3,6	50,0
	17,00	3	9,4	10,7	60,7
	18,00	1	3,1	3,6	64,3
	19,00	1	3,1	3,6	67,9
	20,00	4	12,5	14,3	82,1
	21,00	2	6,3	7,1	89,3
	22,00	2	6,3	7,1	96,4
	26,00	1	3,1	3,6	100,0
	Total	28	87,5	100,0	
Missing	500,00	4	12,5		
Total		32	100,0		

Suporte Emocional Outro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8,00	1	3,1	50,0	50,0
	13,00	1	3,1	50,0	100,0
	Total	2	6,3	100,0	
Missing	500,00	30	93,8		
Total		32	100,0		

Rejeição Mãe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9,00	4	12,5	13,3	13,3
	10,00	3	9,4	10,0	23,3
	11,00	3	9,4	10,0	33,3
	12,00	3	9,4	10,0	43,3
	13,00	4	12,5	13,3	56,7
	14,00	3	9,4	10,0	66,7
	15,00	1	3,1	3,3	70,0
	16,00	1	3,1	3,3	73,3
	17,00	1	3,1	3,3	76,7
	18,00	1	3,1	3,3	80,0
	19,00	1	3,1	3,3	83,3
	20,00	1	3,1	3,3	86,7
	21,00	1	3,1	3,3	90,0
	30,00	3	9,4	10,0	100,0
	Total	30	93,8	100,0	
Missing	500,00	2	6,3		
Total		32	100,0		

Rejeição Pai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9,00	4	12,5	14,3	14,3
	10,00	5	15,6	17,9	32,1
	11,00	2	6,3	7,1	39,3
	12,00	2	6,3	7,1	46,4
	13,00	3	9,4	10,7	57,1

	14,00	1	3,1	3,6	60,7
	15,00	2	6,3	7,1	67,9
	16,00	5	15,6	17,9	85,7
	17,00	1	3,1	3,6	89,3
	20,00	1	3,1	3,6	92,9
	21,00	1	3,1	3,6	96,4
	26,00	1	3,1	3,6	100,0
	Total	28	87,5	100,0	
Missing	500,00	4	12,5		
Total		32	100,0		

Rejeição Outro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12,00	1	3,1	50,0	50,0
	30,00	1	3,1	50,0	100,0
	Total	2	6,3	100,0	
Missing	500,00	30	93,8		
Total		32	100,0		

Sobreprotecção Mãe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8,00	1	3,1	3,3	3,3
	10,00	1	3,1	3,3	6,7
	11,00	4	12,5	13,3	20,0
	12,00	3	9,4	10,0	30,0
	13,00	4	12,5	13,3	43,3
	14,00	1	3,1	3,3	46,7
	15,00	4	12,5	13,3	60,0
	16,00	1	3,1	3,3	63,3
	17,00	2	6,3	6,7	70,0
	18,00	2	6,3	6,7	76,7
	19,00	4	12,5	13,3	90,0
	21,00	3	9,4	10,0	100,0
	Total	30	93,8	100,0	
Missing	500,00	2	6,3		
Total		32	100,0		

Sobreprotecção Pai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8,00	1	3,1	3,6	3,6
	11,00	4	12,5	14,3	17,9
	12,00	4	12,5	14,3	32,1
	13,00	4	12,5	14,3	46,4
	14,00	1	3,1	3,6	50,0
	15,00	5	15,6	17,9	67,9
	16,00	4	12,5	14,3	82,1
	17,00	2	6,3	7,1	89,3
	18,00	3	9,4	10,7	100,0
	Total	28	87,5	100,0	
Missing	500,00	4	12,5		
Total		32	100,0		

Sobreprotecção Outro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11,00	1	3,1	50,0	50,0
	23,00	1	3,1	50,0	100,0
	Total	2	6,3	100,0	
Missing	500,00	30	93,8		
Total		32	100,0		

Análise descritiva HTA

Statistics

		Vinculação Ansiosa	Vinculação Segura	Vinculação Evitante
N	Valid	32	32	32
	Missing	0	0	0
Mean		16,9375	16,4375	11,8750
Std. Deviation		5,33363	2,67531	2,29656
Minimum		10,00	11,00	8,00
Maximum		37,00	22,00	17,00

Frequency Table

Vinculação Ansiosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10,00	1	3,1	3,1	3,1
	11,00	1	3,1	3,1	6,3
	12,00	2	6,3	6,3	12,5
	13,00	4	12,5	12,5	25,0
	14,00	3	9,4	9,4	34,4
	15,00	4	12,5	12,5	46,9
	16,00	5	15,6	15,6	62,5
	17,00	2	6,3	6,3	68,8
	18,00	1	3,1	3,1	71,9
	19,00	2	6,3	6,3	78,1
	20,00	1	3,1	3,1	81,3
	21,00	2	6,3	6,3	87,5
	23,00	1	3,1	3,1	90,6
	24,00	1	3,1	3,1	93,8
	27,00	1	3,1	3,1	96,9
	37,00	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Vinculação Segura

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11,00	1	3,1	3,1	3,1
	12,00	1	3,1	3,1	6,3
	13,00	2	6,3	6,3	12,5
	14,00	1	3,1	3,1	15,6
	15,00	9	28,1	28,1	43,8
	16,00	5	15,6	15,6	59,4
	17,00	3	9,4	9,4	68,8
	18,00	2	6,3	6,3	75,0
	19,00	3	9,4	9,4	84,4
	20,00	2	6,3	6,3	90,6
	21,00	2	6,3	6,3	96,9
	22,00	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Vinculação Evitante

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8,00	2	6,3	6,3	6,3
	9,00	3	9,4	9,4	15,6
	10,00	4	12,5	12,5	28,1
	11,00	5	15,6	15,6	43,8
	12,00	7	21,9	21,9	65,6
	13,00	4	12,5	12,5	78,1
	14,00	3	9,4	9,4	87,5
	15,00	2	6,3	6,3	93,8
	17,00	2	6,3	6,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Statistics

		QVS Total	Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	Factor 2:Inibição de Dependência Funcional	Factor 3: Carência de apoio social
N	Valid	32	32	32	32
	Missing	0	0	0	0
Mean		43,6250	14,8125	7,2500	2,5938
Std. Deviation		7,45200	3,93034	2,83981	1,24069
Minimum		31,00	5,00	2,00	,00
Maximum		60,00	24,00	15,00	5,00

Statistics

		Factor 4: Condições de Vida adversas	Factor 5: Dramatização da Existência	Factor 6: Subjugação	Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição
N	Valid	32	32	32	32
	Missing	0	0	0	0
Mean		3,5625	6,8750	7,4063	6,0625
Std. Deviation		2,10893	1,71803	2,92772	1,54372
Minimum		,00	4,00	3,00	2,00
Maximum		7,00	10,00	14,00	9,00

Frequency Table

QVS Total

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	31,00	1	3,1	3,1	3,1
	32,00	1	3,1	3,1	6,3
	33,00	1	3,1	3,1	9,4
	34,00	1	3,1	3,1	12,5
	36,00	1	3,1	3,1	15,6
	37,00	2	6,3	6,3	21,9
	38,00	2	6,3	6,3	28,1
	40,00	2	6,3	6,3	34,4
	41,00	3	9,4	9,4	43,8
	42,00	1	3,1	3,1	46,9
	43,00	1	3,1	3,1	50,0
	44,00	2	6,3	6,3	56,3
	45,00	3	9,4	9,4	65,6
	46,00	2	6,3	6,3	71,9
	47,00	1	3,1	3,1	75,0
	50,00	2	6,3	6,3	81,3
	51,00	1	3,1	3,1	84,4
	52,00	2	6,3	6,3	90,6
	56,00	1	3,1	3,1	93,8
	59,00	1	3,1	3,1	96,9
	60,00	1	3,1	3,1	100,0
Total		32	100,0	100,0	

Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,00	1	3,1	3,1
	9,00	1	3,1	6,3
	11,00	2	6,3	12,5
	12,00	6	18,8	31,3
	13,00	1	3,1	34,4
	14,00	4	12,5	46,9
	15,00	6	18,8	65,6
	16,00	4	12,5	78,1
	18,00	3	9,4	87,5
	20,00	1	3,1	90,6
	22,00	1	3,1	93,8
	23,00	1	3,1	96,9
	24,00	1	3,1	100,0

Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,00	1	3,1	3,1	3,1
	9,00	1	3,1	3,1	6,3
	11,00	2	6,3	6,3	12,5
	12,00	6	18,8	18,8	31,3
	13,00	1	3,1	3,1	34,4
	14,00	4	12,5	12,5	46,9
	15,00	6	18,8	18,8	65,6
	16,00	4	12,5	12,5	78,1
	18,00	3	9,4	9,4	87,5
	20,00	1	3,1	3,1	90,6
	22,00	1	3,1	3,1	93,8
	23,00	1	3,1	3,1	96,9
	24,00	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Factor 2:Inibição de Dependência Funcional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	1	3,1	3,1	3,1
	3,00	2	6,3	6,3	9,4
	4,00	2	6,3	6,3	15,6
	5,00	4	12,5	12,5	28,1
	6,00	3	9,4	9,4	37,5
	7,00	7	21,9	21,9	59,4
	8,00	3	9,4	9,4	68,8
	9,00	4	12,5	12,5	81,3
	10,00	2	6,3	6,3	87,5
	11,00	2	6,3	6,3	93,8
	12,00	1	3,1	3,1	96,9
	15,00	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Factor 3: Carência de apoio social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	2	6,3	6,3	6,3

1,00	1	3,1	3,1	9,4
2,00	15	46,9	46,9	56,3
3,00	7	21,9	21,9	78,1
4,00	4	12,5	12,5	90,6
5,00	3	9,4	9,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Factor 4: Condições de Vida adversas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	2	6,3	6,3	6,3
1,00	2	6,3	6,3	12,5
2,00	9	28,1	28,1	40,6
3,00	4	12,5	12,5	53,1
4,00	5	15,6	15,6	68,8
5,00	2	6,3	6,3	75,0
6,00	4	12,5	12,5	87,5
7,00	4	12,5	12,5	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Factor 5: Dramatização da Existência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4,00	4	12,5	12,5	12,5
5,00	3	9,4	9,4	21,9
6,00	5	15,6	15,6	37,5
7,00	9	28,1	28,1	65,6
8,00	5	15,6	15,6	81,3
9,00	4	12,5	12,5	93,8
10,00	2	6,3	6,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Factor 6: Subjugação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3,00	2	6,3	6,3	6,3
4,00	3	9,4	9,4	15,6
5,00	4	12,5	12,5	28,1

6,00	5	15,6	15,6	43,8
7,00	4	12,5	12,5	56,3
8,00	4	12,5	12,5	68,8
9,00	3	9,4	9,4	78,1
10,00	3	9,4	9,4	87,5
12,00	2	6,3	6,3	93,8
14,00	2	6,3	6,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2,00	1	3,1	3,1	3,1
3,00	1	3,1	3,1	6,3
4,00	2	6,3	6,3	12,5
5,00	7	21,9	21,9	34,4
6,00	7	21,9	21,9	56,3
7,00	9	28,1	28,1	84,4
8,00	4	12,5	12,5	96,9
9,00	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Statistics

	Bem-estar Psicológico Médio	Bem-estar_subjetivo_Médio	Queixas e sintomas Médio
N Valid	32	32	32
Missing	0	0	0
Mean	,9926	1,3672	1,2500
Std. Deviation	,44499	,60570	,62897
Minimum	,18	,25	,25
Maximum	1,88	3,25	2,67

Statistics

	Funcionamento pessoal e social Médio	Comportamentos_risco_Médio
N Valid	32	32
Missing	0	0
Mean	,9896	,2344

Std. Deviation	,48580	,44573
Minimum	,17	,00
Maximum	2,17	1,67

Frequency Table

Bem-estar Psicológico Médio				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,18	1	3,1	3,1	3,1
,38	3	9,4	9,4	12,5
,56	1	3,1	3,1	15,6
,62	1	3,1	3,1	18,8
,65	2	6,3	6,3	25,0
,68	1	3,1	3,1	28,1
,74	1	3,1	3,1	31,3
,79	2	6,3	6,3	37,5
,82	2	6,3	6,3	43,8
,88	1	3,1	3,1	46,9
,91	1	3,1	3,1	50,0
,94	1	3,1	3,1	53,1
,97	1	3,1	3,1	56,3
1,03	1	3,1	3,1	59,4
1,09	3	9,4	9,4	68,8
1,18	1	3,1	3,1	71,9
1,35	2	6,3	6,3	78,1
1,38	1	3,1	3,1	81,3
1,41	1	3,1	3,1	84,4
1,47	1	3,1	3,1	87,5
1,71	1	3,1	3,1	90,6
1,79	2	6,3	6,3	96,9
1,88	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Bem-estar_subjetivo_Médio				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,25	1	3,1	3,1	3,1

,50	1	3,1	3,1	6,3
,75	4	12,5	12,5	18,8
1,00	6	18,8	18,8	37,5
1,25	5	15,6	15,6	53,1
1,50	7	21,9	21,9	75,0
1,75	3	9,4	9,4	84,4
2,00	2	6,3	6,3	90,6
2,25	1	3,1	3,1	93,8
2,50	1	3,1	3,1	96,9
3,25	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Queixas e sintomas Médio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,25	1	3,1	3,1	3,1
,42	1	3,1	3,1	6,3
,58	3	9,4	9,4	15,6
,67	1	3,1	3,1	18,8
,75	2	6,3	6,3	25,0
,83	3	9,4	9,4	34,4
1,00	4	12,5	12,5	46,9
1,08	2	6,3	6,3	53,1
1,17	2	6,3	6,3	59,4
1,25	1	3,1	3,1	62,5
1,33	1	3,1	3,1	65,6
1,42	1	3,1	3,1	68,8
1,67	3	9,4	9,4	78,1
1,75	1	3,1	3,1	81,3
1,92	1	3,1	3,1	84,4
2,00	1	3,1	3,1	87,5
2,25	1	3,1	3,1	90,6
2,33	1	3,1	3,1	93,8
2,50	1	3,1	3,1	96,9
2,67	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Funcionamento pessoal e social Médio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,17	2	6,3	6,3	6,3
,33	1	3,1	3,1	9,4
,42	1	3,1	3,1	12,5
,58	3	9,4	9,4	21,9
,67	2	6,3	6,3	28,1
,75	3	9,4	9,4	37,5
,83	4	12,5	12,5	50,0
,92	2	6,3	6,3	56,3
1,00	1	3,1	3,1	59,4
1,08	2	6,3	6,3	65,6
1,17	2	6,3	6,3	71,9
1,33	2	6,3	6,3	78,1
1,50	2	6,3	6,3	84,4
1,58	2	6,3	6,3	90,6
1,75	1	3,1	3,1	93,8
1,83	1	3,1	3,1	96,9
2,17	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Comportamentos_risco_Médio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	20	62,5	62,5	62,5
,17	4	12,5	12,5	75,0
,33	3	9,4	9,4	84,4
,67	1	3,1	3,1	87,5
,83	1	3,1	3,1	90,6
1,33	2	6,3	6,3	96,9
1,67	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Statistics

