

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
MÉDICAS: PSIQUIATRIA

ASSOCIAÇÃO ENTRE A RECORDAÇÃO DOS CUIDADOS
PARENTAIS E QUALIDADE DE VIDA NA IDADE ADULTA

Jacques José Zimmermann

Porto Alegre, 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA

ASSOCIAÇÃO ENTRE A RECORDAÇÃO DOS CUIDADOS
PARENTAIS E QUALIDADE DE VIDA NA IDADE ADULTA

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Ciências Médicas:
Psiquiatria como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

Jacques José Zimmermann
Aluno

Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Orientador

Prof. Dr. Martin Raimund Eisemann
Co-orientador

Porto Alegre, dezembro de 2005

Catálogo-na-Publicação

Z73 Zimmermann, Jacques José
Associação entre a recordação dos cuidados
parentais e qualidade de vida na idade adulta / Jacques
José Zimmermann. - 2005.
84 f.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências
Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck,
co-orientador: Prof. Dr. Martin Raimund Eisemann.

1. Qualidade de vida 2. Relações pais-filho : Cuidados 3.
I. Fleck, Marcelo Pio de Almeida II. Eisemann, Martin
Raimund III. Título

NLM WA30

(Bibliotecária responsável: Elise Maria Di Domenico Coser - CRB-10/1577)

Índice

Agradecimentos	05
Resumo	
• Português	06
• Inglês	07
Revisão da Literatura	
• Estilo de cuidados parentais	08
• Psicologia Positiva	18
• Qualidade de Vida	21
Justificativa do Estudo	24
Hipóteses	24
Objetivos	25
Delineamento	26
Aspectos Éticos	26
Artigo Científico	
• Português	28
• Inglês	52
Comentário final	74
Referências Bibliográficas	75
Anexos	
• Termo de consentimento	78
• Dados demográficos	79
• Critério de Classificação Econômica do Brasil	79
• s-EMBU	80
• Inventário de Estratégias de Coping	82
• Escala de Reajustamento Social	85
• Inventário de Depressão de Beck	86

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, especialmente pelo exemplo de uma vida dedicada ao ensino.

À minha esposa Anna Joaquina, companheira desta primeira caminhada.

Ao Prof. Marcelo Pio de Almeida Fleck, pela confiança depositada em mim e, acima de tudo, pelo exemplo de abnegação e ausência de fadiga.

Agradeço também

Ao meu co-orientador Martin Eisemann pelo seu apoio e entusiasmo.

A Andréa Pinheiro pelo estímulo incessante; pela ajuda em momentos críticos; e, sobretudo, pela nossa amizade de décadas.

A todos os colegas do grupo de pesquisa, especialmente aos amigos Eduardo Chachamovich e Marcelo Berlim.

Aos professores Susan Folkman, Guus Van Heck, José Roberto Goldim e Ricardo Gorayeb pela disponibilidade e pelas valiosas sugestões ao projeto.

À Vânia Hirakata, Sídia Maria Calegari Jacques e Daniela Benzano pela assistência em bioestatística e pelos conhecimentos que me transmitiram.

Ao professor Ronaldo Bordin e seus colegas do Departamento de Medicina Social da UFRGS, Dvora Joveleviths, Mauro Luiz Pozatti, Maria da Glória de Leon Nunes e Jussara Carnevale, sem a colaboração dos quais não teria sido possível a coleta de dados. À Clarissa Trentini por ter permitido a experiência-piloto de coleta. À Paula Antunes pela ajuda no trabalho de campo.

Resumo

Introdução: A ausência de cuidados parentais satisfatórios tem sido associada a psicopatologia na vida adulta. Existem poucos estudos que associam cuidados parentais com desfechos positivos em saúde. A hipótese do presente estudo é a de que cuidados parentais favoráveis podem estar associados a uma melhor qualidade de vida na idade adulta.

Método: Foram avaliados 303 alunos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, através de instrumentos de qualidade de vida (WHOQOL-bref), cuidados parentais (s-EMBU), mecanismos de enfrentamento frente a situações estressantes (Inventário de Estratégias de Coping), eventos de vida (Escala de Avaliação de Reajustamento Social) e sintomas de depressão (Inventário de Beck para depressão). Os dados obtidos foram analisados através de uma regressão linear múltipla hierárquica utilizando o pacote de *software* SPSS 12.

Resultados: Verificou-se que eventos precoces como o estilo de cuidados parentais recordados pelos sujeitos podem influenciar a qualidade de vida adulta; a qualidade de vida é influenciada por variáveis compreendidas num extenso período cronológico, desde variáveis mais distais, como sexo e classe social, até variáveis mais proximais, como a medida de depressão na última semana. O calor emocional materno mostrou-se altamente correlacionado à qualidade de vida global, no domínio psicológico e no de relações sociais dos estudantes que participaram da pesquisa. Mesmo se tratando de população não clínica, a medida de sintomas de depressão foi a variável preditora que mais influenciou na qualidade de vida. As estratégias de enfrentamento utilizadas frente a situações reais de estresse não se mostraram mediadoras do desfecho.

Conclusão: Este estudo, portanto, substancia a noção empírica de que cuidados parentais favoráveis podem estar associados a uma melhor qualidade de vida na idade adulta. Os resultados apontam para uma validade discriminante satisfatória do WHOQOL-BREF em população não clínica.

Abstract

Introduction: Inadequate parental care has been associated with adult life psychopathology. Few studies have looked at the relationship of parental rearing behavior and positive health outcomes in the offspring. The hypothesis of the present study is that favorable parental rearing behavior might be associated with better quality of life in adulthood.

Method: quality of life (WHOQOL-BREF), parenting style (s-EMBU), coping strategies (Coping Strategies Inventory), life events (Social Readjustment Rating Scale) and symptoms of depression (Beck Depression Inventory) were assessed in 303 students of Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil. Data analysis was performed by means of hierarchic multiple linear regression with the SPSS 12 packet.

Results: A very remote variable such as early life childcare practices was able to influence adult quality of life; quality of life was also influenced by variables encountered along a large extent of time, from distal variables, such as sex and social class, to the proximal ones, such as depression rating in the prior week. Maternal emotional warmth was highly correlated to the global quality of life and with the psychological and social relationships domains of the students who participated of the study. Although this was a non-clinical population, depression symptoms' rating was the variable that predicted quality of life with the greatest influence. Coping strategies used in circumstances of actual stress were not mediators of the outcome.

Conclusion: This study thus supports the empirical notion that favorable parental care is associated with better quality of life in adulthood. The WHOQOL-BREF displayed satisfactory discriminant validity in this non-clinical population.

Revisão da Literatura

Introdução

Ser criado por pais biológicos ou substitutos representa uma experiência comum a todos os indivíduos. Conseqüentemente, o potencial impacto de tais experiências precoces na adaptação e na psicopatologia da vida adulta tem despertado grande interesse em psiquiatras e psicólogos.

“Os pais... muitas vezes ferem por serem implacáveis, sempre ameaçando, ralhando, brigando, chicoteando ou batendo; de tal forma, suas pobres crianças tornam-se tão desanimadas e acovardadas que, mais tarde, jamais terão qualquer coragem ou algum momento de compaixão nas suas vidas ou terão prazer em qualquer coisa... Outros, no extremo oposto, também causam tanto prejuízo: muita benevolência tem o mesmo efeito” (Burton, 1621).

O trecho citado, retirado da tese de Robert Burton *A Anatomia da Melancolia*, nos mostra como a questão da importância da infância para o bem estar da vida adulta já era examinada em tempo anterior, quatro séculos antes.

Estilo de cuidados parentais

Foi apenas no início do século vinte que a importância da infância para o bem estar da vida adulta passou a ser examinada de uma perspectiva científica. A importância do desenvolvimento infantil foi salientada pela teoria

psicanalítica, fundamentada em repetidas descrições de disfunção nos cuidados parentais relatados por pacientes adultos que procuravam atendimento. Freud sintetiza tal experiência no artigo *A história do movimento psicanalítico* (1914):

“Ao longo deste trabalho, descobrimos o processo mental, característico das neuroses. As associações do paciente retrocediam, a partir da cena que tentávamos elucidar, até as experiências mais antigas, e compeliavam a análise, que tencionava corrigir o presente, a ocupar-se do passado. Esta regressão nos foi conduzindo cada vez mais para trás; a princípio parecia nos levar regularmente até a puberdade; em seguida, fracassos e pontos que continuavam inexplicáveis levaram o trabalho analítico ainda mais para trás, até os anos da infância que até então permaneciam inacessíveis a qualquer espécie de exploração. Essa direção regressiva tornou-se uma característica importante da análise. Era como se a psicanálise não pudesse explicar nenhum aspecto do presente sem se referir a algo do passado.”

John Bowlby, ainda nos anos 30 do século passado, passou a postular a hipótese de que nenhuma variável teria efeitos mais vastos no desenvolvimento da personalidade do que as experiências infantis no núcleo familiar:

“O ponto fundamental de minha tese é de que existe uma forte relação causal entre as experiências de um indivíduo com seus pais e a sua posterior capacidade de fazer vínculos afetivos, e que certas variações comuns nesta capacidade, que se manifestam como problemas maritais, dificuldades com crianças, assim como em sintomas neuróticos e transtornos de

personalidade, podem ser atribuídas a matizes na forma como os pais desempenham seus papéis.”¹

Desde então, as recordações de adultos das suas infâncias vem exercendo significativa influência em teorias de personalidade e psicopatologia, partindo do princípio de que as experiências precoces representam o principal determinante tanto de características de personalidade desadaptadas quanto de suas manifestações psicopatológicas (EISEMANN, 1997).