	Suporte Emocional Mãe	Suporte Emocional Pai	Suporte Emocional Outro	Rejeição Mãe
N Valid	32	31	0	32
Missing	0	1	32	0

Mean	19,3750	17,8710	13,4688
Std. Deviation	4,13287	4,66720	3,84359
Minimum	10,00	9,00	9,00
Maximum	26,00	24,00	22,00

Statistics

	Rejeição Pai	Rejeição Outro	Sobreprotecção Mãe
N Valid	31	0	32
Missing	1	32	0
Mean	13,4839		15,4375
Std. Deviation	3,93167		3,19210
Minimum	9,00		10,00
Maximum	22,00		21,00

Statistics

	Sobreprotecção Pai	Sobreprotecção Outro
N Valid	31	0
Missing	1	32
Mean	14,9355	
Std. Deviation	2,86281	
Minimum	10,00	
Maximum	21,00	

Frequency Table

Suporte Emocional Mãe

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 10,00	2	6,3	6,3	6,3
13,00	1	3,1	3,1	9,4
15,00	2	6,3	6,3	15,6
16,00	4	12,5	12,5	28,1
17,00	3	9,4	9,4	37,5
19,00	1	3,1	3,1	40,6
20,00	3	9,4	9,4	50,0
21,00	5	15,6	15,6	65,6
22,00	3	9,4	9,4	75,0
23,00	2	6,3	6,3	81,3

24,00	5	15,6	15,6	96,9
26,00	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Suporte Emocional Pai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9,00	1	3,1	3,2	3,2
	10,00	3	9,4	9,7	12,9
	12,00	1	3,1	3,2	16,1
	13,00	1	3,1	3,2	19,4
	14,00	2	6,3	6,5	25,8
	15,00	1	3,1	3,2	29,0
	16,00	3	9,4	9,7	38,7
	17,00	1	3,1	3,2	41,9
	18,00	3	9,4	9,7	51,6
	19,00	1	3,1	3,2	54,8
	20,00	3	9,4	9,7	64,5
	21,00	3	9,4	9,7	74,2
	22,00	2	6,3	6,5	80,6
	23,00	2	6,3	6,5	87,1
	24,00	4	12,5	12,9	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Missing	500,00	1	3,1		
Total		32	100,0		

Suporte Emocional Outro

		Frequency	Percent
Missing	500,00	32	100,0

Rejeição Mãe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9,00	6	18,8	18,8	18,8
	10,00	2	6,3	6,3	25,0
	11,00	5	15,6	15,6	40,6
	12,00	1	3,1	3,1	43,8
	13,00	5	15,6	15,6	59,4

14,00	2	6,3	6,3	65,6
15,00	2	6,3	6,3	71,9
16,00	1	3,1	3,1	75,0
17,00	4	12,5	12,5	87,5
19,00	1	3,1	3,1	90,6
20,00	1	3,1	3,1	93,8
22,00	2	6,3	6,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Rejeição Pai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 9,00	4	12,5	12,9	12,9
10,00	6	18,8	19,4	32,3
11,00	3	9,4	9,7	41,9
12,00	1	3,1	3,2	45,2
13,00	5	15,6	16,1	61,3
14,00	1	3,1	3,2	64,5
15,00	3	9,4	9,7	74,2
17,00	3	9,4	9,7	83,9
19,00	1	3,1	3,2	87,1
20,00	2	6,3	6,5	93,5
21,00	1	3,1	3,2	96,8
22,00	1	3,1	3,2	100,0
Total	31	96,9	100,0	
Missing 500,00	1	3,1		
Total	32	100,0		

Rejeição Outro

	Frequency	Percent
Missing 500,00	32	100,0

Sobreprotecção Mãe

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 10,00	3	9,4	9,4	9,4
11,00	1	3,1	3,1	12,5
12,00	2	6,3	6,3	18,8

13,00	3	9,4	9,4	28,1
14,00	5	15,6	15,6	43,8
15,00	1	3,1	3,1	46,9
16,00	5	15,6	15,6	62,5
17,00	3	9,4	9,4	71,9
18,00	3	9,4	9,4	81,3
19,00	1	3,1	3,1	84,4
20,00	4	12,5	12,5	96,9
21,00	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Sobreprotecção Pai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 10,00	1	3,1	3,2	3,2
11,00	3	9,4	9,7	12,9
12,00	4	12,5	12,9	25,8
13,00	1	3,1	3,2	29,0
14,00	7	21,9	22,6	51,6
15,00	2	6,3	6,5	58,1
16,00	3	9,4	9,7	67,7
17,00	3	9,4	9,7	77,4
18,00	3	9,4	9,7	87,1
19,00	3	9,4	9,7	96,8
21,00	1	3,1	3,2	100,0
Total	31	96,9	100,0	
Missing 500,00	1	3,1		
Total	32	100,0		

Sobreprotecção Outro

	Frequency	Percent
Missing 500,00	32	100,0

Análise descritiva saudável

Statistics

	Vinculação Ansiosa	Vinculação Segura	Vinculação Evitante
--	--------------------	-------------------	---------------------

N	Valid	32	32	32
	Missing	0	0	0
Mean		17,9063	17,4688	12,6563
Std. Deviation		6,33148	2,94009	3,31769
Minimum		8,00	11,00	6,00
Maximum		35,00	23,00	22,00

Frequency Table

Vinculação Ansiosa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 8,00	3	9,4	9,4	9,4
10,00	1	3,1	3,1	12,5
11,00	3	9,4	9,4	21,9
14,00	2	6,3	6,3	28,1
15,00	2	6,3	6,3	34,4
16,00	2	6,3	6,3	40,6
17,00	4	12,5	12,5	53,1
18,00	1	3,1	3,1	56,3
19,00	2	6,3	6,3	62,5
20,00	1	3,1	3,1	65,6
21,00	2	6,3	6,3	71,9
22,00	2	6,3	6,3	78,1
23,00	2	6,3	6,3	84,4
25,00	1	3,1	3,1	87,5
26,00	1	3,1	3,1	90,6
27,00	2	6,3	6,3	96,9
35,00	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Vinculação Segura

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 11,00	1	3,1	3,1	3,1
13,00	1	3,1	3,1	6,3
14,00	3	9,4	9,4	15,6
15,00	5	15,6	15,6	31,3

16,00	2	6,3	6,3	37,5
17,00	5	15,6	15,6	53,1
18,00	3	9,4	9,4	62,5
19,00	2	6,3	6,3	68,8
20,00	5	15,6	15,6	84,4
21,00	2	6,3	6,3	90,6
22,00	2	6,3	6,3	96,9
23,00	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Vinculação Evitante

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 6,00	1	3,1	3,1	3,1
8,00	1	3,1	3,1	6,3
9,00	2	6,3	6,3	12,5
10,00	5	15,6	15,6	28,1
11,00	1	3,1	3,1	31,3
12,00	5	15,6	15,6	46,9
13,00	9	28,1	28,1	75,0
14,00	3	9,4	9,4	84,4
15,00	1	3,1	3,1	87,5
18,00	1	3,1	3,1	90,6
19,00	2	6,3	6,3	96,9
22,00	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Statistics

	QVS Total	Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	Factor 2:Inibição de Dependência Funcional	Factor 3: Carência de apoio social
N Valid	32	32	32	32
Missing	0	0	0	0
Mean	42,5938	15,0313	6,1875	2,1563
Std. Deviation	8,01555	4,51152	2,29217	1,54731
Minimum	23,00	4,00	2,00	,00
Maximum	56,00	22,00	10,00	6,00

Statistics

		Factor 4: Condições de Vida adversas	Factor 5: Dramatização da Existência	Factor 6: Subjugação	Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição
N	Valid	32	32	32	32
	Missing	0	0	0	0
Mean		4,0313	6,5313	7,3438	5,6875
Std. Deviation		1,95901	1,74105	2,64708	1,28107
Minimum		,00	3,00	2,00	3,00
Maximum		7,00	9,00	12,00	8,00

Frequency Table

QVS Total

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23,00	1	3,1	3,1	3,1
	32,00	3	9,4	9,4	12,5
	33,00	1	3,1	3,1	15,6
	35,00	2	6,3	6,3	21,9
	36,00	2	6,3	6,3	28,1
	37,00	1	3,1	3,1	31,3
	39,00	1	3,1	3,1	34,4
	40,00	1	3,1	3,1	37,5
	42,00	2	6,3	6,3	43,8
	43,00	3	9,4	9,4	53,1
	44,00	1	3,1	3,1	56,3
	45,00	3	9,4	9,4	65,6
	46,00	3	9,4	9,4	75,0
	50,00	1	3,1	3,1	78,1
	51,00	1	3,1	3,1	81,3
	52,00	1	3,1	3,1	84,4
	53,00	2	6,3	6,3	90,6
	54,00	2	6,3	6,3	96,9
	56,00	1	3,1	3,1	100,0
Total		32	100,0	100,0	

Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4,00	2	6,3	6,3	6,3
	8,00	1	3,1	3,1	9,4
	10,00	1	3,1	3,1	12,5
	11,00	2	6,3	6,3	18,8
	12,00	1	3,1	3,1	21,9
	13,00	2	6,3	6,3	28,1
	14,00	4	12,5	12,5	40,6
	15,00	3	9,4	9,4	50,0
	16,00	7	21,9	21,9	71,9
	19,00	2	6,3	6,3	78,1
	20,00	5	15,6	15,6	93,8
	22,00	2	6,3	6,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Factor 2:Inibição de Dependência Funcional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	1	3,1	3,1	3,1
	3,00	2	6,3	6,3	9,4
	4,00	5	15,6	15,6	25,0
	5,00	7	21,9	21,9	46,9
	6,00	4	12,5	12,5	59,4
	7,00	4	12,5	12,5	71,9
	8,00	2	6,3	6,3	78,1
	9,00	3	9,4	9,4	87,5
	10,00	4	12,5	12,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Factor 3: Carência de apoio social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	5	15,6	15,6	15,6
	1,00	6	18,8	18,8	34,4
	2,00	9	28,1	28,1	62,5
	3,00	7	21,9	21,9	84,4
	4,00	2	6,3	6,3	90,6
	5,00	2	6,3	6,3	96,9

6,00	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Factor 4: Condições de Vida adversas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	1	3,1	3,1	3,1
1,00	3	9,4	9,4	12,5
2,00	3	9,4	9,4	21,9
3,00	6	18,8	18,8	40,6
4,00	6	18,8	18,8	59,4
5,00	3	9,4	9,4	68,8
6,00	7	21,9	21,9	90,6
7,00	3	9,4	9,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Factor 5: Dramatização da Existência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3,00	2	6,3	6,3	6,3
4,00	2	6,3	6,3	12,5
5,00	5	15,6	15,6	28,1
6,00	6	18,8	18,8	46,9
7,00	7	21,9	21,9	68,8
8,00	5	15,6	15,6	84,4
9,00	5	15,6	15,6	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Factor 6: Subjugação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2,00	1	3,1	3,1	3,1
3,00	1	3,1	3,1	6,3
4,00	2	6,3	6,3	12,5
5,00	3	9,4	9,4	21,9
6,00	8	25,0	25,0	46,9
7,00	3	9,4	9,4	56,3
8,00	3	9,4	9,4	65,6

9,00	4	12,5	12,5	78,1
10,00	1	3,1	3,1	81,3
11,00	4	12,5	12,5	93,8
12,00	2	6,3	6,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3,00	2	6,3	6,3	6,3
4,00	3	9,4	9,4	15,6
5,00	8	25,0	25,0	40,6
6,00	12	37,5	37,5	78,1
7,00	4	12,5	12,5	90,6
8,00	3	9,4	9,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Statistics

	Bem-estar Psicológico Médio	Bem-estar_subjetivo_Médio	Queixas e sintomas Médio
N Valid	32	32	32
Missing	0	0	0
Mean	,7831	1,0469	1,0130
Std. Deviation	,36915	,64894	,56325
Minimum	,15	,00	,17
Maximum	1,88	2,50	2,83

Statistics

	Funcionamento pessoal e social Médio	Comportamentos_risco_Médio
N Valid	32	32
Missing	0	0
Mean	,8281	,0573
Std. Deviation	,43220	,10026
Minimum	,08	,00
Maximum	1,58	,33

Frequency Table

Bem-estar Psicológico Médio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,15	1	3,1	3,1	3,1
,26	1	3,1	3,1	6,3
,29	1	3,1	3,1	9,4
,32	1	3,1	3,1	12,5
,35	1	3,1	3,1	15,6
,41	1	3,1	3,1	18,8
,47	1	3,1	3,1	21,9
,50	1	3,1	3,1	25,0
,56	2	6,3	6,3	31,3
,59	1	3,1	3,1	34,4
,62	1	3,1	3,1	37,5
,65	1	3,1	3,1	40,6
,74	1	3,1	3,1	43,8
,79	2	6,3	6,3	50,0
,82	2	6,3	6,3	56,3
,85	1	3,1	3,1	59,4
,88	3	9,4	9,4	68,8
,91	2	6,3	6,3	75,0
1,00	1	3,1	3,1	78,1
1,03	1	3,1	3,1	81,3
1,06	1	3,1	3,1	84,4
1,18	1	3,1	3,1	87,5
1,24	1	3,1	3,1	90,6
1,26	1	3,1	3,1	93,8
1,38	1	3,1	3,1	96,9
1,88	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Bem-estar_subjetivo_Médio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	1	3,1	3,1	3,1

,25	3	9,4	9,4	12,5
,50	6	18,8	18,8	31,3
,75	6	18,8	18,8	50,0
1,00	3	9,4	9,4	59,4
1,25	3	9,4	9,4	68,8
1,50	3	9,4	9,4	78,1
1,75	4	12,5	12,5	90,6
2,25	2	6,3	6,3	96,9
2,50	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Queixas e sintomas Médio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,17	2	6,3	6,3	6,3
,33	2	6,3	6,3	12,5
,42	3	9,4	9,4	21,9
,58	1	3,1	3,1	25,0
,75	4	12,5	12,5	37,5
,83	2	6,3	6,3	43,8
,92	2	6,3	6,3	50,0
1,08	3	9,4	9,4	59,4
1,17	3	9,4	9,4	68,8
1,25	2	6,3	6,3	75,0
1,33	1	3,1	3,1	78,1
1,42	1	3,1	3,1	81,3
1,50	1	3,1	3,1	84,4
1,58	1	3,1	3,1	87,5
1,67	2	6,3	6,3	93,8
1,83	1	3,1	3,1	96,9
2,83	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Funcionamento pessoal e social Médio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,08	1	3,1	3,1	3,1
,25	2	6,3	6,3	9,4

,33	2	6,3	6,3	15,6
,42	2	6,3	6,3	21,9
,50	4	12,5	12,5	34,4
,58	2	6,3	6,3	40,6
,67	2	6,3	6,3	46,9
,75	1	3,1	3,1	50,0
,83	2	6,3	6,3	56,3
,92	2	6,3	6,3	62,5
1,00	2	6,3	6,3	68,8
1,17	2	6,3	6,3	75,0
1,33	3	9,4	9,4	84,4
1,42	3	9,4	9,4	93,8
1,50	1	3,1	3,1	96,9
1,58	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Comportamentos_risco_Médio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	23	71,9	71,9	71,9
,17	7	21,9	21,9	93,8
,33	2	6,3	6,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Statistics

	Suporte Emocional Mãe	Suporte Emocional Pai	Suporte Emocional Outro	Rejeição Mãe
N Valid	31	30	1	31
Missing	1	2	31	1
Mean	19,1935	18,0000	14,0000	13,4194
Std. Deviation	4,88821	5,54605		4,56636
Minimum	10,00	7,00	14,00	9,00
Maximum	26,00	26,00	14,00	25,00

Statistics

	Rejeição Pai	Rejeição Outro	Sobreprotecção Mãe
N Valid	30	1	31

Missing	2	31	1
Mean	12,8667	20,0000	14,8065
Std. Deviation	3,82130		2,84511
Minimum	9,00	20,00	10,00
Maximum	22,00	20,00	20,00

Statistics

	Sobreprotecção Pai	Sobreprotecção Outro
N Valid	30	1
Missing	2	31
Mean	14,4667	14,0000
Std. Deviation	2,63574	
Minimum	10,00	14,00
Maximum	20,00	14,00

Frequency Table

Suporte Emocional Mãe

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 10,00	3	9,4	9,7	9,7
11,00	2	6,3	6,5	16,1
15,00	2	6,3	6,5	22,6
17,00	2	6,3	6,5	29,0
18,00	4	12,5	12,9	41,9
20,00	3	9,4	9,7	51,6
21,00	4	12,5	12,9	64,5
22,00	1	3,1	3,2	67,7
23,00	5	15,6	16,1	83,9
24,00	1	3,1	3,2	87,1
25,00	2	6,3	6,5	93,5
26,00	2	6,3	6,5	100,0
Total	31	96,9	100,0	
Missing 500,00	1	3,1		
Total	32	100,0		

Suporte Emocional Pai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	-----------------------

Valid	7,00	1	3,1	3,3	3,3
	8,00	1	3,1	3,3	6,7
	9,00	1	3,1	3,3	10,0
	10,00	1	3,1	3,3	13,3
	11,00	2	6,3	6,7	20,0
	12,00	1	3,1	3,3	23,3
	15,00	3	9,4	10,0	33,3
	17,00	1	3,1	3,3	36,7
	18,00	2	6,3	6,7	43,3
	19,00	2	6,3	6,7	50,0
	20,00	5	15,6	16,7	66,7
	21,00	1	3,1	3,3	70,0
	22,00	2	6,3	6,7	76,7
	23,00	3	9,4	10,0	86,7
	25,00	2	6,3	6,7	93,3
	26,00	2	6,3	6,7	100,0
	Total	30	93,8	100,0	
Missing	500,00	2	6,3		
Total		32	100,0		

Suporte Emocional Outro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14,00	1	3,1	100,0	100,0
Missing	500,00	31	96,9		
Total		32	100,0		

Rejeição Mãe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9,00	5	15,6	16,1	16,1
	10,00	6	18,8	19,4	35,5
	11,00	3	9,4	9,7	45,2
	12,00	4	12,5	12,9	58,1
	14,00	2	6,3	6,5	64,5
	15,00	5	15,6	16,1	80,6
	17,00	1	3,1	3,2	83,9
	18,00	1	3,1	3,2	87,1
	20,00	1	3,1	3,2	90,3

	22,00	1	3,1	3,2	93,5
	25,00	2	6,3	6,5	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Missing	500,00	1	3,1		
Total		32	100,0		

Rejeição Pai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9,00	5	15,6	16,7	16,7
	10,00	7	21,9	23,3	40,0
	11,00	3	9,4	10,0	50,0
	12,00	1	3,1	3,3	53,3
	13,00	3	9,4	10,0	63,3
	14,00	3	9,4	10,0	73,3
	15,00	3	9,4	10,0	83,3
	18,00	1	3,1	3,3	86,7
	20,00	3	9,4	10,0	96,7
	22,00	1	3,1	3,3	100,0
	Total	30	93,8	100,0	
Missing	500,00	2	6,3		
Total		32	100,0		

Rejeição Outro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20,00	1	3,1	100,0	100,0
Missing	500,00	31	96,9		
Total		32	100,0		

Sobreprotecção Mãe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10,00	3	9,4	9,7	9,7
	11,00	1	3,1	3,2	12,9
	12,00	2	6,3	6,5	19,4
	13,00	3	9,4	9,7	29,0
	14,00	9	28,1	29,0	58,1
	15,00	1	3,1	3,2	61,3

	16,00	2	6,3	6,5	67,7
	17,00	3	9,4	9,7	77,4
	18,00	3	9,4	9,7	87,1
	19,00	3	9,4	9,7	96,8
	20,00	1	3,1	3,2	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Missing	500,00	1	3,1		
Total		32	100,0		

Sobreprotecção Pai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10,00	2	6,3	6,7	6,7
	11,00	2	6,3	6,7	13,3
	12,00	2	6,3	6,7	20,0
	13,00	4	12,5	13,3	33,3
	14,00	8	25,0	26,7	60,0
	15,00	4	12,5	13,3	73,3
	16,00	1	3,1	3,3	76,7
	17,00	2	6,3	6,7	83,3
	18,00	3	9,4	10,0	93,3
	20,00	2	6,3	6,7	100,0
	Total	30	93,8	100,0	
Missing	500,00	2	6,3		
Total		32	100,0		

Sobreprotecção Outro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14,00	1	3,1	100,0	100,0
Missing	500,00	31	96,9		
Total		32	100,0		

Anexo D – Comparação de grupos com as variáveis

Grupos VS Vinculação

	Grupo de doença	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
Vinculação Ansiosa	AR	,136	32	,139
	HTA	,195	32	,003
	Saudável	,088	32	,200*
Vinculação Segura	AR	,099	32	,200*
	HTA	,159	32	,039
	Saudável	,118	32	,200*
Vinculação Evitante	AR	,173	32	,016
	HTA	,135	32	,149
	Saudável	,209	32	,001

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Vinculação Ansiosa	Based on Mean	1,086	2	93	,342
	Based on Median	1,304	2	93	,276
	Based on Median and with adjusted df	1,304	2	83,125	,277
	Based on trimmed mean	1,269	2	93	,286
Vinculação Segura	Based on Mean	,538	2	93	,586
	Based on Median	,642	2	93	,529
	Based on Median and with adjusted df	,642	2	91,083	,529
	Based on trimmed mean	,549	2	93	,579
Vinculação Evitante	Based on Mean	2,373	2	93	,099
	Based on Median	2,213	2	93	,115
	Based on Median and with adjusted df	2,213	2	81,345	,116
	Based on trimmed mean	2,377	2	93	,098

Kruskal-Wallis Test

Test Statistics^{a,b}

	Vinculação Ansiosa	Vinculação Segura	Vinculação Evitante
Chi-Square	1,443	2,091	3,898
df	2	2	2

Asymp. Sig.	,486	,351	,142
-------------	------	------	------

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo de doença

Ranks

	Grupo de doença	N	Mean Rank
Vinculação Ansiosa	AR	32	51,66
	HTA	32	43,77
	Saudável	32	50,08
	Total	96	
Vinculação Segura	AR	32	50,27
	HTA	32	42,86
	Saudável	32	52,38
	Total	96	
Vinculação Evitante	AR	32	55,50
	HTA	32	41,86
	Saudável	32	48,14
	Total	96	

Grupos VS QVS

Tests of Normality

	Grupo de doença	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
QVS Total	AR	,102	32	,200*
	HTA	,094	32	,200*
	Saudável	,095	32	,200*
Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	AR	,178	32	,011
	HTA	,163	32	,031
	Saudável	,134	32	,155
Factor 2: Inibição de Dependência Funcional	AR	,137	32	,132
	HTA	,129	32	,192
	Saudável	,167	32	,024
Factor 3: Carência de apoio social	AR	,207	32	,001
	HTA	,246	32	,000
	Saudável	,165	32	,026
Factor 4: Condições de Vida adversas	AR	,137	32	,135
	HTA	,177	32	,012
	Saudável	,155	32	,049

Factor 5: Dramatização da Existência	AR	,169	32	,021
	HTA	,154	32	,052
	Saudável	,137	32	,130
Factor 6: Subjugação	AR	,131	32	,175
	HTA	,122	32	,200*
	Saudável	,163	32	,030
Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição	AR	,140	32	,115
	HTA	,166	32	,026
	Saudável	,190	32	,005

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1
QVS Total	Based on Mean	2,615	2
	Based on Median	2,610	2
	Based on Median and with adjusted df	2,610	2
	Based on trimmed mean	2,650	2
Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	Based on Mean	1,122	2
	Based on Median	,998	2
	Based on Median and with adjusted df	,998	2
	Based on trimmed mean	1,104	2
Factor 2: Inibição de Dependência Funcional	Based on Mean	3,183	2
	Based on Median	2,644	2
	Based on Median and with adjusted df	2,644	2
	Based on trimmed mean	3,005	2
Factor 3: Carência de apoio social	Based on Mean	1,027	2
	Based on Median	1,159	2
	Based on Median and with adjusted df	1,159	2
	Based on trimmed mean	,978	2
Factor 4: Condições de Vida adversas	Based on Mean	,839	2
	Based on Median	,761	2
	Based on Median and with adjusted df	,761	2
	Based on trimmed mean	,814	2

Factor 5: Dramatização da Existência	Based on Mean	4,558	2
	Based on Median	3,229	2
	Based on Median and with adjusted df	3,229	2
	Based on trimmed mean	4,533	2
Factor 6: Subjugação	Based on Mean	1,702	2
	Based on Median	1,779	2
	Based on Median and with adjusted df	1,779	2
	Based on trimmed mean	1,705	2
Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição	Based on Mean	2,021	2
	Based on Median	1,851	2
	Based on Median and with adjusted df	1,851	2
	Based on trimmed mean	2,082	2

Test of Homogeneity of Variance

		df2	Sig.
QVS Total	Based on Mean	93	,079
	Based on Median	93	,079
	Based on Median and with adjusted df	92,025	,079
	Based on trimmed mean	93	,076
Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	Based on Mean	93	,330
	Based on Median	93	,373
	Based on Median and with adjusted df	87,960	,373
	Based on trimmed mean	93	,336
Factor 2: Inibição de Dependência Funcional	Based on Mean	93	,046
	Based on Median	93	,076
	Based on Median and with adjusted df	78,300	,077
	Based on trimmed mean	93	,054
Factor 3: Carência de apoio social	Based on Mean	93	,362
	Based on Median	93	,318
	Based on Median and with adjusted df	91,296	,318
	Based on trimmed mean	93	,380
Factor 4: Condições de Vida adversas	Based on Mean	93	,435
	Based on Median	93	,470
	Based on Median and with adjusted df	91,444	,470
	Based on trimmed mean	93	,446

Factor 5: Dramatização da Existência	Based on Mean	93	,013
	Based on Median	93	,044
	Based on Median and with adjusted df	71,687	,045
	Based on trimmed mean	93	,013
Factor 6: Subjugação	Based on Mean	93	,188
	Based on Median	93	,174
	Based on Median and with adjusted df	89,588	,175
	Based on trimmed mean	93	,187
Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição	Based on Mean	93	,138
	Based on Median	93	,163
	Based on Median and with adjusted df	91,896	,163
	Based on trimmed mean	93	,131

Kruskal-Wallis Test

Test Statistics^{a,b}

	QVS Total	Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	Factor 2:Inibição de Dependência Funcional	Factor 3: Carência de apoio social	Factor 4: Condições de Vida adversas
Chi-Square	,089	,402	2,558	5,230	1,136
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,956	,818	,278	,073	,567

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo de doença

Test Statistics^{a,b}

	Factor 5: Dramatização da Existência	Factor 6: Subjugação	Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição
Chi-Square	,442	2,161	13,899
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,802	,339	,001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo de doença