O Estilo de Parentagem refere-se ao tipo de cuidado, físico e emocional, dispensado pelos pais ou cuidadores aos filhos. De uma maneira geral, os modelos teóricos compreendem duas dimensões, que podem ser resumidas como (1) *aceitação/calor versus rejeição* e (2) *autonomia psicológica versus controle/superproteção*. O primeiro fator é compreendido em termos de sentimentos negativos ou hostis dos pais dirigidos à criança, enquanto que o segundo é composto de atitudes destinadas a proteger a criança de possíveis danos. Na literatura, as avaliações retrospectivas de cuidados parentais tem sido predominantemente realizadas por meio de dois instrumentos extensamente utilizados, o *Parental Bonding Instrument* (PBI) (PARKER, TUPLING e BROWN, 1979) e o questionário *Egna Minnen Beträffande Uppfostran* (EMBU), que designa o acrônimo sueco para “memórias próprias referentes à criação” (PERRIS, JACOBSSON, LINDSTRÖM, VON KNORRING

¹ “The key point of my thesis is that there is a strong causal relationship between an individual’s experiences with his parents and his later capacity to make affectional bonds, and that certain common variations in that capacity, manifesting themselves in marital problems and trouble with children as well as in neurotic symptoms and personality disorders, can be attributed to certain common variations in the ways that parents perform their roles.”
Bowlby, 50th Maudsley Lecture, Royal College of Psychiatrists, 1977 (APUD *Birtchnell*, 1993).

e PERRIS, 1980). Durante o processo de validação de ambos os instrumentos, foram encontrados fatores semelhantes que poderiam até mesmo receber as mesmas denominações; além disso, é possível verificar que diferentes pesquisadores aplicando estes diferentes instrumentos em diferentes populações tem obtido resultados semelhantes (ROJO-MORENO L, LIVIANOS-ALDANA L, CERVERA-MARTINEZ G, DOMINGUEZ-CARABANTES JA, 1999). Foram realizadas até mesmo meta-análises utilizando os dois instrumentos, como se os fatores de ambos fossem intercambiáveis, o que não parece ser recomendável (LIVIANOS-ALDANA E ROJO-MORENO, 1999, 2003).

Livianos-Aldana e Rojo-Moreno (2003), além disso, procuraram avaliar a validade de constructo do PBI e do EMBU. Aplicaram ambos os questionários a 738 estudantes de medicina e odontologia, e submeteram os dois modelos ao método *structural equation modeling* com o software AMOS. Embora tenham encontrado pequenas diferenças entre os dois modelos examinados, o modelo de três fatores do EMBU mostrou-se mais ajustado aos dados, e portanto mais adequado do que o modelo de dois fatores do PBI.

A partir das pesquisas de Perris (1980) na Universidade de Umea, as 14 escalas originais passaram a ser submetidas a uma série de análises fatoriais. Verificou-se, em um grande número de estudos, três padrões parentais, que demonstraram capacidade de generalização transcultural e que propiciaram a elaboração de versões abreviadas do EMBU, da qual destacamos o s-EMBU pelo seu desenvolvimento simultâneo em diferentes centros, como parte de um

projeto de psicopatologia e cuidados parentais. (ARRINDELL et al., 1999). As três escalas resultantes deste processo foram:

Rejeição: criação caracterizada por castigos físicos, rejeição do sujeito como um indivíduo, hostilidade, depreciação, falta de consideração pelos pontos de vista e necessidades do sujeito e por punições.

Calor emocional: proporciona afeto e atenção carinhosa, ajuda o sujeito com atividades que são importantes para ele, proporciona estímulo intelectual, socorre lado a lado nos problemas, tem alta consideração pelos pontos de vista do sujeito, que se sente capaz de ter confiança nos pais e pode solicitar ajuda.

Superproteção: comportamento parental indicativo de proteção de experiências negativas em uma forma excessiva, alto grau de intrusão, expectativa de saber tudo sobre as atividades do sujeito, altos padrões de realizações particularmente em áreas como bons modos, escola e imposição de regulamentos estritos.

Desde o início do desenvolvimento dos dois instrumentos, causava inquietude a preocupação no sentido de que tais recordações pudessem ser tendenciosas. Cedo, Parker (1981) demonstrou que escores do PBI obtidos de observadores independentes tinham alta correlação com os escores de sujeitos de pesquisa; Gerlsma (1994), por sua vez, revelou que as memórias de experiências precoces se mantinham estáveis mesmo na presença de alterações significativas na ansiedade, depressão ou hostilidade. Mais

recentemente, Wilhelm, Niven, Parker, e Hadzi-Pavlovic (2005) relataram os resultados do acompanhamento de uma coorte por um período de 20 anos. Eram 170 estudantes recém graduados no ano de 1978, que concordaram em participar de um estudo longitudinal, tendo sido acompanhados em intervalos de 5 anos (1983, 1988, 1993 e 1998). Encontraram coeficientes de reteste satisfatórios nos escores do PBI dos sujeitos, comprovando a estabilidade a longo prazo do PBI. Os escores de cuidados parentais mostraram-se mais estáveis ao longo do tempo do que os de superproteção. Além disso, os achados sugerem que as recordações de cuidados parentais não sofreram influência considerável do sexo, história de depressão ou eventos de vida dos sujeitos; as recordações sequer se alteraram frente a flutuações no humor ou no nível de neuroticismo.

A disponibilidade destes dois instrumentos e as evidências de que as experiências de cuidados precoces influenciavam a vulnerabilidade das pessoas à subsequente psicopatologia deram origem a uma série de estudos em populações clínicas que procuravam relacionar doenças mentais a determinado padrão de cuidados parentais.

Pesquisas mais recentes passaram a considerar a qualidade dos cuidados parentais relatada pelos indivíduos como um fator etiológico significativo dentro de um modelo de vulnerabilidade psicopatológica (PERRIS, 1994). A relevância da parentagem como fator contribuinte para o desenvolvimento de outros transtornos mentais foi investigada em diversos estudos, como descreveremos a seguir.

Alguns padrões de cuidados parentais na infância, como o binômio superproteção/falta de calor afetivo, têm sido considerados importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças afetivas na vida adulta, uma vez que indivíduos com história de depressão descrevem seus pais como sendo menos afetuosos e mais superprotetores do que os controles (PARKER, 1983; PERRIS et al., 1994). Mackinnon, Henderson e Andrews, no entanto, em uma regressão logística de dados de uma amostra não clínica de voluntários, mostraram que mais do que superproteção, a falta de cuidado era o fator de risco primário para o desenvolvimento de depressão (1993).

Examinando esta mesma questão em dados coletados de duas populações de mulheres para uma série de estudos, Birtchnell (1993) verificou na amostra de mulheres jovens uma associação altamente significativa entre depressão e recordações de cuidados maternos insatisfatórios medidos pelo PBI, mas não entre depressão e recordações de cuidados paternos insatisfatórios. Inferiu que esta distinção apontava para uma direção de causalidade que iria de cuidados insatisfatórios para a depressão, uma vez que não haveria motivos para que mulheres deprimidas responsabilizassem suas mães – e não seus pais - pelas suas recordações de uma infância sombria. Birtchnell (1993) afirma que destes estudos emerge a idéia de que cuidados maternos insatisfatórios predispõe as mulheres à subsequente depressão.

Rojo-Moreno, Livianos-Aldana, Cervera-Martinez e Dominguez-Carabantes (1999) utilizando o EMBU em um estudo caso-controle

compararam 50 pacientes no primeiro episódio depressivo com 50 controles ajustados para idade, sexo e classe social. Verificaram que a deficiência no calor afetivo e um alto índice de rejeição constituem atitudes parentais significativamente mais freqüentes entre deprimidos do que entre os controles. Interpretam estes resultados como evidências claras de um importante papel desempenhado por circunstâncias remotas, como estilo de parentagem, para o risco de desenvolver um distúrbio psicopatológico na vida adulta.

Rapee (1997), em artigo de revisão, afirma que há surpreendente consistência na proposta de que rejeição e controle parental podem estar positivamente relacionados com ansiedade e depressão na vida adulta. Gerlsma, Emmelkamp e Arlindell (1990), em uma meta-análise concluíram que alguns tipos de fobia se relacionavam com um estilo de cuidados parentais de menos afeto e mais controle em comparação com controles saudáveis.

Turgeon L, O'Connor KP, Marchand A e Freeston MH (2002) examinaram uma amostra de 43 pacientes com transtorno obsessivo compulsivo, 38 pacientes com transtorno do pânico com agorafobia e 120 controles. Os sujeitos preencheram tanto o EMBU quanto o PBI. Não encontraram diferenças entre os dois grupos de pacientes, mas em relação ao grupo controle, os pacientes recordavam seus pais como mais protetores. Concluem que a percepção, por parte destes pacientes de pais superprotetores está ligada a transtornos de ansiedade, confirmando os achados de Gerlsma et al. (1990) em pacientes fóbicos. Ponderam a possibilidade de que estilos de

cuidados parentais como superproteção podem ser fator de risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade.

Skagerlind, Perris e Eisemann (1996) compararam 53 esquizofrênicos com controles saudáveis; verificaram que tais pacientes avaliavam ambos os pais com pontuação mais alta do que os controles no fator rejeição e avaliavam suas mães com menor pontuação no quesito calor emocional.

Emmelkamp e Heeres (1988) examinaram 43 pacientes adictos a múltiplas drogas e 111 controles; encontraram diferenças significativas entre os dois grupos em três escalas do EMBU: rejeição, falta de calor afetivo e superproteção. Neste grupo de pacientes os resultados de rejeição por parte dos pais foram mais importantes do que a falta de calor afetivo.

Ruchkin, Eisemann e Haglöff (1998), em pesquisa realizada na Rússia, examinaram 133 delinqüentes adolescentes do sexo masculino recolhidos a um centro de correção e 108 controles pareados de uma escola. Verificaram que os problemas comportamentais estiveram altamente correlacionados com rejeição e falta de calor emocional parentais, tanto nos delinqüentes como nos controles; tal associação indica que o estilo de cuidados parentais pode influenciar o desenvolvimento de problemas de conduta nestes adolescentes.