CORRECÇÃO DE BONFERRONI

Mann-Whitney Test

Test Statistics^a

	QVS Total	Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	Factor 2:Inibição de Dependência Funcional	Factor 3: Carência de apoio social	Factor 4: Condições de Vida adversas
Mann-Whitney U	496,000	508,000	511,000	346,000	448,000
Wilcoxon W	1024,000	1036,000	1039,000	874,000	976,000
Z	-,215	-,054	-,014	-2,288	-,867
Asymp. Sig. (2-tailed)	,830	,957	,989	,022	,386

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Test Statistics^a

	Factor 5: Dramatização da Existência	Factor 6: Subjugação	Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição
Mann-Whitney U	484,000	423,000	261,000
Wilcoxon W	1012,000	951,000	789,000
Z	-,380	-1,201	-3,420
Asymp. Sig. (2-tailed)	,704	,230	,001

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Ranks

	Grupo de doença	N	Mean Rank	Sum of Ranks
QVS Total	AR	32	32,00	1024,00
	HTA	32	33,00	1056,00
	Total	64		
Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	AR	32	32,38	1036,00
	HTA	32	32,63	1044,00
	Total	64		
Factor 2:Inibição de Dependência Funcional	AR	32	32,47	1039,00
	HTA	32	32,53	1041,00
	Total	64		
Factor 3: Carência de apoio social	AR	32	27,31	874,00
	HTA	32	37,69	1206,00
	Total	64		
Factor 4: Condições de Vida adversas	AR	32	34,50	1104,00
	HTA	32	30,50	976,00
	Total	64		
Factor 5: Dramatização da	AR	32	31,63	1012,00

Existência	HTA	32	33,38	1068,00
	Total	64		
Factor 6: Subjugação	AR	32	35,28	1129,00
	HTA	32	29,72	951,00
	Total	64		
Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição	AR	32	24,66	789,00
	HTA	32	40,34	1291,00
	Total	64		

Mann-Whitney Test

Test Statistics^a

	QVS Total	Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	Factor 2: Inibição de Dependência Funcional	Factor 3: Carência de apoio social	Factor 4: Condições de Vida adversas
Mann-Whitney U	505,500	480,500	421,500	451,500	507,500
Wilcoxon W	1033,500	1008,500	949,500	979,500	1035,500
Z	-,087	-,425	-1,223	-,830	-,061
Asymp. Sig. (2-tailed)	,930	,671	,221	,407	,951

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Test Statistics^a

	Factor 5: Dramatização da Existência	Factor 6: Subjugação	Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição
Mann-Whitney U	496,000	413,000	311,000
Wilcoxon W	1024,000	941,000	839,000
Z	-,217	-1,338	-2,755
Asymp. Sig. (2-tailed)	,828	,181	,006

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Ranks

	Grupo de doença	N	Mean Rank	Sum of Ranks
QVS Total	AR	32	32,70	1046,50
	Saudável	32	32,30	1033,50
	Total	64		
Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	AR	32	31,52	1008,50
	Saudável	32	33,48	1071,50
	Total	64		

Factor 2: Inibição de Dependência Funcional	AR	32	35,33	1130,50
	Saudável	32	29,67	949,50
	Total	64		
Factor 3: Carência de apoio social	AR	32	30,61	979,50
	Saudável	32	34,39	1100,50
	Total	64		
Factor 4: Condições de Vida adversas	AR	32	32,36	1035,50
	Saudável	32	32,64	1044,50
	Total	64		
Factor 5: Dramatização da Existência	AR	32	33,00	1056,00
	Saudável	32	32,00	1024,00
	Total	64		
Factor 6: Subjugação	AR	32	35,59	1139,00
	Saudável	32	29,41	941,00
	Total	64		
Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição	AR	32	26,22	839,00
	Saudável	32	38,78	1241,00
	Total	64		

Mann-Whitney Test

Test Statistics^a

	QVS Total	Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	Factor 2: Inibição de Dependência Funcional	Factor 3: Carência de apoio social	Factor 4: Condições de Vida adversas
Mann-Whitney U	491,000	462,500	398,500	412,000	440,500
Wilcoxon W	1019,000	990,500	926,500	940,000	968,500
Z	-,282	-,669	-1,536	-1,390	-,971
Asymp. Sig. (2-tailed)	,778	,504	,125	,165	,331

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Test Statistics^a

	Factor 5: Dramatização da Existência	Factor 6: Subjugação	Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição
Mann-Whitney U	461,500	504,500	423,000
Wilcoxon W	989,500	1032,500	951,000
Z	-,688	-,101	-1,225
Asymp. Sig. (2-tailed)	,491	,919	,220

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Ranks

	Grupo de doença	N	Mean Rank	Sum of Ranks
QVS Total	HTA	32	33,16	1061,00
	Saudável	32	31,84	1019,00
	Total	64		
Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	HTA	32	30,95	990,50
	Saudável	32	34,05	1089,50
	Total	64		
Factor 2: Inibição de Dependência Funcional	HTA	32	36,05	1153,50
	Saudável	32	28,95	926,50
	Total	64		
Factor 3: Carência de apoio social	HTA	32	35,63	1140,00
	Saudável	32	29,38	940,00
	Total	64		
Factor 4: Condições de Vida adversas	HTA	32	30,27	968,50
	Saudável	32	34,73	1111,50
	Total	64		
Factor 5: Dramatização da Existência	HTA	32	34,08	1090,50
	Saudável	32	30,92	989,50
	Total	64		
Factor 6: Subjugação	HTA	32	32,27	1032,50
	Saudável	32	32,73	1047,50
	Total	64		
Factor 7: Deprivação de afecto e rejeição	HTA	32	35,28	1129,00
	Saudável	32	29,72	951,00
	Total	64		

Grupos VS CORE

Tests of Normality

	Grupo de doença	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
Bem-estar Psicológico Médio	AR	,137	32	,134
	HTA	,102	32	,200*
	Saudável	,114	32	,200*
Bem-estar_subjetivo_Médio	AR	,126	32	,200*
	HTA	,163	32	,030

	Saudável	,176	32	,013
Queixas e sintomas Médio	AR	,102	32	,200*
	HTA	,146	32	,079
	Saudável	,087	32	,200*
Funcionamento pessoal e social Médio	AR	,147	32	,078
	HTA	,126	32	,200*
	Saudável	,129	32	,193
Comportamentos_risco_Médio	AR	,288	32	,000
	HTA	,325	32	,000
	Saudável	,435	32	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1
Bem-estar Psicológico Médio	Based on Mean	2,507	2
	Based on Median	1,981	2
	Based on Median and with adjusted df	1,981	2
	Based on trimmed mean	2,293	2
Bem-estar_subjectivo_Médio	Based on Mean	3,081	2
	Based on Median	2,701	2
	Based on Median and with adjusted df	2,701	2
	Based on trimmed mean	3,013	2
Queixas e sintomas Médio	Based on Mean	2,166	2
	Based on Median	1,935	2
	Based on Median and with adjusted df	1,935	2
	Based on trimmed mean	2,145	2
Funcionamento pessoal e social Médio	Based on Mean	,202	2
	Based on Median	,193	2
	Based on Median and with adjusted df	,193	2
	Based on trimmed mean	,214	2
Comportamentos_risco_Médio	Based on Mean	8,937	2
	Based on Median	2,914	2
	Based on Median and with adjusted df	2,914	2
	Based on trimmed mean	6,185	2

Test of Homogeneity of Variance

		df2	Sig.
Bem-estar Psicológico Médio	Based on Mean	93	,087
	Based on Median	93	,144
	Based on Median and with adjusted df	81,882	,145
	Based on trimmed mean	93	,107
Bem-estar_subjectivo_Médio	Based on Mean	93	,051
	Based on Median	93	,072
	Based on Median and with adjusted df	87,506	,073
	Based on trimmed mean	93	,054
Queixas e sintomas Médio	Based on Mean	93	,120
	Based on Median	93	,150
	Based on Median and with adjusted df	90,380	,150
	Based on trimmed mean	93	,123
Funcionamento pessoal e social Médio	Based on Mean	93	,818
	Based on Median	93	,825
	Based on Median and with adjusted df	83,189	,825
	Based on trimmed mean	93	,808
Comportamentos_risco_Médio	Based on Mean	93	,000
	Based on Median	93	,059
	Based on Median and with adjusted df	65,094	,061
	Based on trimmed mean	93	,003

Kruskal-Wallis Test

Test Statistics^{a,b}

	Bem-estar Psicológico Médio	Bem-estar_subjectivo_Médio	Queixas e sintomas Médio	Funcionamento pessoal e social Médio	Comportamentos_risco_Médio
Chi-Square	15,714	12,921	17,662	5,885	3,408
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,000	,002	,000	,053	,182

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo de doença

CORREÇÃO DE BONFERRONI

Mann-Whitney Test

Test Statistics^a

	Bem-estar Psicológico Médio	Bem-estar_subjectivo _Médio	Queixas e sintomas Médio
Mann-Whitney U	352,000	367,000	299,500
Wilcoxon W	880,000	895,000	827,500
Z	-2,150	-1,961	-2,857
Asymp. Sig. (2-tailed)	,032	,050	,004

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Test Statistics^a

	Funcionamento pessoal e social Médio	Comportamentos _risco_ Médio
Mann-Whitney U	420,000	480,000
Wilcoxon W	948,000	1008,000
Z	-1,238	-,484
Asymp. Sig. (2-tailed)	,216	,628

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Ranks

	Grupo de doença	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Bem-estar Psicológico Médio	AR	32	37,50	1200,00
	HTA	32	27,50	880,00
	Total	64		
Bem-estar_subjectivo_Médio	AR	32	37,03	1185,00
	HTA	32	27,97	895,00
	Total	64		
Queixas e sintomas Médio	AR	32	39,14	1252,50
	HTA	32	25,86	827,50
	Total	64		
Funcionamento pessoal e social Médio	AR	32	35,38	1132,00
	HTA	32	29,63	948,00
	Total	64		
Comportamentos_risco_Médio	AR	32	33,50	1072,00
	HTA	32	31,50	1008,00
	Total	64		

Mann-Whitney Test

Test Statistics^a

	Bem-estar Psicológico Médio	Bem-estar_subjectivo _Médio	Queixas e sintomas Médio
Mann-Whitney U	222,000	263,500	211,000
Wilcoxon W	750,000	791,500	739,000
Z	-3,896	-3,355	-4,045
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Test Statistics^a

	Funcionamento pessoal e social Médio	Comportamentos _risco_Médio
Mann-Whitney U	337,500	394,000
Wilcoxon W	865,500	922,000
Z	-2,348	-1,852
Asymp. Sig. (2-tailed)	,019	,064

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Ranks

	Grupo de doença	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Bem-estar Psicológico Médio	AR	32	41,56	1330,00
	Saudável	32	23,44	750,00
	Total	64		
Bem-estar_subjectivo_Médio	AR	32	40,27	1288,50
	Saudável	32	24,73	791,50
	Total	64		
Queixas e sintomas Médio	AR	32	41,91	1341,00
	Saudável	32	23,09	739,00
	Total	64		
Funcionamento pessoal e social Médio	AR	32	37,95	1214,50
	Saudável	32	27,05	865,50
	Total	64		
Comportamentos_risco_Médio	AR	32	36,19	1158,00
	Saudável	32	28,81	922,00
	Total	64		

Mann-Whitney Test

Test Statistics^a

	Bem-estar Psicológico Médio	Bem-estar_subjectivo_Médio	Queixas e sintomas Médio
Mann-Whitney U	369,500	358,000	411,000
Wilcoxon W	897,500	886,000	939,000
Z	-1,915	-2,084	-1,359
Asymp. Sig. (2-tailed)	,056	,037	,174

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Test Statistics^a

	Funcionamento pessoal e social Médio	Comportamentos_risco_Médio
Mann-Whitney U	413,500	435,000
Wilcoxon W	941,500	963,000
Z	-1,325	-1,244
Asymp. Sig. (2-tailed)	,185	,214

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Ranks

	Grupo de doença	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Bem-estar Psicológico Médio	HTA	32	36,95	1182,50
	Saudável	32	28,05	897,50
	Total	64		
Bem-estar_subjectivo_Médio	HTA	32	37,31	1194,00
	Saudável	32	27,69	886,00
	Total	64		
Queixas e sintomas Médio	HTA	32	35,66	1141,00
	Saudável	32	29,34	939,00
	Total	64		
Funcionamento pessoal e social Médio	HTA	32	35,58	1138,50
	Saudável	32	29,42	941,50
	Total	64		
Comportamentos_risco_Médio	HTA	32	34,91	1117,00
	Saudável	32	30,09	963,00
	Total	64		

Grupos VS EMBU (mãe)

Tests of Normality

	Grupo de doença	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
Suporte Emocional Mãe	AR	,183	30	,012
	HTA	,154	32	,052
	Saudável	,146	31	,090
Rejeição Mãe	AR	,221	30	,001
	HTA	,146	32	,081
	Saudável	,203	31	,002
Sobreprotecção Mãe	AR	,140	30	,140
	HTA	,111	32	,200*
	Saudável	,192	31	,005

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1
Suporte Emocional Mãe	Based on Mean	1,929	2
	Based on Median	1,370	2
	Based on Median and with adjusted df	1,370	2
	Based on trimmed mean	1,987	2
Rejeição Mãe	Based on Mean	1,652	2
	Based on Median	,701	2
	Based on Median and with adjusted df	,701	2
	Based on trimmed mean	1,227	2
Sobreprotecção Mãe	Based on Mean	1,200	2
	Based on Median	1,399	2
	Based on Median and with adjusted df	1,399	2
	Based on trimmed mean	1,196	2

Test of Homogeneity of Variance

		df2	Sig.
Suporte Emocional Mãe	Based on Mean	90	,151
	Based on Median	90	,259
	Based on Median and with adjusted df	88,662	,259

	Based on trimmed mean	90	,143
Rejeição Mãe	Based on Mean	90	,197
	Based on Median	90	,499
	Based on Median and with adjusted df	68,562	,500
	Based on trimmed mean	90	,298
Sobreprotecção Mãe	Based on Mean	90	,306
	Based on Median	90	,252
	Based on Median and with adjusted df	89,914	,252
	Based on trimmed mean	90	,307

Kruskal-Wallis Test

Test Statistics^{a,b}

	Suporte Emocional Mãe	Rejeição Mãe	Sobreprotecção Mãe
Chi-Square	6,405	,716	,624
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,041	,699	,732

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo de doença

CORREÇÃO DE BONFERRONI

Mann-Whitney Test

Test Statistics^a

	Suporte Emocional Mãe	Rejeição Mãe	Sobreprotecção Mãe
Mann-Whitney U	312,000	445,500	440,000
Wilcoxon W	777,000	973,500	905,000
Z	-2,374	-,489	-,565
Asymp. Sig. (2-tailed)	,018	,625	,572

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Ranks

	Grupo de doença	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Suporte Emocional Mãe	AR	30	25,90	777,00

	HTA	32	36,75	1176,00
	Total	62		
Rejeição Mãe	AR	30	32,65	979,50
	HTA	32	30,42	973,50
	Total	62		
Sobreprotecção Mãe	AR	30	30,17	905,00
	HTA	32	32,75	1048,00
	Total	62		

Mann-Whitney Test

Test Statistics^a

	Suporte Emocional Mãe	Rejeição Mãe	Sobreprotecção Mãe
Mann-Whitney U	326,000	406,500	459,000
Wilcoxon W	791,000	902,500	955,000
Z	-2,012	-,848	-,087
Asymp. Sig. (2-tailed)	,044	,396	,931

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Ranks

	Grupo de doença	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Suporte Emocional Mãe	AR	30	26,37	791,00
	Saudável	31	35,48	1100,00
	Total	61		
Rejeição Mãe	AR	30	32,95	988,50
	Saudável	31	29,11	902,50
	Total	61		
Sobreprotecção Mãe	AR	30	31,20	936,00
	Saudável	31	30,81	955,00
	Total	61		

Mann-Whitney Test

Test Statistics^a

	Suporte Emocional Mãe	Rejeição Mãe	Sobreprotecção Mãe
Mann-Whitney U	489,500	471,000	440,000
Wilcoxon W	1017,500	967,000	936,000

Z	-,090	-,346	-,776
Asymp. Sig. (2-tailed)	,929	,729	,438

a. Grouping Variable: Grupo de doença

Ranks

	Grupo de doença	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Suporte Emocional Mãe	HTA	32	31,80	1017,50
	Saudável	31	32,21	998,50
	Total	63		
Rejeição Mãe	HTA	32	32,78	1049,00
	Saudável	31	31,19	967,00
	Total	63		
Sobreprotecção Mãe	HTA	32	33,75	1080,00
	Saudável	31	30,19	936,00
	Total	63		

Grupos VS EMBU (pai)

Tests of Normality

	Grupo de doença	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk
		Statistic	df	Sig.	Statistic
Suporte Emocional Pai	AR	,119	28	,200*	,969
	HTA	,127	31	,200*	,934
	Saudável	,141	30	,133	,938
Rejeição Pai	AR	,137	28	,194	,887
	HTA	,162	31	,038	,898
	Saudável	,187	30	,009	,857
Sobreprotecção Pai	AR	,146	28	,131	,952
	HTA	,144	31	,099	,962
	Saudável	,170	30	,026	,951

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

	Grupo de doença	Shapiro-Wilk	
		df	Sig.
Suporte Emocional Pai	AR	28	,551
	HTA	31	,055

	Saudável	30	,081
Rejeição Pai	AR	28	,006
	HTA	31	,006
	Saudável	30	,001
Sobreprotecção Pai	AR	28	,220
	HTA	31	,327
	Saudável	30	,178

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1
Suporte Emocional Pai	Based on Mean	,430	2
	Based on Median	,241	2
	Based on Median and with adjusted df	,241	2
	Based on trimmed mean	,419	2
Rejeição Pai	Based on Mean	,068	2
	Based on Median	,038	2
	Based on Median and with adjusted df	,038	2
	Based on trimmed mean	,044	2
Sobreprotecção Pai	Based on Mean	,438	2
	Based on Median	,471	2
	Based on Median and with adjusted df	,471	2
	Based on trimmed mean	,458	2

Test of Homogeneity of Variance

		df2	Sig.
Suporte Emocional Pai	Based on Mean	86	,652
	Based on Median	86	,787
	Based on Median and with adjusted df	77,232	,787
	Based on trimmed mean	86	,659
Rejeição Pai	Based on Mean	86	,934
	Based on Median	86	,963
	Based on Median and with adjusted df	84,950	,963
	Based on trimmed mean	86	,957
Sobreprotecção Pai	Based on Mean	86	,647
	Based on Median	86	,626

Based on Median and with adjusted df	81,825	,626
Based on trimmed mean	86	,634

Kruskal-Wallis Test

Test Statistics^{a,b}

	Suporte Emocional Pai	Rejeição Pai	Sobreprotecção Pai
Chi-Square	3,364	,648	1,119
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,186	,723	,572

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo de doença

Ranks

	Grupo de doença	N	Mean Rank
Suporte Emocional Pai	AR	28	37,63
	HTA	31	47,94
	Saudável	30	48,85
	Total	89	
Rejeição Pai	AR	28	46,64
	HTA	31	46,48
	Saudável	30	41,93
	Total	89	
Sobreprotecção Pai	AR	28	41,66
	HTA	31	48,65
	Saudável	30	44,35
	Total	89	

Anexo E – Relação entre Anti-corpo e variáveis

		Correlations
		Nível do anticorpo anti-CCP
Vinculação Ansiosa	Pearson Correlation	,531**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	32
Vinculação Segura	Pearson Correlation	-,484**
	Sig. (2-tailed)	,005
	N	32
Vinculação Evitante	Pearson Correlation	,462**
	Sig. (2-tailed)	,008
	N	32

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

		Correlations
		Nível do anticorpo anti-CCP
QVS Total	Pearson Correlation	-,014
	Sig. (2-tailed)	,938
	N	32
Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	Pearson Correlation	-,070
	Sig. (2-tailed)	,704
	N	32
Factor 2: Inibição de Dependência Funcional	Pearson Correlation	-,056
	Sig. (2-tailed)	,760
	N	32
Factor 3: Carência de apoio social	Pearson Correlation	,147
	Sig. (2-tailed)	,421
	N	32
Factor 4: Condições de Vida adversas	Pearson Correlation	,108
	Sig. (2-tailed)	,557
	N	32
Factor 5: Dramatização da Existência	Pearson Correlation	,031
	Sig. (2-tailed)	,866
	N	32
Factor 6: Subjugação	Pearson Correlation	,014
	Sig. (2-tailed)	,938
	N	32
Factor 7: Deprivação de	Pearson Correlation	-,141

afecto e rejeição	Sig. (2-tailed)	,441
	N	32

Correlations

		Nível do anticorpo anti-CCP
Bem-estar Psicológico Médio	Pearson Correlation	,511**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	32
Bem- estar_subjectivo_Médio	Pearson Correlation	,579**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	32
Queixas e sintomas Médio	Pearson Correlation	,594**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	32
Funcionamento pessoal e social Médio	Pearson Correlation	,229
	Sig. (2-tailed)	,207
	N	32
Comportamentos_risco _Médio	Pearson Correlation	,287
	Sig. (2-tailed)	,112
	N	32

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

Correlations

		Nível do anticorpo anti-CCP
Suporte Emocional Mãe	Pearson Correlation	-,254
	Sig. (2-tailed)	,176
	N	30
Suporte Emocional Pai	Pearson Correlation	-,394*
	Sig. (2-tailed)	,038
	N	28
Suporte Emocional Outro	Pearson Correlation	-1,000**
	Sig. (2-tailed)	.
	N	2
Rejeição Mãe	Pearson Correlation	,224
	Sig. (2-tailed)	,235
	N	30

Rejeição Pai	Pearson Correlation	,190
	Sig. (2-tailed)	,332
	N	28
Rejeição Outro	Pearson Correlation	1,000**
	Sig. (2-tailed)	.
	N	2
Sobreprotecção Mãe	Pearson Correlation	,380*
	Sig. (2-tailed)	,038
	N	30
Sobreprotecção Pai	Pearson Correlation	,377*
	Sig. (2-tailed)	,048
	N	28
Sobreprotecção Outro	Pearson Correlation	1,000**
	Sig. (2-tailed)	.
	N	2

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

Anexo F – Relação entre fatores sociodemográfico e estilo de vinculação e práticas educativas parentais

Infância VS Vinculação

Descriptives

Com quem viveu na sua infância?			Statistic	Std. Error
Vinculação Ansiosa	Pai e mãe	Mean	17,2989	,58816
		95% Confidence Interval for Mean	16,1296	
		Lower Bound	18,4681	
		Upper Bound		
		5% Trimmed Mean	17,0338	
		Median	16,0000	
		Variance	30,096	
		Std. Deviation	5,48595	
		Minimum	8,00	
		Maximum	37,00	
		Range	29,00	
		Interquartile Range	8,00	
		Skewness	,908	,258
		Kurtosis	1,533	,511
	Somente com a mãe	Mean	18,5000	2,59808
		95% Confidence Interval for Mean	10,2318	
		Lower Bound	26,7682	
		Upper Bound		
		5% Trimmed Mean	18,4444	
		Median	18,0000	
		Variance	27,000	
		Std. Deviation	5,19615	
		Minimum	13,00	
		Maximum	25,00	
		Range	12,00	
		Interquartile Range	10,00	
		Skewness	,456	1,014
		Kurtosis	-,952	2,619
	Outros	Mean	24,0000	2,68328
		95% Confidence Interval for Mean	16,5500	
		Lower Bound	31,4500	
		Upper Bound		
		5% Trimmed Mean	24,1667	
		Median	27,0000	
		Variance	36,000	

		Std. Deviation	6,00000	
		Minimum	15,00	
		Maximum	30,00	
		Range	15,00	
		Interquartile Range	10,50	
		Skewness	-,938	,913
		Kurtosis	-,188	2,000
Vinculação Segura	Pai e mãe	Mean	17,0230	,32038
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 16,3861	
			Upper Bound 17,6599	
		5% Trimmed Mean	17,0255	
		Median	17,0000	
		Variance	8,930	
		Std. Deviation	2,98826	
		Minimum	9,00	
		Maximum	24,00	
		Range	15,00	
		Interquartile Range	4,00	
		Skewness	,076	,258
		Kurtosis	-,148	,511
	Somente com a mãe	Mean	17,2500	,94648
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 14,2379	
			Upper Bound 20,2621	
		5% Trimmed Mean	17,1667	
		Median	16,5000	
		Variance	3,583	
		Std. Deviation	1,89297	
		Minimum	16,00	
		Maximum	20,00	
		Range	4,00	
		Interquartile Range	3,25	
		Skewness	1,659	1,014
		Kurtosis	2,615	2,619
	Outros	Mean	17,4000	1,72047
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 12,6232	
			Upper Bound 22,1768	
		5% Trimmed Mean	17,3889	
		Median	18,0000	
		Variance	14,800	
		Std. Deviation	3,84708	
		Minimum	13,00	

		Maximum	22,00	
		Range	9,00	
		Interquartile Range	7,50	
		Skewness	-,068	,913
		Kurtosis	-2,282	2,000
Vinculação Evitante	Pai e mãe	Mean	12,4368	,33375
		95% Confidence Interval for Mean	11,7733	
		Lower Bound	13,1003	
		Upper Bound	12,2676	
		5% Trimmed Mean	12,0000	
		Median	9,691	
		Variance	3,11299	
		Std. Deviation	6,00	
		Minimum	21,00	
		Maximum	15,00	
		Range	4,00	
		Interquartile Range	,819	,258
		Skewness	,834	,511
		Kurtosis		
	Somente com a mãe	Mean	13,7500	1,43614
		95% Confidence Interval for Mean	9,1796	
		Lower Bound	18,3204	
		Upper Bound	13,7778	
		5% Trimmed Mean	14,0000	
		Median	8,250	
		Variance	2,87228	
		Std. Deviation	10,00	
		Minimum	17,00	
		Maximum	7,00	
		Range	5,25	
		Interquartile Range	-,517	1,014
		Skewness	1,649	2,619
		Kurtosis		
	Outros	Mean	16,4000	1,63095
		95% Confidence Interval for Mean	11,8718	
		Lower Bound	20,9282	
		Upper Bound	16,2778	
		5% Trimmed Mean	15,0000	
		Median	13,300	
		Variance	3,64692	
		Std. Deviation	13,00	
		Minimum	22,00	
		Maximum	9,00	
		Range		

Interquartile Range	6,50	
Skewness	1,064	,913
Kurtosis	,202	2,000

Tests of Normality

Com quem viveu na sua infância?		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
Vinculação Ansiosa	Pai e mãe	,108	87	,014
	Somente com a mãe	,185	4	.
	Outros	,291	5	,191
Vinculação Segura	Pai e mãe	,130	87	,001
	Somente com a mãe	,303	4	.
	Outros	,212	5	,200*
Vinculação Evitante	Pai e mãe	,147	87	,000
	Somente com a mãe	,285	4	.
	Outros	,249	5	,200*

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

Com quem viveu na sua infância?		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
Vinculação Ansiosa	Pai e mãe	,946	87	,001
	Somente com a mãe	,981	4	,906
	Outros	,905	5	,440
Vinculação Segura	Pai e mãe	,975	87	,091
	Somente com a mãe	,791	4	,086
	Outros	,932	5	,613
Vinculação Evitante	Pai e mãe	,936	87	,000
	Somente com a mãe	,935	4	,625
	Outros	,907	5	,451

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Vinculação Ansiosa	Based on Mean	,072	2	93	,931
	Based on Median	,008	2	93	,992
	Based on Median and with adjusted df	,008	2	89,466	,992

	Based on trimmed mean	,067	2	93	,935
Vinculação Segura	Based on Mean	1,160	2	93	,318
	Based on Median	1,164	2	93	,317
	Based on Median and with adjusted df	1,164	2	92,408	,317
	Based on trimmed mean	1,221	2	93	,300
Vinculação Evitante	Based on Mean	,283	2	93	,754
	Based on Median	,178	2	93	,837
	Based on Median and with adjusted df	,178	2	91,647	,837
	Based on trimmed mean	,270	2	93	,764

Kruskal-Wallis Test

Test Statistics^{a,b}

	Vinculação Ansiosa	Vinculação Segura	Vinculação Evitante
Chi-Square	5,666	,118	7,563
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,059	,943	,023

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Com quem viveu na sua infância?