No estudo já citado, mas na população de mulheres mais velhas, Birtchnell (1993) procurou determinar efeitos a longo prazo na saúde mental de experiências precoces de perda e separação. De forma inesperada, nenhum

destes efeitos foram observados, mas ocorreu associação entre psicopatologia e recordações de cuidados maternos insatisfatórios independente da ocorrência ou não de perda ou separação. Da mesma forma que na amostra de mulheres jovens, nenhuma associação com recordações de cuidados paternos insatisfatórios foi observada.

Enns, Cox, e Clara (2002), visando a examinar se as experiências de cuidados maternos tinham associação mais forte com psicopatologia adulta do que as experiências ligadas aos cuidados paternos, investigaram a associação entre cuidados parentais relatados e psicopatologia adulta em população não clínica, uma amostra nacional representativa, no *The National Comorbidity Study*. A aplicação do instrumento PBI revelou que a falta de cuidado parental foi a variável mais associada com psicopatologia adulta e transtornos mentais. Além disso, a associação entre lembranças de cuidados maternos e psicopatologia foi, de uma maneira geral, mais forte do que a associação entre experiências de cuidados paternos e psicopatologia.

Carter, Joyce, Mulder, Luty e Sullivan (1999) examinaram 248 pacientes deprimidos ambulatoriais para investigar as associações entre recordações de cuidados parentais, avaliados com a aplicação do PBI, e transtornos de personalidade. Não encontraram associações significativas entre patologia de eixo I e nível de cuidado parental, exceto por abuso de substância; entretanto, verificaram que a redução no nível de cuidados parentais estava significativamente associada com um aumento concomitante na probabilidade de ter um transtorno de personalidade em geral. Os dados deste estudo

sugerem que cuidados parentais deficientes podem ter um maior impacto em transtornos de personalidade mais sujeitos à influência de fatores ambientais. Desta forma, ponderam que em vez de um efeito direto, cuidados parentais deficientes podem levar à depressão via desenvolvimento da personalidade.

A revisão da literatura sobre o tema sustenta que o estilo de parentagem relatado pelo indivíduo pode ser considerado um fator etiopatogênico importante, embora inespecífico, que exerce influência sobre a vulnerabilidade individual (PERRIS, 1994; REISS et al., 1995). Padrões de cuidados parentais podem contribuir para o desenvolvimento de patologias, mas são uma influência entre uma série de outras. Conjectura-se uma etiologia multifatorial para o desenvolvimento de psicopatologias, numa complexa interação entre características biológicas, temperamento do indivíduo, psicopatologia parental, comportamento parental, além de outros fatores difíceis de determinar. Por exemplo, pode-se imaginar que as características inatas da criança influenciam a forma com que os pais vão se relacionar com ela.

Psicologia Positiva

O movimento da Psicologia Positiva, sob a liderança de Martin Seligman, tem como questão central a idéia de que a ciência psicológica descuidou-se da importante tarefa de compreender fenômenos psicológicos como felicidade, otimismo, altruísmo, esperança, alegria, satisfação e outros

temas humanos. O movimento visava a romper com o viés de algumas tradições epistemológicas de atenção quase exclusiva à patologia, negligenciando o indivíduo satisfeito e as comunidades bem sucedidas, tão importantes para a pesquisa quanto depressão, ansiedade, angústia ou agressividade. Seligman ponderou que a psiquiatria e a psicologia investigaram e procuraram entender a forma como pessoas sobrevivem e resistem sob condições adversas, mas quase nada se sabia sobre como pessoas comuns se desenvolvem em condições mais benignas. Desde a segunda guerra mundial, a psicologia tornou-se, em grande parte, uma ciência ligada à cura. Convergiu para a reparação de danos, estando ligada a um modelo de funcionamento humano relacionado à doença. Ocorreu uma proliferação de pesquisas de distúrbios psicológicos e de efeitos negativos de estressores ambientais como divórcio dos pais, morte, abuso sexual e físico (SELIGMAN e CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Vaillant (2000) afirma que a psiquiatria e a psicologia estiveram apenas interessadas em entender de que forma mães frias e genes defeituosos produzem doenças, “transformando ouro em chumbo”. Considera que doença mental é um estado que pode ser definido de forma consistente, tendo limites relativamente claros. Em contraste, saúde mental até bem pouco tempo parecia estar mais ligada a julgamentos subjetivos do que à ciência propriamente dita. Os psiquiatras referiam-se à saúde mental continuamente, mas, até bem poucos anos, limitavam-se a estudar doença mental.

Outra consideração importante de Vaillant (2003) é a asserção de que saúde mental não é simplesmente o antônimo de doença mental. Toma como metáfora a questão dos médicos clínicos, que, assim que reconheceram que saúde era mais do que ausência de sintomas, passaram a estudar fisiologia humana em grandes altitudes, desenvolvendo medidas de saúde física positiva para atletas, pilotos e, posteriormente, astronautas. Admite que saúde mental acima da média é mais difícil de definir do que aptidão física, mas chama a atenção para o modelo dos testes de inteligência, que seriam um dos poucos exemplos de situação onde a psicologia procurou medir o positivo, e não somente o patológico. Desta forma, o antônimo de retardo mental não é um QI de 100, mas um acima de 130.

O foco exclusivo na patologia resultou em um modelo do ser humano desprovido de características positivas, justamente as que fazem a vida valer a pena. Criatividade, coragem, responsabilidade, perseverança, esperança, sabedoria, espiritualidade, capacidade de fazer planos, ou são ignorados ou entendidos como transformações de impulsos negativos, estes mais autênticos.

Em suma, psicologia positiva estuda os aspectos positivos da experiência humana. Uma ciência da experiência subjetiva positiva, de traços individuais positivos e de instituições positivas, empenha-se no sentido de melhorar a qualidade de vida e prevenir o surgimento de patologias. Neste sentido, é fundamental que os próprios indivíduos possam avaliar como são as suas vidas. O conceito de qualidade de vida mostra-se democrático, na medida

em que confere a cada indivíduo o direito de decidir se sua vida vale a pena (DIENER, 2000).

Qualidade de Vida

O desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins carrou uma progressiva desumanização das mesmas. Os médicos, especialmente oncologistas, passaram a se defrontar com dificuldades crescentes em escolhas terapêuticas, uma vez que o aumento na sobrevida dos pacientes era o principal desfecho avaliado nos ensaios clínicos. O conceito de qualidade de vida (QV) surge neste contexto para contrapor o modelo médico mecanicista de avaliação da erradicação de doença/sintoma, passando a levar em consideração o ponto de vista do paciente. Desta forma, a preocupação como o conceito de QV refere-se um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, diminuição de mortalidade ou aumento na sobrevida (FLECK, 1999).

Desde então, a avaliação da QV cresceu como disciplina formal, com uma estrutura teórica coesa, métodos consagrados e diversas aplicações. Nos últimos anos, a QV vem se tornando cada vez mais trivial como uma variável útil para determinar, a partir da perspectiva do paciente, o impacto não somente das doenças, mas também dos tratamentos médicos. Passou a ser considerada a terceira dimensão a ser avaliada em ensaios clínicos - além da

eficácia e da segurança. Em resumo, a avaliação da QV colocou o paciente no foco das investigações, dando valor aos seu pontos de vista (BERLIM, 2003).

Não há acordo comum no que diz respeito ao conceito de QV na literatura. Há diversos conceitos afins, como *qualidade de vida relacionada com a saúde* e *estado subjetivo de saúde*, centrados na avaliação subjetiva do paciente. Considera-se que o termo QV é mais amplo, incluindo uma variedade de potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo - mas não se limitando - a sua condição de saúde e as intervenções médicas (BULLINGER, 1993).

A QV é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores no qual ele vive e em sua relação com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994). Cabe ressaltar duas ênfases desta definição: na natureza subjetiva do constructo de QV da OMS e na necessidade de explorar todos os aspectos da vida considerados como tendo um impacto significativo na qualidade de vida. Vinte e quatro destes aspectos, denominados facetas, foram identificados no projeto WHOQOL e agrupadas em domínios mais amplos. Desta forma, as facetas são intensamente examinadas, determinando em que medida o sujeito está satisfeito com as mesmas ou se sente incomodado por problemas nestas áreas. QV é, portanto, uma experiência interna, influenciada pelo que está

ocorrendo “fora”, mas colorida por experiências anteriores do indivíduo, pelo seu estado mental, personalidade e expectativas (ORLEY, 1998).

A OMS, através de um estudo simultâneo em 14 países, desenvolveu um instrumento genérico para medir a qualidade de vida, o *World Health Organization Quality of Life assessment instrument* (WHOQOL-100). Trata-se de uma medida genérica de QV, multidimensional, composta de 100 itens organizados em 24 facetas, avaliadas a partir de quatro questões cada uma. A necessidade de uma versão breve deste instrumento, que exigisse menor tempo para o seu preenchimento - mas que tivesse características psicométricas satisfatórias - fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o *World Health Organization Quality of Life assessment instrument Bref* (WHOQOL-BREF), a partir do teste de campo de 20 centros. Este consta de apenas 26 questões, duas gerais de QV, e as restantes 24 representam cada uma das facetas que compõe o WHOQOL-100, de forma que cada faceta é avaliada por apenas uma questão; além de um índice de QV global, apresenta quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiental. As questões de ambos os instrumentos são respondidas em escala do tipo Lickert de 5 pontos. É importante destacar que são instrumentos genéricos, não tendo seu uso restrito a desfechos de saúde, podendo ser aplicados potencialmente em qualquer pessoa (FLECK, 1999, 2000).

Justificativa do Estudo

Como se pode observar na da revisão de literatura de cuidados parentais, são freqüentes as investigações sobre a correlação entre estilo de cuidados parentais e transtornos mentais. No entanto, na crescente literatura na linha da qualidade de vida, que engloba outros campos de pesquisa como felicidade, bem estar subjetivo, saúde mental e psicologia positiva, surpreende a ausência de estudos examinando a influência da criação na subsequente qualidade de vida dos indivíduos. Em uma revisão de bancos de dados, utilizando o Psyc INFO, Medline e LILACS, não foram encontrados dados da possível associação entre estilo de cuidados parentais e qualidade de vida.

Em contraste com os estudos predominantes na literatura, nos quais o estilo de cuidados parentais constitui o fator em estudo e os desfechos enfocados são considerados “negativos”, como doenças psiquiátricas e psicopatologia em geral, o presente estudo volta sua atenção para a qualidade de vida como variável de desfecho. Este estudo procura examinar os determinantes de qualidade de vida em população não clínica de adultos jovens.

Hipóteses

A hipótese examinada foi a de que cuidados parentais favoráveis poderiam estar associados a uma melhor qualidade de vida na idade adulta.

Desta forma, nossa hipótese era de que cuidados paternos e maternos recordados como *calor emocional* estivessem positivamente associados aos diferentes domínios da qualidade de vida e que cuidados paternos e maternos recordados tanto como *rejeição/punição* ou *controle/superproteção* estariam negativamente associados aos diferentes domínios da qualidade de vida.

Objetivos

Geral

O presente estudo busca estudar a associação entre medidas de qualidade de vida e estilo de cuidados parentais recordados e examinar outras variáveis associadas à qualidade de vida em adultos jovens saudáveis.

Específico

- 1) Avaliar a associação entre cuidados parentais recordados e os quatro domínios e o domínio global do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da saúde (WHOQOL-bref);
- 2) Avaliar a influência de variáveis mediadoras ou confundidoras como sexo, classe social, estilo de cuidados parentais recordados, mecanismos de enfrentamento utilizados em situação real de estresse, eventos de vida ocorridos no último ano e sintomas de depressão na última semana.

Delineamento

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, onde o desfecho é a qualidade de vida e o fator em estudo é o estilo de cuidados parentais. O cálculo do tamanho amostral, realizado através do coeficiente de correlação, indicou a necessidade de recrutar 259 sujeitos hígidos para avaliar a associação entre:

1. cuidados paternos e maternos recordados como *calor emocional* e qualidade de vida global e nos domínios saúde física, psicológico, relações sociais e ambiente;
2. cuidados paternos e maternos recordados como *rejeição/punição* e qualidade de vida global e nos domínios saúde física, psicológico, relações sociais e ambiente;
3. cuidados paternos e maternos recordados como *controle/superproteção* e qualidade de vida global e nos domínios saúde física, psicológico, relações sociais e ambiente;

Aspectos Éticos

O comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul aprovou o projeto em 11 de dezembro de 2003 (número 2003226), na reunião n. 24 ata n. 45 por estar adequado ética e metodologicamente de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Neste estudo foram aplicados questionários a indivíduos supostamente hígidos, não havendo sido realizada nenhuma intervenção. De toda a bateria de questionários, um único instrumento poderia detectar transtorno mental, o Inventário de Depressão de Beck, pela sua capacidade de medir a severidade de sintomas de depressão tanto em pesquisa quanto na prática clínica. Neste instrumento, escores de 0-9 indicam ausência de sintomas significativos, escores de 10-18 indicam sintomas de suaves a moderados, escores de 19-29 indicam sintomas de moderados a severos e escores de 30-63 indicam depressão severa. Os sujeitos que apresentaram escores de 19 ou mais elevados foram notificados individualmente através de contato telefônico, já que no momento em que assinavam o termo de consentimento informavam uma forma de serem contatados (ver em anexos).

Dos 297 respondentes, 19 tiveram escore no Inventário de Depressão de Beck de 19 ou mais pontos. Cinco sujeitos não foram encontrados. Os 12 restantes tiveram suas situações avaliadas individualmente, tendo sido encaminhados à avaliação psiquiátrica. Alguns já se encontravam em atendimento, outros tinham planos de saúde; os restantes foram encaminhados a ambulatórios para população de baixa renda ou rede pública.

ASSOCIAÇÃO ENTRE A RECORDAÇÃO DOS CUIDADOS PARENTAIS E QUALIDADE DE VIDA NA IDADE ADULTA

Jacques José Zimmermann, Martin Eisemann, Marcelo Pio de Almeida Fleck

Resumo

Para testar a hipótese de que cuidados parentais favoráveis podem estar associados a uma melhor qualidade de vida na idade adulta, foram entrevistados 303 alunos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados obtidos foram analisados através de uma regressão linear múltipla hierárquica utilizando o SPSS 12. Verificamos que uma variável precoce como a forma da criação no início da vida se mostrou associada a qualidade de vida adulta. O calor emocional materno foi o cuidado parental que se mostrou mais correlacionado à qualidade de vida dos estudantes que participaram da pesquisa. Os resultados apontam para uma validade discriminante satisfatória WHOQOL-BREF em população não clínica.

Unitermos: cuidados parentais; qualidade de vida; depressão; estratégias de enfrentamento; eventos vitais; população não clínica.

Introdução

A doença mental é um estado que pode ser definido de forma consistente, tendo limites relativamente claros; em contraste, saúde mental até bem pouco tempo parecia estar mais ligada a julgamentos subjetivos do que à ciência propriamente dita. Saúde mental não é simplesmente o antônimo de doença mental. Os psiquiatras referiam-se à saúde mental continuamente, mas, até bem poucos anos, limitavam-se a estudar doença mental; entretanto, verificamos o crescente interesse no estudo da saúde mental na literatura (VAILLANT, 2003). Uma das linhas de estudo que se encarregou deste tema foi a Psicologia Positiva, que avalia as experiências subjetivas positivas, os traços positivos individuais associados a uma melhor qualidade de vida e a prevenção de patologias em geral (SELIGMAN e CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Neste mesmo período, a avaliação da qualidade de vida cresceu como uma disciplina com uma estrutura teórica coesa, apresentando-se como uma importante característica de investigações clínicas, uma vez que leva em consideração uma apreciação de como os pacientes se sentem e quão satisfeitos estão com os tratamentos recebidos, além da avaliação tradicional de desfechos em saúde (BERLIM, 2003).

Esta valorização da subjetividade deu origem a criação de uma série de medidas de qualidade de vida, que procuram levar em consideração a perspectiva do paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu Qualidade de Vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores no qual ele vive e em sua relação com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A OMS, através de um estudo multicêntrico em quinze países, desenvolveu dois instrumentos genéricos para medir qualidade de vida, o WHOQOL-100 e o WHOQOL-BREF (WHOQOL GROUP, 1994; FLECK, 2000).

Existem poucos estudos que procuram determinar que variáveis, ao longo do ciclo vital, podem ser determinantes da qualidade de vida em população adulta não clínica. Conjeturamos que o estilo de parentagem poderia ser uma delas.

Ser criado por pais biológicos ou substitutos representa uma experiência universal. O impacto dos cuidados parentais no desenvolvimento da

personalidade e na psicopatologia da vida adulta dos indivíduos tem sido uma questão de pesquisa freqüente (RICHTER e EISEMANN, 1996).

Desde o início do século XX, a importância da infância no bem estar da vida adulta passou a ser examinada a partir de referenciais científicos. Com o advento da psicanálise, a prática clínica revelou freqüentes relatos de cuidados parentais inadequados na história pregressa de adultos que procuravam atendimento. Desde então, as recordações de adultos das suas infâncias vêm exercendo significativa influência em teorias de personalidade e psicopatologia, partindo do princípio de que as experiências precoces representam o principal determinante tanto de características de personalidade desadaptadas quanto de suas manifestações psicopatológicas (EISEMANN, 1997).

O Estilo de Parentagem refere-se ao tipo de cuidado, físico e emocional, dispensado pelos pais ou cuidadores aos filhos. De uma maneira geral, os modelos teóricos compreendem duas dimensões, que podem ser resumidas como *aceitação/calor versus rejeição* e *autonomia psicológica versus controle/superproteção*. O primeiro fator é compreendido em termos de sentimentos negativos ou hostis dos pais dirigidos à criança, enquanto que o segundo é composto de atitudes destinadas a proteger a criança de possíveis danos (ARRINDELL, 1999).

Pesquisas recentes passaram a considerar a qualidade dos cuidados parentais relatada pelos indivíduos como um fator etiológico significativo dentro de um modelo de vulnerabilidade psicopatológica (PERRIS, 1994). Alguns

padrões de cuidados parentais na infância, como o binômio superproteção/falta de calor afetivo, têm sido considerados importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças afetivas na vida adulta (MACKINNON, HENDERSON e ANDREWS, 1993; PARKER, 1983; PERRIS et al., 1994). A relevância da parentagem como um fator contribuinte para o desenvolvimento de outros transtornos mentais tem sido destacado, por exemplo, para ansiedade (GERLSMA, EMMELKAMP e ARLINDELL, 1990; RAPEE, 1997), esquizofrenia (KHALIL e STARK, 1992; SKAGERLIND, PERRIS e EISEMANN, 1996), alcoolismo e adição a drogas (EMMELKAMP e HEERES, 1988; VRASTI e EISEMANN, 1994) e delinqüência juvenil (RUCHKIN, EISEMANN e HAGLÖFF, 1998). Estes dados sugerem que o estilo de parentagem relatado pelo indivíduo pode ser considerado um fator etiopatogênico importante, embora inespecífico, que exerce influência sobre a vulnerabilidade individual (PERRIS, 1994; REISS et al., 1995; ENNS, 2002).

Grande parte dos resultados destas pesquisas são fundamentados em avaliações retrospectivas de cuidados parentais por meio de dois instrumentos extensamente utilizados. O primeiro deles, o *Parental Bonding Instrument* (PBI) (PARKER, 1979), compreende duas dimensões de cuidado e controle. O segundo instrumento, o questionário *Egna Minnen Beträffande Uppfostran* (EMBU), que designa o acrônimo sueco para “memórias próprias referentes à criação”, tem uma versão original de 81 itens, respondidos de forma separada para pai e para mãe, que estimam retrospectivamente o comportamento parental (PERRIS, JACOBSSON, LINDSTRÖM, VON KNORRING e PERRIS, 1980). A partir das pesquisas de Perris (1980), verificou-se a capacidade de

generalização transcultural para três padrões (rejeição, calor emocional e superproteção) que propiciaram a elaboração de versão abreviada do EMBU, o s-EMBU de 23 itens (ARRINDELL et al., 1999).