CORRECÇÃO DE BONFERRONI

Mann-Whitney Test entre Pais e Mãe

Test Statistics^b

	Vinculação Ansiosa	Vinculação Segura	Vinculação Evitante
Mann-Whitney U	145,500	156,500	114,500
Wilcoxon W	3973,500	3984,500	3942,500
Z	-,553	-,342	-1,160
Asymp. Sig. (2-tailed)	,580	,733	,246
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,594 ^a	,744 ^a	,260 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Com quem viveu na sua infância?

Mann-Whitney Test entre Pais e Outros

Test Statistics^a

	Vinculação Ansiosa	Vinculação Segura	Vinculação Evitante
--	--------------------	-------------------	---------------------

Mann-Whitney U	83,000	210,500	71,000
Wilcoxon W	3911,000	4038,500	3899,000
Z	-2,321	-,122	-2,541
Asymp. Sig. (2-tailed)	,020	,903	,011

a. Grouping Variable: Com quem viveu na sua infância?

Ranks

	Com quem viveu na sua infância?	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Vinculação Ansiosa	Pai e mãe	87	44,95	3911,00
	Outros	5	73,40	367,00
	Total	92		
Vinculação Segura	Pai e mãe	87	46,42	4038,50
	Outros	5	47,90	239,50
	Total	92		
Vinculação Evitante	Pai e mãe	87	44,82	3899,00
	Outros	5	75,80	379,00
	Total	92		

Mann-Whitney Test entre Mãe e Outros

Test Statistics^b

	Vinculação Ansiosa	Vinculação Segura	Vinculação Evitante
Mann-Whitney U	4,000	9,500	6,000
Wilcoxon W	14,000	19,500	16,000
Z	-1,476	-,124	-,997
Asymp. Sig. (2-tailed)	,140	,902	,319
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,190 ^a	,905 ^a	,413 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Com quem viveu na sua infância?

Separação VS Vinculação

Descriptives

Separou-se das pessoas com quem viveu?			Statistic	Std. Error
Vinculação Ansiosa	Sim	Mean	19,6000	1,64982
		95% Confidence Interval for Lower Bound	16,0615	
		Mean Upper Bound	23,1385	
		5% Trimmed Mean	19,5556	
		Median	20,0000	

			Variance	40,829	
			Std. Deviation	6,38972	
			Minimum	10,00	
			Maximum	30,00	
			Range	20,00	
			Interquartile Range	10,00	
			Skewness	,096	,580
			Kurtosis	-1,457	1,121
Vinculação Segura	Não	Mean	17,3457	,60761	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16,1365	
			Upper Bound	18,5549	
		5% Trimmed Mean	17,0679		
		Median	17,0000		
		Variance	29,904		
		Std. Deviation	5,46846		
		Minimum	8,00		
		Maximum	37,00		
		Range	29,00		
		Interquartile Range	8,00		
		Skewness	,952	,267	
		Kurtosis	1,799	,529	
	Sim	Mean	16,6667	,97427	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14,5771	
			Upper Bound	18,7563	
		5% Trimmed Mean	16,6852		
		Median	15,0000		
		Variance	14,238		
		Std. Deviation	3,77334		
		Minimum	9,00		
		Maximum	24,00		
		Range	15,00		
		Interquartile Range	6,00		
		Skewness	,152	,580	
		Kurtosis	,346	1,121	
	Não	Mean	17,1235	,31347	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16,4996	
			Upper Bound	17,7473	
		5% Trimmed Mean	17,1228		
		Median	17,0000		
		Variance	7,960		

			Std. Deviation	2,82127	
			Minimum	11,00	
			Maximum	23,00	
			Range	12,00	
			Interquartile Range	4,00	
			Skewness	,100	,267
			Kurtosis	-,492	,529
Vinculação Evitante	Sim	Mean		14,4667	1,01356
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12,2928	
			Upper Bound	16,6405	
		5% Trimmed Mean		14,4074	
		Median		14,0000	
		Variance		15,410	
		Std. Deviation		3,92550	
		Minimum		8,00	
		Maximum		22,00	
		Range		14,00	
	Não	Interquartile Range		4,00	
		Skewness		,324	,580
		Kurtosis		,067	1,121
		Mean		12,3704	,33308
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	11,7075	
			Upper Bound	13,0332	
		5% Trimmed Mean		12,2174	
		Median		12,0000	
		Variance		8,986	
		Std. Deviation		2,99768	
		Minimum		6,00	
		Maximum		21,00	
		Range		15,00	
		Interquartile Range		4,00	
		Skewness		,808	,267
		Kurtosis		,916	,529

Tests of Normality

Separou-se das pessoas com quem viveu?		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
Vinculação Ansiosa	Sim	,231	15	,031
	Não	,105	81	,026
Vinculação Segura	Sim	,204	15	,094

	Não	,112	81	,014
Vinculação Evitante	Sim	,179	15	,200*
	Não	,145	81	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

Separou-se das pessoas com quem viveu?		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
Vinculação Ansiosa	Sim	,925	15	,228
	Não	,944	81	,002
Vinculação Segura	Sim	,949	15	,502
	Não	,973	81	,086
Vinculação Evitante	Sim	,946	15	,458
	Não	,939	81	,001

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Vinculação Ansiosa	Based on Mean	2,235	1	94	,138
	Based on Median	2,213	1	94	,140
	Based on Median and with adjusted df	2,213	1	91,860	,140
	Based on trimmed mean	2,309	1	94	,132
Vinculação Segura	Based on Mean	1,939	1	94	,167
	Based on Median	1,178	1	94	,281
	Based on Median and with adjusted df	1,178	1	69,853	,282
	Based on trimmed mean	1,948	1	94	,166
Vinculação Evitante	Based on Mean	1,006	1	94	,318
	Based on Median	,766	1	94	,384
	Based on Median and with adjusted df	,766	1	88,242	,384
	Based on trimmed mean	1,001	1	94	,320

Mann-Whitney Test

Test Statistics^a

	Vinculação Ansiosa	Vinculação Segura	Vinculação Evitante
Mann-Whitney U	484,000	537,000	374,500
Wilcoxon W	3805,000	657,000	3695,500

Z	-1,249	-,717	-2,368
Asymp. Sig. (2-tailed)	,212	,473	,018

a. Grouping Variable: Separou-se das pessoas com quem viveu?

Ranks

Separou-se das pessoas com quem viveu?		N	Mean Rank
Vinculação Ansiosa	Sim	15	56,73
	Não	81	46,98
	Total	96	
Vinculação Segura	Sim	15	43,80
	Não	81	49,37
	Total	96	
Vinculação Evitante	Sim	15	64,03
	Não	81	45,62
	Total	96	

Infancia VS práticas parentais

Descriptives

Com quem viveu na sua infância?			Statistic	Std. Error
Suporte Emocional Mãe	Pai e mãe	Mean	18,5287	,52135
		95% Confidence Interval for Mean	17,4923	
		Lower Bound	19,5652	
		Upper Bound	18,6558	
		5% Trimmed Mean	20,0000	
		Median	23,647	
		Variance	4,86286	
		Std. Deviation	7,00	
		Minimum	26,00	
		Maximum	19,00	
		Range	7,00	
		Interquartile Range	-,545	
		Skewness	-,699	
		Kurtosis		
	Somente com a mãe	Mean	18,0000	1,95789
		95% Confidence Interval for Mean	11,7691	
		Lower Bound	24,2309	
		Upper Bound	18,0556	
		5% Trimmed Mean	18,5000	
		Median		

		Variance		15,333	
		Std. Deviation		3,91578	
		Minimum		13,00	
		Maximum		22,00	
		Range		9,00	
		Interquartile Range		7,50	
		Skewness		-,600	1,014
		Kurtosis		-,768	2,619
Outros		Mean		12,0000	1,00000
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-,7062	
			Upper Bound	24,7062	
		5% Trimmed Mean		.	
		Median		12,0000	
		Variance		2,000	
		Std. Deviation		1,41421	
		Minimum		11,00	
		Maximum		13,00	
		Range		2,00	
		Interquartile Range		.	
		Skewness		.	
		Kurtosis		.	
Rejeição Mãe	Pai e mãe	Mean		13,5057	,49452
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12,5227	
			Upper Bound	14,4888	
		5% Trimmed Mean		13,0032	
		Median		12,0000	
		Variance		21,276	
		Std. Deviation		4,61261	
		Minimum		9,00	
		Maximum		30,00	
		Range		21,00	
		Interquartile Range		5,00	
		Skewness		1,585	,258
		Kurtosis		2,755	,511
Somente com a mãe		Mean		21,5000	3,17543
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	11,3944	
			Upper Bound	31,6056	
		5% Trimmed Mean		21,3889	
		Median		20,5000	
		Variance		40,333	

		Std. Deviation	6,35085	
		Minimum	15,00	
		Maximum	30,00	
		Range	15,00	
		Interquartile Range	12,00	
		Skewness	,843	1,014
		Kurtosis	,934	2,619
Outros		Mean	15,5000	,50000
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	9,1469 21,8531
		5% Trimmed Mean		
		Median	15,5000	
		Variance	,500	
		Std. Deviation	,70711	
		Minimum	15,00	
		Maximum	16,00	
		Range	1,00	
		Interquartile Range		
		Skewness		
		Kurtosis		
Sobreprotecção Mãe	Pai e mãe	Mean	14,9195	,33951
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	14,2446 15,5945
		5% Trimmed Mean		
		Median	14,0000	
		Variance	10,028	
		Std. Deviation	3,16675	
		Minimum	8,00	
		Maximum	21,00	
		Range	13,00	
		Interquartile Range	4,00	
		Skewness	,084	,258
		Kurtosis	-,859	,511
Sobreprotecção Mãe	Somente com a mãe	Mean	19,2500	,75000
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	16,8632 21,6368
		5% Trimmed Mean		
		Median	19,0000	
		Variance	2,250	
		Std. Deviation	1,50000	
		Minimum	18,00	

Outros	Maximum		21,00	1,014 2,619
	Range		3,00	
	Interquartile Range		2,75	
	Skewness		,370	
	Kurtosis		-3,901	
	Mean		13,5000	,50000
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,1469	
		Upper Bound	19,8531	
	5% Trimmed Mean		.	
	Median		13,5000	
	Variance		,500	
	Std. Deviation		,70711	
	Minimum		13,00	
	Maximum		14,00	
	Range		1,00	
	Interquartile Range		.	
	Skewness		.	
	Kurtosis		.	

Descriptives^{a,b,c}

Com quem viveu na sua infância?				Statistic	Std. Error
Suporte Emocional Pai e mãe	Pai e mãe	Mean		17,4138	,54534
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16,3297	
			Upper Bound	18,4979	
		5% Trimmed Mean		17,5026	
		Median		18,0000	
		Variance		25,873	
		Std. Deviation		5,08658	
		Minimum		7,00	
		Maximum		26,00	
		Range		19,00	
		Interquartile Range		7,00	
		Skewness		-,366	,258 ,511
		Kurtosis		-,814	
		Mean		12,0000	1,00000
Outros		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-,7062	
			Upper Bound	24,7062	
		5% Trimmed Mean		.	
		Median		12,0000	

		Variance		2,000	
		Std. Deviation		1,41421	
		Minimum		11,00	
		Maximum		13,00	
		Range		2,00	
		Interquartile Range		.	
		Skewness		.	
		Kurtosis		.	
Rejeição Pai	Pai e mãe	Mean		13,2299	,42342
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12,3882	
			Upper Bound	14,0716	
		5% Trimmed Mean		12,9438	
		Median		13,0000	
		Variance		15,598	
		Std. Deviation		3,94939	
		Minimum		9,00	
		Maximum		26,00	
		Range		17,00	
		Interquartile Range		5,00	
		Skewness		,996	,258
		Kurtosis		,339	,511
	Outros	Mean		16,0000	1,00000
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,2938	
			Upper Bound	28,7062	
		5% Trimmed Mean		.	
		Median		16,0000	
		Variance		2,000	
		Std. Deviation		1,41421	
		Minimum		15,00	
		Maximum		17,00	
		Range		2,00	
		Interquartile Range		.	
		Skewness		.	
		Kurtosis		.	
Sobreprotecção Pai	Pai e mãe	Mean		14,5517	,28868
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13,9778	
			Upper Bound	15,1256	
		5% Trimmed Mean		14,5275	
		Median		14,0000	
		Variance		7,250	
		Std. Deviation		2,69262	

	Minimum	8,00	
	Maximum	21,00	
	Range	13,00	
	Interquartile Range	5,00	
	Skewness	,141	,258
	Kurtosis	-,475	,511
Outros	Mean	12,0000	1,00000
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	-,7062 24,7062
	5% Trimmed Mean	.	.
	Median	12,0000	.
	Variance	2,000	.
	Std. Deviation	1,41421	.
	Minimum	11,00	.
	Maximum	13,00	.
	Range	2,00	.
	Interquartile Range	.	.
	Skewness	.	.
	Kurtosis	.	.

a. There are no valid cases for Suporte Emocional Pai when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.

b. There are no valid cases for Rejeição Pai when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.

c. There are no valid cases for Sobreprotecção Pai when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.

Tests of Normality^{b,c,d,e,f,g}

		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
Suporte Emocional Mãe	Pai e mãe	,159	87	,000
	Outros	,260	2	.
Suporte Emocional Pai	Pai e mãe	,131	87	,001
	Outros	,260	2	.
Rejeição Mãe	Pai e mãe	,164	87	,000
	Outros	,260	2	.
Rejeição Pai	Pai e mãe	,162	87	,000
	Outros	,260	2	.
Sobreprotecção Mãe	Pai e mãe	,120	87	,003
	Outros	,260	2	.
Sobreprotecção Pai	Pai e mãe	,110	87	,011
	Outros	,260	2	.

a. Lilliefors Significance Correction

- b. There are no valid cases for Suporte Emocional Mãe when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.
- c. There are no valid cases for Suporte Emocional Pai when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.
- d. There are no valid cases for Rejeição Mãe when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.
- e. There are no valid cases for Rejeição Pai when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.
- f. There are no valid cases for Sobreprotecção Mãe when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.
- g. There are no valid cases for Sobreprotecção Pai when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.