Como se pode observar na revisão de literatura de cuidados parentais acima descrita, ocorrem com freqüência na literatura investigações sobre a correlação entre Estilo de Parentagem e diferentes transtornos mentais. No entanto, pouco se sabe até o presente momento sobre estilo de parentagem e qualidade de vida. Em uma revisão de bancos de dados, usando o Psyc INFO, Medline e LILACS, não foram encontrados artigos investigando uma possível associação entre Estilo de Parentagem e Qualidade de Vida.

Da mesma forma, uma maneira de avaliar as possíveis repercussões do Estilo de Parentagem na vida adulta seria através das medida de Qualidade de Vida. A suposição que orientou esta investigação foi a de que cuidados parentais favoráveis estariam associados a uma melhor qualidade de vida na idade adulta. Conjectura-se, ainda, que a associação entre a Qualidade de Vida adulta e o Estilo de Parentagem pode ser intermediada por estratégias de enfrentamento.

Na medida em que cuidados parentais e qualidade de vida são variáveis distantes do ponto de vista temporal, é possível supor a existência de alguma variável mediadora. Conjeturamos que os cuidados parentais poderiam também exercer um efeito indireto na qualidade de vida adulta, mediados pelas estratégias de enfrentamento utilizadas pelo sujeito frente a situações

estressantes. Ou seja, através de um processo de funcionamento no qual a criação poderia determinar as estratégias de enfrentamento utilizadas, e estas, por sua vez, poderiam determinar a percepção da qualidade de vida. De acordo com Lazarus, estratégias de enfrentamento (*coping*) são os esforços cognitivos e comportamentais destinados a administrar demandas internas e externas (bem como os conflitos entre as mesmas), que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos do indivíduo (LAZARUS, 1991).

O presente estudo objetiva testar a hipótese de que cuidados parentais favoráveis podem estar associados a uma melhor qualidade de vida na idade adulta.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, onde o desfecho é a Qualidade de Vida e o fator em estudo é o Estilo de Parentagem.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado através do coeficiente de correlação, uma vez que as variáveis preditoras (tipo de cuidados parentais) e de desfecho (qualidade de vida) eram contínuas. A magnitude do efeito foi estimada como sendo o valor absoluto do menor coeficiente de correlação (r) que desejávamos detectar. Em um estudo prévio (ARRINDELL, 1999), verificou-se que 0,20 foi o menor valor de correlação (r) entre os itens do instrumento s-EMBU. Portanto, supondo-se um nível de significância de 0.05 e um poder do estudo de 0,90, calculou-se em 259 o número de indivíduos

necessários para se poder avaliar as diferentes correlações entre o s-EMBU e o WHOQOL-BREF.

Optou-se por uma amostra de conveniência não clinicamente referenciada, supostamente hígida; decidiu-se, então, convidar estudantes universitários a participarem do estudo. No intuito de minimizar vieses de seleção, como a presença predominante de alunos de determinado perfil, solicitou-se autorização para pesquisar os alunos matriculados nas disciplinas do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2004. Este departamento ministra disciplinas em diferentes cursos, o que nos permitiu pesquisar em alunos de dez turmas dos cursos de nutrição, enfermagem, engenharia, farmácia, educação física e medicina, além dos dados previamente obtidos em uma aplicação piloto no curso de odontologia. O único critério de exclusão, foi ser menor de 18 anos, pela impossibilidade de assinar o termo de consentimento sem autorização dos pais. Após concordância em participar da pesquisa e assinatura do consentimento, foram aplicados os seguintes instrumentos:

a) O fator em estudo, Estilo de Parentagem, foi avaliado pelo instrumento s-EMBU, que estima retrospectivamente o comportamento parental, definindo três padrões:

Rejeição: criação caracterizada por castigos físicos, rejeição do sujeito como um indivíduo, hostilidade, depreciação, falta de consideração pelos pontos de vista e necessidades do sujeito e por punições.

Calor emocional: proporciona afeto e atenção carinhosa, ajuda o sujeito com atividades que são importantes para ele, proporciona estímulo intelectual,

socorre lado a lado nos problemas, tem alta consideração pelos pontos de vista do sujeito, que se sente capaz de ter confiança nos pais e pode solicitar ajuda.

Superproteção: comportamento parental indicativo de proteção de experiências negativas em uma forma excessiva, alto grau de intrusão, expectativa de saber tudo sobre as atividades do sujeito, altos padrões de realizações particularmente em áreas como bons modos, escola e imposição de regulamentos estritos.

b) O desfecho, a Qualidade de Vida foi avaliada pelo WHOQOL-BREF, versão breve do instrumento WHOQOL-100, composto por 26 questões, que cobrem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente, além de um escore de qualidade de vida global. Foi validado para o português brasileiro (FLECK et al., 2000).

c) a variável intermediária estratégias de enfrentamento foi avaliada pelo Inventário de Estratégias de Enfrentamento (FOLKMAN E LAZARUS, 1985). Trata-se de um questionário com 66 itens que abrangem pensamentos e ações utilizados para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. Contém oito escalas de estratégias de enfrentamento, que são respondidas em uma escala tipo *likert*. Este instrumento é validado para o Português brasileiro (SAVÓIA, 1999). Para esta pesquisa optou-se por propor a situação da preparação para o exame vestibular como o evento estressante que foi comum a todos os indivíduos e avaliar suas estratégias de *enfrentamento* diante desta situação.

d) a variável intermediária sintomas de depressão foi avaliada pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI). O BDI é um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade de sintomas de depressão, apresentando-se útil na clínica e na pesquisa. O BDI é formado por 21 itens, em escala tipo *likert* de 3 pontos, e apresenta duas sub-escalas: a cognitiva-afetiva, composta pelos primeiros 13 itens do inventário e a somática, formada pelos demais itens. É respondido pelo próprio sujeito a partir da sua avaliação subjetiva de como se sentiu na última semana. Foi validado para o português brasileiro (CUNHA 2001).

e) a variável intermediária Life Events foi avaliada pela Escala de Avaliação de Reajustamento Social (HOLMES E RAHE, 1967). Esta escala baseia-se na proposição de que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste à sociedade depois de mudanças significativas em sua vida crie um desgaste que pode levar a doenças sérias. Trata-se de uma lista de acontecimentos considerados significativos, onde é solicitado que os indivíduos indiquem se experienciaram qualquer dos acontecimentos apontados no último ano. Tais acontecimentos recebem escores e quanto maior o escore, maior a possibilidade de dificuldades no reajustamento. Este instrumento encontra-se traduzido para o português brasileiro (SAVOIA, 1999).

f) A classe econômica foi aferida com base no Critério de Classificação Econômica do Brasil. Este instrumento enfatiza o poder de compra das famílias urbanas, categorizando a família em cinco distintas classes sociais:

Classe Social	Renda mensal (R\$)	Renda Anual (U\$)
A	4648	24570
B	1669	8822
C	927	4900
D	424	2241
E	207	1094

g) Variáveis sócio-demográficas, como sexo, idade, número de irmãos, ordem de nascimento, por quem o sujeito foi criado, se os pais estão vivos e se estão separados foram sistematicamente coletados.

Em relação a potenciais confundidores, sabe-se que fatores como nível sócio-econômico, escolaridade e depressão podem influenciar o desfecho Qualidade de Vida. O nível sócio-econômico e a depressão foram aferidos, conforme explicitado antes, por instrumentos próprios. A variável escolaridade foi controlada nos critérios de inclusão.

Método de Análise Estatística

Os dados obtidos foram analisados através de uma regressão linear múltipla hierárquica utilizando o software *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS 12, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). As variáveis dependentes foram os quatro domínios de qualidade de vida e o escore global do WHOQOL-BREF, de forma que foram feitas cinco regressões - físico, psicológico, relações sociais, ambiente e global. A entrada das variáveis independentes no modelo de regressão seguiu uma seqüência cronológica. Este encadeamento temporal fez com que os blocos de preditores se dispusessem em uma seqüência que

vai dos determinantes mais distais até os mais proximais. Os fatores distais tem a probabilidade de agir através de outros determinantes mais proximais interrelacionados, também chamados de variáveis intermediárias ou mecanismos. Desta forma, os blocos foram compostos por (1) variáveis sócio demográficas, (2) cuidados parentais, (3) estratégias de enfrentamento no período que antecedeu o exame vestibular, (4) eventos do último ano e (5) medida de depressão na última semana. As variáveis sócio demográficas foram mantidas em todos os modelos até o final; os demais os preditores eram descartados ou mantidos caso tivessem uma contribuição significativa no entendimento do modelo ($p < 0,05$). Depois de mantidos, não eram mais descartados mesmo que deixassem de ser significativos com o ingresso de preditores mais proximais.

Resultados

Dos 303 alunos convidados a participar da pesquisa, 297 aceitaram; das seis perdas, três alegaram estar sem tempo para preencher todos os instrumentos, uma vez que saíam antes de terminar o período de aula, e outros três recusaram-se a participar da pesquisa sem qualquer justificativa. Dos 297 respondentes, 168 eram do sexo feminino (56,6%) e 129 do sexo masculino (43,4%). A média de idade foi de 22,6 anos (mediana de 22), com desvio padrão de 4 anos. Eram predominantemente solteiros (94,6%) e com ambos os pais vivos (94,6%). Haviam sido criados, na sua maioria (88,6%), pelo pai e pela mãe, sendo procedentes de proles reduzidas (84,6% tendo dois

irmãos ou menos). As famílias eram na média classe B, sendo que 91,2% dos indivíduos era de classe A ou B e apenas 8,8% de classe C ou D e nenhum de classe E.