Tests of Normality^{b,c,d,e,f,g}

	Com quem viveu na sua infância?	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
Suporte Emocional Mãe	Pai e mãe Outros	,940	87	,001
Suporte Emocional Pai	Pai e mãe Outros	,958	87	,007
Rejeição Mãe	Pai e mãe Outros	,839	87	,000
Rejeição Pai	Pai e mãe Outros	,884	87	,000
Sobreprotecção Mãe	Pai e mãe Outros	,969	87	,033
Sobreprotecção Pai	Pai e mãe Outros	,979	87	,161

- b. There are no valid cases for Suporte Emocional Mãe when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.
- c. There are no valid cases for Suporte Emocional Pai when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.
- d. There are no valid cases for Rejeição Mãe when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.
- e. There are no valid cases for Rejeição Pai when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.
- f. There are no valid cases for Sobreprotecção Mãe when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.
- g. There are no valid cases for Sobreprotecção Pai when Com quem viveu na sua infância? = 3,000. Statistics cannot be computed for this level.

Kruskal-Wallis Test

Test Statistics^{a,b}

	Suporte Emocional Mãe	Suporte Emocional Pai	Rejeição Mãe	Rejeição Pai
Chi-Square	3,077	2,245	8,243	1,793
df	2	1	2	1
Asymp. Sig.	,215	,134	,016	,181

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Com quem viveu na sua infância?

Test Statistics^{a,b}

	Sobreprotecção Mãe	Sobreprotecção Pai
Chi-Square	7,106	2,182
df	2	1
Asymp. Sig.	,029	,140

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Com quem viveu na sua infância?

CORREÇÃO DE BONFERRONI

Mann-Whitney Test entre Pais e Mãe

Test Statistics^b

	Suporte Emocional Mãe	Rejeição Mãe	Sobreprotecção Mãe
Mann-Whitney U	153,500	39,500	42,500
Wilcoxon W	163,500	3867,500	3870,500
Z	-,398	-2,618	-2,557
Asymp. Sig. (2-tailed)	,691	,009	,011
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,702 ^a	,005 ^a	,007 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Com quem viveu na sua infância?

Ranks

	Com quem viveu na sua infância?	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Suporte Emocional Mãe	Pai e mãe	87	46,24	4022,50
	Somente com a mãe	4	40,88	163,50
	Total	91		
Suporte Emocional Pai	Pai e mãe	87	44,00	3828,00
	Somente com a mãe	0 ^a	,00	,00
	Total	87		
Rejeição Mãe	Pai e mãe	87	44,45	3867,50

	Somente com a mãe	4	79,63	318,50
	Total	91		
Rejeição Pai	Pai e mãe	87	44,00	3828,00
	Somente com a mãe	0 ^a	,00	,00
	Total	87		
Sobreprotecção Mãe	Pai e mãe	87	44,49	3870,50
	Somente com a mãe	4	78,88	315,50
	Total	91		
Sobreprotecção Pai	Pai e mãe	87	44,00	3828,00
	Somente com a mãe	0 ^a	,00	,00
	Total	87		

a. Mann-Whitney Test cannot be performed on empty groups.

Mann-Whitney Test entre Pais e Outros

Test Statistics^b

	Suporte Emocional Mãe	Suporte Emocional Pai	Rejeição Mãe	Rejeição Pai
Mann-Whitney U	26,000	33,000	42,500	39,000
Wilcoxon W	29,000	36,000	3870,500	3867,000
Z	-1,693	-1,498	-1,239	-1,339
Asymp. Sig. (2-tailed)	,090	,134	,215	,181
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,100 ^a	,156 ^a	,247 ^a	,215 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Com quem viveu na sua infância?

Test Statistics^b

	Sobreprotecção Mãe	Sobreprotecção Pai
Mann-Whitney U	62,500	34,000
Wilcoxon W	65,500	37,000
Z	-,682	-1,477
Asymp. Sig. (2-tailed)	,495	,140
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,523 ^a	,165 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Com quem viveu na sua infância?

Mann-Whitney Test entre Mãe e Outros

Test Statistics^b

	Suporte Emocional Mãe	Rejeição Mãe	Sobreprotecção Mãe
Mann-Whitney U	,500	1,500	,000

Wilcoxon W	3,500	4,500	3,000
Z	-1,644	-1,174	-1,879
Asymp. Sig. (2-tailed)	,100	,240	,060
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,133 ^a	,267 ^a	,133 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Com quem viveu na sua infância?

Separação VS praticas parentais

Descriptives

Separou-se das pessoas com quem viveu?			Statistic	Std. Error
Suporte Emocional Mãe	Sim	Mean	17,5833	1,54458
		95% Confidence Interval for Mean	14,1837	
		Lower Bound	20,9829	
		Upper Bound	17,4815	
		5% Trimmed Mean	20,0000	
		Median	28,629	
		Variance	5,35059	
		Std. Deviation	11,00	
		Minimum	26,00	
		Maximum	15,00	
		Range	9,75	
		Interquartile Range	-,099	
		Skewness	1,232	
		Kurtosis	-,637	
	Não	Mean	5,35059	,55387
		95% Confidence Interval for Mean	17,4034	
		Lower Bound	19,6096	
		Upper Bound	18,6472	
		5% Trimmed Mean	20,0000	
		Median	23,622	
		Variance	4,86021	
		Std. Deviation	7,00	
		Minimum	26,00	
		Maximum	19,00	
Suporte Emocional Pai	Sim	Range	7,50	,274
		Interquartile Range	-,553	
		Skewness	-,640	
		Kurtosis	,541	
		Mean	16,1667	1,69595
		95% Confidence Interval Lower Bound	12,4339	

			for Mean	Upper Bound	19,8994	
			5% Trimmed Mean		16,1852	
			Median		17,5000	
			Variance		34,515	
			Std. Deviation		5,87496	
			Minimum		8,00	
			Maximum		24,00	
			Range		16,00	
			Interquartile Range		12,00	
			Skewness		-,314	,637
			Kurtosis		-1,543	1,232
	Não		Mean		17,4675	,56788
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16,3365	
				Upper Bound	18,5986	
			5% Trimmed Mean		17,5483	
			Median		18,0000	
			Variance		24,831	
			Std. Deviation		4,98309	
			Minimum		7,00	
			Maximum		26,00	
			Range		19,00	
			Interquartile Range		7,50	
			Skewness		-,292	,274
			Kurtosis		-,802	,541
Rejeição Mãe	Sim		Mean		15,0833	1,10411
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12,6532	
				Upper Bound	17,5135	
			5% Trimmed Mean		15,0370	
			Median		14,5000	
			Variance		14,629	
			Std. Deviation		3,82476	
			Minimum		9,00	
			Maximum		22,00	
			Range		13,00	
			Interquartile Range		5,50	
			Skewness		,520	,637
			Kurtosis		-,212	1,232
	Não		Mean		13,3117	,53011
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12,2559	
				Upper Bound	14,3675	
			5% Trimmed Mean		12,7576	

		Median		12,0000	
		Variance		21,638	
		Std. Deviation		4,65171	
		Minimum		9,00	
		Maximum		30,00	
		Range		21,00	
		Interquartile Range		5,00	
		Skewness		1,741	,274
		Kurtosis		3,363	,541
Rejeição Pai	Sim	Mean		15,8333	1,38078
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12,7942	
			Upper Bound	18,8724	
		5% Trimmed Mean		15,6481	
		Median		15,0000	
		Variance		22,879	
		Std. Deviation		4,78318	
		Minimum		9,00	
		Maximum		26,00	
		Range		17,00	
		Interquartile Range		6,50	
		Skewness		,704	,637
		Kurtosis		,539	1,232
	Não	Mean		12,8961	,41691
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12,0658	
			Upper Bound	13,7265	
		5% Trimmed Mean		12,6457	
		Median		12,0000	
		Variance		13,384	
		Std. Deviation		3,65839	
		Minimum		9,00	
		Maximum		22,00	
		Range		13,00	
		Interquartile Range		5,00	
		Skewness		,925	,274
		Kurtosis		-,107	,541
Sobreprotecção Mãe	Sim	Mean		15,6667	,96400
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13,5449	
			Upper Bound	17,7884	
		5% Trimmed Mean		15,7963	
		Median		16,5000	
		Variance		11,152	

			Std. Deviation	3,33939			
			Minimum	10,00			
			Maximum	19,00			
			Range	9,00			
			Interquartile Range	6,75			
			Skewness	-,583	,637		
			Kurtosis	-1,199	1,232		
Não		Mean		14,7662	,35459		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14,0600			
			Upper Bound	15,4725			
		5% Trimmed Mean		14,7258			
		Median		14,0000			
		Variance		9,681			
		Std. Deviation		3,11151			
		Minimum		8,00			
		Maximum		21,00			
		Range		13,00			
		Interquartile Range		4,00			
		Skewness		,213	,274		
		Kurtosis		-,649	,541		
		Sobreprotecção Pai	Sim	Mean		15,3333	,84686
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13,4694	
Upper Bound	17,1973						
5% Trimmed Mean				15,3148			
Median				16,0000			
Variance				8,606			
Std. Deviation				2,93361			
Minimum				11,00			
Maximum				20,00			
Range				9,00			
Interquartile Range				5,50			
Skewness				,021	,637		
Kurtosis				-1,169	1,232		
Não				Mean		14,3636	,30203
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13,7621	
		Upper Bound	14,9652				
		5% Trimmed Mean		14,3341			
		Median		14,0000			
		Variance		7,024			
		Std. Deviation		2,65027			
		Minimum		8,00			

Maximum	21,00	
Range	13,00	
Interquartile Range	4,00	
Skewness	,183	,274
Kurtosis	-,343	,541

Tests of Normality

Separou-se das pessoas com quem viveu?		Kolmogorov-Smirnov ^a	
		Statistic	df
Suporte Emocional Mãe	Sim	,258	12
	Não	,140	77
Suporte Emocional Pai	Sim	,185	12
	Não	,123	77
Rejeição Mãe	Sim	,175	12
	Não	,177	77
Rejeição Pai	Sim	,236	12
	Não	,178	77
Sobreprotecção Mãe	Sim	,206	12
	Não	,143	77
Sobreprotecção Pai	Sim	,173	12
	Não	,113	77

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Separou-se das pessoas com quem viveu?		Kolmogorov-Smirnov ^a	Shapiro-Wilk
		Sig.	Statistic
Suporte Emocional Mãe	Sim	,027	,852
	Não	,001	,943
Suporte Emocional Pai	Sim	,200*	,896
	Não	,006	,967
Rejeição Mãe	Sim	,200*	,951
	Não	,000	,815
Rejeição Pai	Sim	,064	,942
	Não	,000	,877
Sobreprotecção Mãe	Sim	,168	,866
	Não	,001	,969
Sobreprotecção Pai	Sim	,200*	,950
	Não	,016	,977

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov ^a	Shapiro-Wilk
		Sig.	Statistic
Suporte Emocional Mãe	Sim	,027	,852
	Não	,001	,943
Suporte Emocional Pai	Sim	,200*	,896
	Não	,006	,967
Rejeição Mãe	Sim	,200*	,951
	Não	,000	,815
Rejeição Pai	Sim	,064	,942
	Não	,000	,877
Sobreprotecção Mãe	Sim	,168	,866
	Não	,001	,969
Sobreprotecção Pai	Sim	,200*	,950
	Não	,016	,977

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

		Shapiro-Wilk	
		df	Sig.
Suporte Emocional Mãe	Sim	12	,039
	Não	77	,002
Suporte Emocional Pai	Sim	12	,142
	Não	77	,042
Rejeição Mãe	Sim	12	,645
	Não	77	,000
Rejeição Pai	Sim	12	,531
	Não	77	,000
Sobreprotecção Mãe	Sim	12	,058
	Não	77	,054
Sobreprotecção Pai	Sim	12	,634
	Não	77	,186

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1
Suporte Emocional Mãe	Based on Mean	,967	1
	Based on Median	,226	1

	Based on Median and with adjusted df	,226	1
	Based on trimmed mean	1,033	1
Suporte Emocional Pai	Based on Mean	,997	1
	Based on Median	,999	1
	Based on Median and with adjusted df	,999	1
	Based on trimmed mean	1,007	1
Rejeição Mãe	Based on Mean	,275	1
	Based on Median	,104	1
	Based on Median and with adjusted df	,104	1
	Based on trimmed mean	,165	1
Rejeição Pai	Based on Mean	,839	1
	Based on Median	,279	1
	Based on Median and with adjusted df	,279	1
	Based on trimmed mean	,693	1
Sobreprotecção Mãe	Based on Mean	,176	1
	Based on Median	,089	1
	Based on Median and with adjusted df	,089	1
	Based on trimmed mean	,118	1
Sobreprotecção Pai	Based on Mean	,450	1
	Based on Median	,239	1
	Based on Median and with adjusted df	,239	1
	Based on trimmed mean	,466	1

Test of Homogeneity of Variance

		df2	Sig.
Suporte Emocional Mãe	Based on Mean	87	,328
	Based on Median	87	,635
	Based on Median and with adjusted df	85,957	,635
	Based on trimmed mean	87	,312
Suporte Emocional Pai	Based on Mean	87	,321
	Based on Median	87	,320
	Based on Median and with adjusted df	86,777	,320
	Based on trimmed mean	87	,318
Rejeição Mãe	Based on Mean	87	,601
	Based on Median	87	,748

	Based on Median and with adjusted df	83,808	,748
	Based on trimmed mean	87	,685
Rejeição Pai	Based on Mean	87	,362
	Based on Median	87	,599
	Based on Median and with adjusted df	79,155	,599
	Based on trimmed mean	87	,407
Sobreprotecção Mãe	Based on Mean	87	,675
	Based on Median	87	,767
	Based on Median and with adjusted df	86,993	,767
	Based on trimmed mean	87	,732
Sobreprotecção Pai	Based on Mean	87	,504
	Based on Median	87	,626
	Based on Median and with adjusted df	86,838	,626
	Based on trimmed mean	87	,496

Mann-Whitney Test

Test Statistics^a

	Suporte Emocional Mãe	Suporte Emocional Pai	Rejeição Mãe	Rejeição Pai
Mann-Whitney U	443,000	407,500	345,000	287,500
Wilcoxon W	521,000	485,500	3666,000	3290,500
Z	-,494	-,656	-1,624	-2,113
Asymp. Sig. (2-tailed)	,621	,512	,104	,035

a. Grouping Variable: Separou-se das pessoas com quem viveu?