Tabela 1. Variável dependente: domínio psicológico - WHOQOL BREF

	Coeficiente Padronizado (Beta)	t	Sig.
(Constante)		13,764	,000
Sexo	-,140	-3,080	,002
Classe Social	-,027	-,607	,544
Rejeição paterna	-,094	-1,922	,056
Calor emocional materno	,147	2,920	,004
Superproteção materna	-,012	-,273	,785
Confronto	-,019	-,389	,698
Afastamento	-,032	-,715	,475
Busca de suporte social	,084	1,660	,098
Fuga e esquiva	-,052	-1,033	,303
Reavaliação positiva	,100	1,889	,060
<u>Escala de reajustamento social</u>	-,057	-1,186	,237
<u>Inventário de Depressão de Beck</u>	-,497	-8,945	,000

Tabela 2. Variável dependente: domínio saúde física - WHOQOL BREF

	Coeficiente Padronizado (Beta)	t	Sig.
(Constante)		11,167	,000
Sexo	-,068	-1,291	,198
Classe Social	-,019	-,355	,723
Rejeição paterna	-,029	-,508	,612
Calor emocional materno	,011	,189	,850
Superproteção materna	-,061	-1,145	,253
Confronto	-,023	-,404	,686
Afastamento	-,067	-1,260	,209
Reavaliação positiva	,107	1,913	,057
Escala de reajustamento social	-,110	-1,944	,053
<u>Inventário de Depressão de Beck</u>	-,417	-6,570	,000

Tabela 3. Variável dependente: qualidade de vida global - WHOQOL BREF

	Coeficiente Padronizado (Beta)	t	Sig.
(Constante)		7,272	,000
Sexo	,008	,148	,882
Classe Social	,087	1,657	,099
Rejeição paterna	-,063	-1,120	,264
Calor emocional materno	,168	2,917	,004
Superproteção materna	-,047	-,886	,376
Confronto	-,041	-,724	,469
Busca de suporte social	,110	2,035	,043
Escala de reajustamento social	-,038	-,682	,496
Inventário de Depressão de Beck	-,367	-5,888	,000

Tabela 4. Variável dependente: domínio ambiental - WHOQOL BREF

	Coeficiente Padronizado (Beta)	t	Sig.
(Constante)		9,135	,000
Sexo	,005	,100	,920
Classe Social	,358	7,171	,000
Rejeição materna	-,169	-2,901	,004
Calor emocional materno	,057	,962	,337
Confronto	-,007	-,124	,902
Afastamento	-,068	-1,331	,184
Aceitação de responsabilidade	-,089	-1,433	,153
Fuga e esquiva	-,012	-,213	,831
Resolução de problemas	-,057	-1,019	,309
Reavaliação positiva	,064	1,031	,304
Escala de reajustamento social	-,086	-1,602	,110
Inventário de Depressão de Beck	-,268	-4,396	,000

Tabela 5. Variável dependente: domínio relações sociais - WHOQOL BREF

	Coeficiente Padronizado (Beta)	t	Sig.
(Constante)		5,543	,000
Sexo	,068	1,322	,187
Classe Social	,140	2,740	,007
Rejeição paterna	-,056	-1,040	,299
Calor emocional materno	,146	2,598	,010
Confronto	-,017	-,299	,765
Busca de suporte social	,064	1,145	,253
Fuga e esquiva	-,055	-,987	,324
Resolução de problemas	,143	2,662	,008
Inventário de Depressão de Beck	-,401	-6,917	,000

A classe social foi a variável que mais se relacionou com o domínio ambiental da qualidade de vida, relacionando-se também com o domínio relações sociais.

A variável sexo apresentou correlação com o domínio psicológico da qualidade de vida: ser do sexo feminino esteve associado a um menor escore no instrumento de qualidade de vida.

No que diz respeito a cuidados parentais, o calor emocional materno apresentou relação positiva com qualidade de vida global, no domínio psicológico e no de relações sociais. No domínio ambiental, da mesma forma, ocorreu correlação negativa entre rejeição materna e qualidade de vida. No domínio psicológico, a variável rejeição paterna apresentou correlação negativa com qualidade de vida.

O uso de algumas estratégias de enfrentamento no período preparatório para o exame vestibular apresentou correlação com QOL; o uso da estratégia reavaliação positiva apresentou correlação positiva com os domínios psicológico e saúde física. O uso da estratégia resolução de problemas apresentou correlação positiva com o domínio relações sociais e o uso de busca de suporte social com a qualidade de vida global.

Os eventos ocorridos no último ano apresentaram correlação com o domínio saúde física.

Houve importante correlação negativa entre sintomas depressivos e qualidade de vida, mesmo se tratando de uma população com média do escore do BDI de 7,1 pontos (mediana 6 pontos), sendo que escores até 9 pontos indicam ausência de sintomas significativos. É digno de nota que o escore do BDI é o que se apresenta mais relacionado com QOL em quatro das cinco regressões; apenas no domínio ambiental o escore do BDI não é o mais relacionado à QOL, mas aparece em segundo lugar.

LIMITAÇÕES

Tratando-se de um estudo transversal, temos a possibilidade de verificar a ocorrência de associações, mas teremos dificuldade de estabelecer relações causais, de forma que nossos achados apresentam estas limitações.

Além disso, pelo fato das respostas relativas ao Estilo de Parentagem serem baseadas em recordações retrospectivas há uma natural preocupação no sentido de tais recordações poderem ser tendenciosas. Um possível viés deste tipo de estudo seria a hipótese de que um sujeito com uma boa qualidade de vida no atual momento pudesse avaliar sua criação de forma benevolente, ou mesmo indulgente. No entanto, duas razões nos levam a questionar esta limitação. Em primeiro lugar, nossos dados mostram uma seletividade que está de acordo com nossas hipóteses: o calor emocional materno esteve associado à qualidade de vida global, e aos domínios psicológico e de relações sociais, não estando associado aos domínios saúde física e ambiental. Em segundo lugar, Parker demonstrou que escores do PBI obtidos de observadores independentes tinham alta correlação com os escores de sujeitos de pesquisa (1981); Gerlsma, por sua vez, revelou que as memórias de experiências precoces se mantinham estáveis mesmo na presença de alterações significativas na ansiedade, depressão ou hostilidade (1994). Além disso, em um estudo publicado recentemente, Wilhelm encontrou coeficientes de reteste satisfatórios nos escores do PBI de uma coorte acompanhada por um período de vinte anos, comprovando a estabilidade a longo prazo do PBI (2005).

Discussão

O calor emocional materno teve uma influência mais seletiva, mas de forma muito consistente. O escore do BDI influenciou todos os domínios de

QOL. O exame das estratégias de enfrentamento não se mostrou tão relacionado à QOL.

A correlação mais significativa que observamos foi entre qualidade de vida e sintomas depressivos, uma variável considerada confundidora. Após remover o efeito das outras variáveis, o escore do BDI foi o que mais se relacionou com QOL em quatro das cinco regressões. Cabe ressaltar que se trata de uma população não clínica, sem sintomas severos de depressão. Ainda assim, mesmo a presença de sintomas depressivos leves produziu importante impacto na qualidade de vida desta população.

Em termos da correlação mais significativa ligada ao fator em estudo, aparece o calor emocional materno. Este se apresenta altamente correlacionado à qualidade de vida dos estudantes que participaram da pesquisa.

Visando, além de outras coisas, a examinar se as experiências de cuidados maternos tinham associação mais forte com psicopatologia adulta do que as experiências ligadas aos cuidados paternos, o *The National Comorbidity Study*, investigou a associação entre cuidados parentais relatados e psicopatologia adulta em população não clínica, uma amostra nacional representativa. A aplicação do instrumento PBI revelou que a falta de cuidado parental foi a variável mais associada com psicopatologia adulta e transtornos mentais. Além disso, a associação entre lembranças de cuidados maternos e psicopatologia foi, de uma maneira geral, mais forte do que a associação entre

experiências de cuidados paternos e psicopatologia. Nossos dados vão ao encontro dos dados obtidos no *The National Comorbidity Study*, apesar das populações estudadas serem tão diferentes. O estudo norte americano é de base populacional e apresenta uma associação com psicopatologia. O presente estudo é uma amostra de estudantes universitários do sul do Brasil e associa cuidados paternos e uma variável positiva (qualidade de vida) associando indiretamente com saúde mental. Em relação à maior associação de recordações de cuidados maternos e psicopatologia em relação aos paternos, os autores ponderam que estas observações podem refletir o maior impacto do papel de mães que, no modelo de família tradicional, passam mais tempo com os filhos (ENNS, 2002).

Nos modelos animais, considera-se negligência pós natal a exposição a um ambiente precoce adverso, sendo que um dos aspectos mais salientes neste ambiente é a interação entre o cuidador e o recém nascido. Desde os estudos realizados no Wisconsin Primate Laboratory, nos anos 60 do século passado, sabe-se que distúrbios crônicos no *attachment* materno infantil alteram o desenvolvimento de primatas não humanos, abrindo o caminho para o desenvolvimento de danos psicopatológicos. Da mesma forma, cuidados parentais e cuidados eficientes podem reduzir o risco genético para psicopatologia nestes mesmos primatas. Evidências apontam para a tese de que o ambiente perinatal é um importante fator modulador do desenvolvimento neurobiológico (SANCHEZ, 2001). Nossos resultados salientam a hipótese de que o calor emocional materno pode, da mesma forma, ser um fator protetor do

desenvolvimento, trazendo como conseqüência uma melhor qualidade de vida na idade adulta.

As estratégias de enfrentamento usualmente associadas aos piores desfechos de saúde não estiveram associadas à qualidade de vida, sequer negativamente. De uma maneira geral, nossas regressões hierárquicas encontraram quatro estratégias de enfrentamento, ordinariamente associadas a desfechos favoráveis de saúde, positivamente associadas à qualidade de vida dos estudantes.

A associação entre reavaliação positiva, ou seja, entre esforços para dar um sentido positivo às experiências e de buscar de crescimento pessoal nas mesmas, e qualidade de vida nos domínios psicológico e saúde física, confirmam, até certo ponto, achados de literatura, que mostram que esta estratégia de enfrentamento está associada a melhora da saúde psicológica. A estratégia resolução de problemas está ligada a esforços para alterar uma determinada situação a partir da análise do problema. Apesar da literatura associar esta estratégia a melhoras na saúde física e psicológica, não ocorreu esta associação, mas sim correlação positiva com o domínio relações sociais, o que se apresenta como um dado novo. E, finalmente, o uso de busca de suporte social, onde o sujeito apresenta esforços de buscar apoio racional e emocional, apresentou correlação positiva com a qualidade de vida global. A literatura mostra que esta estratégia está associada a uma melhora na saúde física, e a melhora ou piora do bem estar psicológico (FOLKMAN & LAZARUS, 1985, 1988; PENLEY, 2002).

Os eventos ocorridos no último ano apresentaram correlação com o domínio saúde física corroborando as idéias de Thomas Holmes de que eventos de vida, como divórcio, morte do cônjuge ou perda de emprego, poderiam predispor as pessoas à doenças. Embora os métodos de pesquisa utilizados nos anos 50 pudessem ser hoje considerados rudimentares, pesquisas recentes, beneficiadas por avanços na imunologia e bioestatística, propõe que o estresse leve a diminuição da função imune e, desta forma, à doenças clínicas (LERNER, 1996).

Não existem estudos publicados na literatura que procurem relacionar cuidados parentais à qualidade de vida. Entretanto, em um estudo ainda não publicado de um dos autores, M.R.E., foram entrevistados 2948 sujeitos em uma amostra representativa da população da Alemanha, no intuito de avaliar o QRPRB, uma versão breve do EMBU. Os autores investigaram as relações entre cuidados parentais e satisfação com a vida. Verificaram que sujeitos que experienciaram cuidados parentais caracterizados como rejeição, punição, além de pais controladores e com falta de calor afetivo, relataram um nível mais baixo de satisfação com a vida do que sujeitos com uma história de criação mais favorável. Nossos resultados confirmam os do estudo alemão, no sentido de que sujeitos com uma criação mais favorável apresentam-se mais satisfeitos na vida adulta.

Conclusões

1. A forma da criação no início da vida, medida pelas recordações de cuidados parentais, esteve associada a qualidade de vida dos sujeitos de pesquisa. Este estudo, portanto, substancia a noção empírica de que cuidados parentais favoráveis podem estar associados a uma melhor qualidade de vida na idade adulta.

2. A qualidade de vida é influenciada por variáveis compreendidas num extenso período cronológico, desde variáveis mais distais, como sexo e classe social, até variáveis mais proximais, como a medida de depressão na última semana.

3. Mesmo se tratando de população não clínica, a medida de depressão foi a variável preditora que mais influenciou na qualidade de vida.

4. As estratégias de enfrentamento utilizadas em situação real de estresse não se mostraram mediadoras do desfecho.

5. Os resultados apontam para uma validade discriminante satisfatória WHOQOL-BREF em população não clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrindell, W. A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., Recinos, L. A., Gaszner, P., Peter, M., Battagliese, G., Kállai, J. & van der Ende, J. (1999). The development of a short form of the EMBU: its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences*, 27, 613-628.
- Association of Brazilian Market Institutes website URL: <http://www.anep.org.br>
- Berlim, M. and Fleck, M. (2003). "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr.* Oct;25(4):249-52.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual Versão em Português das Escalas BECK*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Eisemann, M (1997). Parental rearing and adult psychopathology. *Psiquiatria Clínica*, 18, (3), 169-174.
- Emmelkamp, P. M. G. and Heeres, H. (1988). Drug addiction and parental rearing style: A controlled study. *Int J Addict.*, 23, 207-216.
- Enns, M.W., Cox, B.J., Clara, I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med.* Aug; 32(6):997-1008.
- Fleck, M.P., Louzada, S., Xavier M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica.* Apr; 34(2):178-83.
- Folkman, S and Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *J. Person. Soc. Psychol.* 54: 466–475.
- Folkman, S. and Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 48, No. 1, 150-170.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. G., Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277.
- Gerslma, C., Kramer, J. J., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G. (1994). The influence of mood on memories of parental rearing practices. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 159-172.
- Holmes T.H. and Rahe R.H. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res.* 1967 Aug;11(2):213-8.
- Khalil, N. and Stark, F. M. (1992). Do perceived parental rearing patterns influence social behaviour dimensions and disease severity in schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 146-152.
- Lazarus, RS (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *Am Psychol.* Aug;46(8):819-34.
- Lerner, B. (1996). Can stress cause disease? Revisiting the tuberculosis research of Thomas Holmes, 1949-1961. *Ann Intern Med.* Apr 1;124(7):673-80.
- Mackinnon, A., Henderson, A. S., Andrews, G. (1993). Parental "affectionless control" as an antecedent to adult depression: a risk factor refined. *Psychological Medicine*, 23, 135-141.

- Parker, G. (1981). Parental reports of depressives. An investigation of several explanations. *J Affect Disord*, Jun; 3(2): 131-40
- Parker, G. (1983). Parental "affectionless control" as an antecedent to adult depression. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *J Behav Med*. Dec; 25(6): 551-603.
- Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parental rearing with manifest psychopathology: A theoretical framework. In C. Perris, C. W. A. Arrindell & M. Eisemann (eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 3-32). New York: Wiley.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., von Knorring, L. & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265-274.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
- Reiss, D., Hetherington, E. M., Plomin, R., Howe, G., Simmens, S. J., Henderson, S. H., O'Connor, T. J., Bussell, D. A., Anderson, E. R. & Law, T. (1995). Genetic questions in environmental studies. Differential parenting and psychopathology in adolescence. *Archive of General Psychiatry*, 52, 925-936.
- Richter, J; Eisemann, M. (1996) Relationships between perceived parental rearing and adult personality: an overview. *Psychologica*, 16, pp19-32.
- Ruchkin, V. V., Eisemann, M. & Hägglöf, B. (1998). Parental rearing and problem behaviours in male delinquent adolescents versus controls in northern Russia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 477-482.
- Sanchez M.M., Ladd C.O., Plotsky P.M. (2001). Early adverse experience as a developmental risk factor for later psychopathology: evidence from rodent and primate models. *Dev Psychopathol*. 13(3): 419-49.
- Savoia, M. (1999). Escalas de eventos vitais e estratégias de enfrentamento (coping). *Rev. Psiq. Clín.* 26 (2) Edição Especial: 57-67.
- Seligman, M.E.P. and Csikszentmihalyi, M, (2000). Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *Am Psychol*; 55: 5 –183.
- Skagerlind, L., Perris, C. & Eisemann, M. (1996). Perceived parental rearing behaviour in patients with a schizophrenic disorder and its relationship to aspects of the course of the illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 403-406.
- The Whoqol Group (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument. In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Vaillant GE (2003). Mental health; *Am J Psychiatry*. 2003 Aug;160(8):1373-84
- Vrsti, R. & Eisemann, M. (1994) Perceived parental rearing behaviour in alcoholics. In C. Perris, W. A. Arrindell & M. Eisemann (eds.), *Parenting and psychopathology*. (pp. 201-234). New York: Wiley.

- Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychol Med.* Mar; 35(3):387-93.

STUDY ON THE ASSOCIATION BETWEEN THE RECOLLECTION OF PARENTAL REARING AND QUALITY OF LIFE IN ADULTHOOD

Abstract

In order to test the hypothesis that favorable parental rearing might be associated to better quality of life in adulthood, 303 students of Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil, were investigated. The data obtained were analyzed by means of hierarchic multiple linear regression. It was shown that the remote variable of perceived child rearing practices could influence adult quality of life. Maternal emotional warmth was highly correlated to the quality of life of the students. The use of WHOQOL-BREF revealed satisfactory discriminant validity in a non-clinical population.

Keywords: parental rearing; quality of life; depression; coping; life events; non-clinical population.

Introduction

Mental illness can be consistently defined, with relatively sharp limits, in contrast to mental health, which until recently rather seemed to be based on subjective judgments than on scientific parameters. Mental health is not just the opposite of mental illness. Psychiatrists constantly refer to mental health, but until very recently, only studied mental illness. There has been a growing interest to study mental health (VAILLANT, 2003). Positive Psychology is one of the study lines developing this area, as it assesses positive subjective experiences associated to a better quality of life and as preventive of illnesses, in general (SELIGMAN and CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Simultaneously, the assessment of quality of life has become a subject in itself with its own theoretical structure, displaying its important features in clinical investigation by taking into account how patients feel and how satisfied

they are with their treatments. In addition it allows an evaluation of healthcare outcomes (BERLIM, 2003).

This appreciation of subjectivity gave rise to the creation of a series of tools for the measurement of quality of life from a patient perspective. The World Health Organization (WHO) has defined Quality of Life "...as the individual's perception of his/her position in life, in the context of the culture and the value system he/she lives and in relationship with his/her goals, expectations, standards and concerns". The WHO has developed, in a fifteen-country multi-center study, two generic instruments to measure quality of life: the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (WHOQOL GROUP, 1994; FLECK, 2000).

Only a few studies attempted to establish which variables during the life cycle may represent determinants of quality of life in non-clinical adult populations. Assumingly, parenting style might be one of them.

Being brought up by biological or surrogate parents represents a universal experience. Accordingly, the impact of parental care on the personality development and of adulthood psychopathology of individuals has been a frequent research question (RICHTER & EISEMANN, 1996).

From the early 20th century, the impact of childhood on adult well-being has been examined scientifically. With the development of psychoanalysis, clinical practice has revealed numerous reports of inadequate parental care in

the history of adults seeking treatment. Subsequently, recollections of adults` of childhood have been significantly influencing theories about personality and psychopathology, concluding that early experiences represent the major determinant both of maladapted personality traits and of its psychopathological manifestations (EISEMANN, 1997).