Test Statistics^a

	Sobreprotecção Mãe	Sobreprotecção Pai
Mann-Whitney U	425,000	374,500
Wilcoxon W	3746,000	3377,500
Z	-,702	-1,058
Asymp. Sig. (2-tailed)	,482	,290

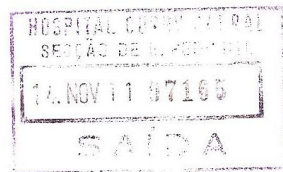
a. Grouping Variable: Separou-se das pessoas com quem viveu?

Ranks

Separou-se das pessoas com quem viveu?	N	Mean Rank
Suporte Emocional Mãe Sim	12	43,42
Não	81	47,53

	Total	93	
Suporte Emocional Pai	Sim	12	40,46
	Não	77	45,71
	Total	89	
Rejeição Mãe	Sim	12	58,75
	Não	81	45,26
	Total	93	
Rejeição Pai	Sim	12	59,54
	Não	77	42,73
	Total	89	
Sobreprotecção Mãe	Sim	12	52,08
	Não	81	46,25
	Total	93	
Sobreprotecção Pai	Sim	12	52,29
	Não	77	43,86
	Total	89	

Anexo G – Autorização do HCC para realização do Estudo



Exma. Senhora
Adriana Filipa Macedo Silva
Rua Augusto da Cunha Lamas, nº5, 1ª
2675-636 Odivelas

N.º Ref. 446/CA

Data 11-11-2011

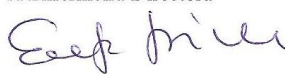
V.º Ref.

Data

ASSUNTO: Pedido de colaboração num estudo de investigação sobre a Vinculação, Stresse, Depressão e Imunidade em doentes com Artrite Reumatóide

Relativamente ao assunto mencionado em epígrafe, informamos V. Exa. que, o estudo foi autorizado.

Com os meus melhores cumprimentos,

A) A Enfermeira Directora

(Paula Luís)

Anexo H – Consentimento Informado

Universidade Autònoma de Lisboa

Mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento

Consentimento Informado

O presente estudo tem como objectivo estudar os estilos de vinculação, os níveis de stresse e imunidade em doentes com artrite reumatóide. Pretende-se aqui a aplicação de quatro questionários, Questionário Sócio-Demográfico, Escala de Vulnerabilidade ao Stresse e Escala de Vinculação no Adulto e Memórias de Infância. Não há respostas certas ou erradas, ou seja qualquer resposta que dê está correcta. Os dados obtidos serão analisados e interpretados posteriormente. A confidencialidade da informação recolhida manter-se-á ao longo de todo o estudo, bem como o anonimato dos seus participantes.

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo indicado.

Obrigada pela sua disponibilidade.

Eu, _____, em __/__/__ tomei conhecimento do objectivo do estudo e declaro que aceito participar na investigação.

Tomei conhecimento

(Adriana Silva)
Investigadora

Anexo I – Questionário Sócio-Demográfico

Questionário Sócio-Demográfico

A informações de carácter sócio-demográfico que a seguir lhe solicitamos, fundamentais para o nosso estudo de investigação, são anónimas e sujeitas a um tratamento totalmente confidencial.

Idade: _____

Sexo: 1. ☐ Feminino 2. ☐ Masculino

Grupo étnico-cultural: 1. ☐ Caucasiano 2. ☐ Africano 3. Outra _____

Rendimento familiar aproximado (mensal) _____ euros

Estado civil:

1. ☐ Solteiro
2. ☐ Casado/ União de facto
3. ☐ Viúvo
4. ☐ Separado/ Divorciado

Habilitações Literárias:

1. ☐ Não sabe ler/escrever
2. ☐ Ensino primário
3. ☐ Ensino preparatório
4. ☐ Ensino secundário
5. ☐ Ensino Superior

Ocupação

1. ☐ Desempregado
2. ☐ Trabalhador
3. ☐ Estudante
4. ☐ De baixa
- ☐ 5. Reformado

Com quem vive? _____

Tem filhos? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não

Quantos irmãos tem? _____ irmãos.

Se tem irmãos, indique se você é o irmão:

1. ☐ Mais velho
2. ☐ Mais novo
3. ☐ Do meio
4. ☐ Gémeos

Com quem viveu na sua infância?

1. ☐ Pai e Mãe
2. ☐ Somente com o pai
3. ☐ Somente com a mãe
4. ☐ Outros. Qual _____

Separou-se das pessoas com quem viveu?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

Anexo J – Escala de Vinculação no Adulto

Escala de Vinculação do Adulto

EVA - M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	☐	☐	☐	☐	☐
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	☐	☐	☐	☐	☐
6. <u>Não</u> me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Fico <u>incomodado</u> quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	☐	☐	☐	☐	☐
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo K – Memórias de Infância

EMBU

(C. Perris, L. Jacobsson; H. Lindstrom; L. Von Knorring & H. Perris; 1984)

Umea University (Department of Psychiatry & WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health); Groningen University (Department of Psychology); Universidade Técnica de Lisboa (Departamento de Educação Especial e Reabilitação); Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia (Departamento de Terapêutica do Comportamento).

Memórias de Infância

INSTRUÇÕES: Em seguida ser-lhe-ão colocadas algumas questões relativas à sua infância e adolescência

É importante lembrar-se dos comportamentos dos seus pais em relação a si, tal como os recorda, até ter a idade de 16 anos. Mesmo que às vezes seja difícil relembrar como é que o nossos pais se comportavam em relação a nós, quando eramos crianças e adolescentes, cada um de nós tem certas memórias dos princípios por eles utilizados na nossa educação.

Leia cada questão cuidadosamente e considere qual a resposta que melhor se aplica ao seu caso. Responda separadamente, em relação ao comportamento da sua mãe e do seu pai, colocando, para cada questão, uma X num dos quadrados em frente a Pai, para avaliar o comportamento do seu pai e outra num dos quadrados em frente a Mãe, para avaliar o comportamento da sua mãe.

Por exemplo:

		Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
Os meus pais eram amáveis comigo	Pai Mãe	☐	☐	☒	☐
1. Os meus pais eram severos ou zangavam-se comigo sem me explicarem porquê	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
2. Os meus pais elogiavam-me	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
3. Desejava que os meus pais se preocupassem menos com o que eu fazia	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
4. Os meus pais deram-me mais castigos físicos do que eu merecia	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
5. Quando chegava a casa tinha de contar tudo o que tinha feito	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
6. Os meus pais contribuíram para que a adolescência fosse uma época de aprendizagens importantes, na minha vida.	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
7. Os meus pais criticavam-me à frente dos outros	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
8. Os meus pais proibiam-me de fazer coisas que a outras crianças eram permitidas por terem medo que me pudesse acontecer alguma coisa	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐

		Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
9. Os meus pais incentivavam-me a sobressair em tudo o que eu fazia	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
10. Através do seu comportamento, parecendo tristes, por exemplo, os meus pais faziam-me sentir culpado por os tratar mal	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
11. Eu penso que a ansiedade dos meus pais de que alguma coisa me pudesse acontecer era exagerada	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
12. Se as coisas me corressem mal, eu sentia que os meus pais me tentavam confortar e encorajar	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
13. Eu era tratado(a) como a «ovelha ranhosa» ou como o «bode expiatório» da família	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
14. Os meus pais mostravam com gestos e palavras que gostavam de mim	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
15. Eu sentia que os meus pais gostavam mais do(s) meu(s) irmão(s) e/ou irmã(s) do que de mim	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
16. Os meus pais faziam-me sentir vergonha de mim mesmo	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
17. Os meus pais não se preocupavam muito com as minhas saídas.	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
18. Sentia que os meus pais interferiam com tudo aquilo que eu fazia	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
19. Sentia que havia ternura, entre mim e os meus pais.	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
20. Os meus pais estipulavam limites sobre o que me era permitido e sobre o que não me era permitido fazer, que seguiam rigorosamente	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
21. Os meus pais castigavam-me mesmo por pequenos erros	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
22. Os meus pais é que decidiam sobre como eu me devia vestir ou parecer	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐
23. Eu sentia que os meus pais ficavam orgulhosos quando eu era bem sucedido(a) em qualquer coisa na qual me havia empenhado	Pai Mãe	☐	☐	☐	☐

Anexo L – Questionário de Vulnerabilidade ao Stresse

23 QVS

(© A. Vaz Serra, 2000)

Nome: _____ Data: ____/____/200__

Idade: _____ anos Estado Civil: _____

Habilitações: _____ Profissão: _____

Naturalidade: _____ Residência: _____

Nota global _____ F1 _____ F2 _____ F3 _____ F4 _____ F5 _____ F6 _____ F7 _____

INSTRUÇÕES

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a *sua* resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo ☐ aquela que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece.

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas	☐	☐	☐	☐	☐
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	☐	☐	☐	☐	☐
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais	☐	☐	☐	☐	☐
5. Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	☐	☐	☐	☐	☐

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	☐	☐	☐	☐	☐
7. Dou e recebo afecto com regularidade	☐	☐	☐	☐	☐
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	☐	☐	☐	☐	☐
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sou um indivíduo que se enerva com facilidade	☐	☐	☐	☐	☐
11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	☐	☐	☐	☐	☐
12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado	☐	☐	☐	☐	☐
13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	☐	☐	☐	☐	☐
14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades	☐	☐	☐	☐	☐
15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão	☐	☐	☐	☐	☐
16. Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas	☐	☐	☐	☐	☐

	Concordo em absoluto	Concordo em bastante absoluto	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo
17. Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
18. Nas alturas oportunas costumo exprimir abertamente aquilo que sinto	☐	☐	☐	☐	☐
19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem	☐	☐	☐	☐	☐
21. O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	☐	☐	☐	☐	☐
22. Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar	☐	☐	☐	☐	☐
23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	☐	☐	☐	☐	☐

□

Após preencher a escala veja se respondeu a todas as questões. Não deixe nenhuma por responder!

Anexo M –CORE-OM



CORE-OM

Identif. Serviço:	Idade:	Género: M ☐
Identif. Caso:		F ☐
Identif. Terapeuta:	Fase de preenchimento	
	T Triagem	
	E Encaminhamento	
	A Avaliação pré-tratamento	
	P Pré-primeira sessão	
	1 Pré-terapia, não especificado	
	D Durante Terapia	
	U Última sessão	
	X Follow up 1	
	Y Follow up 2	
Data de preenchimento	Fase	
	Episódio	

IMPORTANTE – LEIA ANTES DE RESPONDER

Este questionário tem 34 afirmações sobre como se sentiu durante a última semana. Por favor, leia cada afirmação e pense quantas vezes se sentiu assim. Depois, marque a resposta que mais se aproxima da maneira como se sentiu.

Durante a última semana...

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre, ou quase sempre	ISO INTERNO, não marcado
1 Tenho-me sentido terrivelmente sozinho/a e isolado/a	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ F
2 Tenho-me sentido tenso/a, ansioso/a ou nervoso/a	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
3 Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda, se precisar	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ F
4 Tenho-me sentido bem comigo próprio/a	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ W
5 Senti-me totalmente sem energia ou entusiasmo	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
6 Fui violento/a fisicamente com outras pessoas	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ R
7 Tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que correm mal	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ F
8 Tenho-me sentido incomodado/a com dores, mal-estar ou outros problemas físicos	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
9 Pensei em fazer mal a mim próprio/a	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ R
10 Tem-me custado muito falar com as outras pessoas	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ F
11 A tensão e a ansiedade não me têm deixado fazer coisas importantes	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
12 Senti-me bem com as coisas que consegui fazer	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ F
13 Tenho tido pensamentos e sentimentos que não quero ter e que me perturbam	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ P
14 Tenho sentido vontade de chorar	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ W

Vire a página, por favor

Durante a última semana...

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre, ou quase sempre	Usa item no não responder	
15 Senti pânico ou terror	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	P
16 Fiz planos para acabar com a minha vida	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	R
17 Senti que os meus problemas são demais para mim	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	W
18 Tenho tido dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	P
19 Senti que tenho pessoas de quem gosto	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐	F
20 Não consegui pôr os meus problemas de lado	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	P
21 Tenho sido capaz de fazer a maior parte das coisas que preciso	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐	F
22 Ameacei ou fiz alguém sentir medo	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	R
23 Senti-me desesperado/a ou sem saída	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	P
24 Pensei que era melhor se eu estivesse morto/a	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	R
25 Tenho-me sentido criticado/a por outras pessoas	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	F
26 Senti que não tinha amigos	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	F
27 Tenho-me sentido triste	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	P
28 Tenho-me sentido perturbado/a por imagens ou recordações que não quero ter	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	P
29 Tenho-me sentido mais facilmente irritável quando estou com outras pessoas	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	F
30 Tenho-me sentido culpado/a pelos meus problemas	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	P
31 Tenho-me sentido optimista em relação ao meu futuro	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐	W
32 Tenho conseguido as coisas que queria	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐	F
33 Senti-me humilhado/a ou envergonhado/a por outras pessoas	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	F
34 Fiz mal a mim próprio/a fisicamente, ou pus a minha saúde gravemente em risco	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	R

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

TOTAIS

RESULTADOS MÉDIOS

(total de cada dimensão a dividir pelo número de itens respondidos nessa dimensão)

↓	↓	↓	↓	↓	↓
(W)	(P)	(F)	(R)	Todos os itens	Todos menos R