Parenting style refers to the kind of care, physical and emotional, dispensed by the parents or caretakers to their children. In general, the theoretical models comprise two aspects, which can be summarized as *acceptance/warmth versus rejection* and *psychological autonomy versus control/overprotection*. The first aspect is understood in terms of negative or hostile feelings of parents towards their children while the second o is comprising attitudes meant to protect the child from possible harm (ARRINDELL, 1999).

Recent investigations have considered the quality of parental care reported by individuals as a significant etiological factor within a model of psychopathological vulnerability (PERRIS, 1994). Some patterns of parental care during childhood, such as the dyad overprotection/lack of emotional warmth, have been regarded as important risk factors for the development of affective disorders in adulthood (MACKINNON, HENDERSON and ANDREWS, 1993; PARKER, 1983; PERRIS et al., 1994). The relevance of parenting as a contributing factor in the development of other mental disorders has been highlighted, e.g. anxiety (GERLSMA, EMMELKAMP and ARLINDELL, 1990; RAPEE, 1997), schizophrenia (KHALIL and STARK, 1992; SKAGERLIND,

PERRIS and EISEMANN, 1996), alcoholism and drug addiction (EMMELKAMP and HEERES, 1988; VRASTI and EISEMANN, 1994) and juvenile delinquency (RUCHKIN, EISEMANN and HAGLÖF, 1998). These data suggest that the parenting style reported by the subject is an important etiopathogenic factor, although non-specific, influencing individual vulnerability (PERRIS, 1994; REISS et al., 1995; ENNS, 2002).

Many results of these investigations were based on retrospective assessments of parental care by means of two widely used instruments. The first one, *Parental Bonding Instrument* (PBI) (PARKER, 1979), encompasses the aspects of care and control. The second instrument, the *Egna Minnen Beträffande Uppfostran* (EMBU), which designates the Swedish acronym for “my memories of upbringing”, has an original version of 81 items, to be answered separately for the father and for the mother (PERRIS, JACOBSSON, LINDSTRÖM, VON KNORRING and PERRIS, 1980). In the work of Perris (1980), the transcultural generalizability of three factors (rejection, emotional warmth and overprotection) was verified, which also were established in a shortened 23-item version (ARRINDELL et al., 1999).

In the literature on parental care reviewed above, there are several studies investigating the relationship between parenting style and different mental disorders. However, little is known yet, about the relation of parenting style to quality of life. A review of databases, i.e. PsycINFO, Medline and LILACS, no papers on parenting style and quality of life were found.

A way of assessing possible repercussions of parenting style onto adulthood could be through measuring quality of life. The present investigation was based on the hypothesis that favorable parental care was associated to better quality of life in adulthood. Conjectures are also made on the mediating effect of coping strategies on the association between adult quality of life and parenting style.

As parenting care and quality of life are temporally distinct variables, it can be assumed that some mediating variable exists. Furthermore, parental care could exert an indirect effect on the adult quality of life, mediated by the coping strategies utilized by the subject facing stressful situations. Assuming that upbringing determines coping strategies which in turn, impact onto quality of life. According to Lazarus, *coping* consists of cognitive and behavioral efforts to manage internal and external demands (as well as conflicts between them), that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person (LAZARUS, 1991).

The aim of the present study is to test the hypothesis that favorable parental care is associated to a better quality of life in adulthood.

Material and Methods

In this cross-sectional study quality of life is the outcome (dependent) and parenting style, the predictive variable.

Sample size was calculated by using the correlation coefficient, since the predictive variables (type of parental care) and those of outcome (quality of life) were continuous. The effect magnitude was estimated as the absolute value of the smallest correlation coefficient (r) we wished to detect. In a previous study (ARRINDELL, 1999), the smallest correlation coefficient (r) found was 0.20 among the s-EMBU instrument items. Therefore, assuming 0.05 significance level and 0.90 study power, the calculated number of subjects needed to assess the different correlations between the EMBU and WHOQOL-BREF variables was 259.

Since a non-medically-referred convenience sample, supposedly healthy, was preferred, university students were invited to participate in the study. In order to minimize selection biases, such as the predominance of a certain student profile, we asked permission to study those enrolled in courses of the Department of Social Medicine at Universidade Federal do Rio Grande do Sul in the first semester of 2004. The courses of this Department are taught in different Schools, allowing the inclusion of ten groups of students from the Schools of Nutrition, Nursing, Engineering, Pharmacy, Physical Education, Medicine, in addition to the data previously obtained in a pilot-study at the School of Dentistry. The only exclusion criterion was an age of below 18, since this necessitated a parental authorization for signing the informed consent forms. After agreeing to participate in the study and signing the consent forms, the following instruments were administered:

a) The factor under study, Parenting Style, was assessed by means of the s-EMBU instrument (PERRIS, JACOBSSON, LINDSTRÖM, VON KNORRING

and PERRIS, 1980), which retrospectively estimates parental behaviour in terms of three factors:

Rejection: upbringing characterized by punishment, rejection of the subject as an individual, hostility, depreciation, and lack of consideration for points of view and needs of the subject.

Emotional warmth: delivers affection and tender attention, helps the subject with activities important to him/her, provides intellectual stimulation, side by side help in troubles, has high consideration for the subject's points of view, who feels capable of trusting the parents and asking for help.

Overprotection: parental behavior indicative of excessive protection from negative experiences, high degree of intrusion, expectation of knowing everything about the subject's activities, high standards of accomplishments, especially concerning good manners and school and imposing strict regulations.

b) The outcome variable, Quality of Life was assessed by means of the WHOQOL-BREF, the short version of the WHOQOL-100 instrument, composed of 26 questions, covering four domains: physical, psychological, social relationships and environment, besides a global quality of life score. It had been validated for Brazilian Portuguese (FLECK et al., 2000).

c) The assumed mediating variable coping was assessed with the Coping Strategies Inventory (FOLKMAN & LAZARUS, 1985) comprising 66

items encompassing thoughts and actions utilized for dealing with internal or external demands of a specific stressful event. It contains eight scales of coping strategies, answered by a *Likert-type* scale. This instrument has been validated for Brazilian Portuguese (SAVÓIA, 1999). For this study, the situation chosen as the stressful event was that of preparing for the university entrance exams, common to all subjects, with the assessment of their coping strategies facing this situation.

d) The intermediating variable symptoms of depression were assessed with the Beck Depression Inventory (BDI). BDI is one of the mostly utilized instruments to measure the severity of symptoms of depression, both for clinical and research purposes. BDI comprises 21 items, to be answered according a three point *Likert-type* scale with two sub-scales: a cognitive-affective one, composed by the first 13 items of the inventory and a somatic one, made up by the remaining items. It is answered by the subject himself/herself based on his/her subjective assessment of how he/she felt in the previous week. It has been validated for Brazilian Portuguese (CUNHA 2001).

e) The intermediating variable Life Events was assessed with the Social Readjustment Rating Scale (HOLMES and RAHE, 1967) which is based on the premise that the energy one requires to readjust to society after significant changes in one's life can increase stress levels and make one susceptible to serious illnesses. It consists of a list of events considered significant. The subjects are asked to check whether they experienced any of the events listed in the previous year. Such events are rated and the higher the score, the

greater is the difficulty in readjusting. This instrument had been translated into Brazilian Portuguese (SAVOIA, 1999).

f) The socio-economical class was assessed according to the Brazilian Economical Classification Criterion (Critério de Classificação Econômica do Brasil). This instrument regards the buying power of urban families, categorizing them in five distinct social classes:

Social Class	Annual Income (U\$)
A	24570 to 41196
B	8822 to 14822
C	4900
D	2241
E	1094

g) Socio-demographic variables, such as sex, age, number of siblings, birth order, by whom the subject was brought up, whether the parents are living and whether they are separated, were systematically obtained.

Possible confounders, such as socio-economical level, schooling and depression were considered.

Statistical Analysis

The data obtained were analyzed by means of hierarchic multiple linear regression, using the *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS 12, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). The dependent variables were the four quality of life domains and the WHOQOL-BREF global score, thus yielding five regression

calculations - physical, psychological, social relationships, environment and global. The independent variables were entered chronologically into the regression equation. This temporal approach caused the predictor blocks to be arranged in sequence from the most distal determinants to the most proximal ones. The distal factors have the probability of acting through other more proximal interrelated determinants, also known as intermediate variables or mechanisms. Thus the blocks were composed by (1) socio-demographic variables, (2) parental rearing, (3) coping in the period preceding the university entrance exams, (4) events in the previous year and (5) depression in the previous week. The socio-demographic variables were maintained in every model at all times; the other predictors were discarded, or otherwise maintained in case they significantly contributed in the model ($p < 0.05$). Once included, they were kept, even if becoming non-significant after the addition of more proximal predictors.

Results

Of the 303 students invited to participate in the study, 297 agreed; of the six refusing, three allegedly had no time to fill all the instruments, as they were leaving the class period before it ended, and three other simply refused to be part of the study. Of the 297 respondents, 168 were females (56.6%) and 129, males (43.4%). Mean age was 22.6 years (median = 22; $sd=4$). They were mostly single (94.6%) and with both parents alive (94.6%). Most (88.6%) had been brought up by the father and by the mother, coming from small sibships (84.6% with two siblings or less). Mean family social class was B, with 91.2% of

the individual in classes A or B and only 8.8% in classes C or D and none in class E.

Table 1. Dependent Variable: Psychological health domain- WHOQOL BREF

	Standardized Coefficient Beta	t	Sig.
(Constant)		13.764	.000
Sex	-.140	-3.080	.002
Social class	-.027	-.607	.544
Father rejection	-.094	-1.922	.056
Mother emotional warmth	.147	2.920	.004
Mother overprotection	-.012	-.273	.785
Confrontative coping	-.019	-.389	.698
Distancing coping	-.032	-.715	.475
Seeking social support	.084	1.660	.098
Escape-avoidance	-.052	-1.033	.303
Positive reappraisal	.100	1.889	.060
Holmes & Rahe Scale	-.057	-1.186	.237
Beck Depression Inventory	-.497	-8.945	.000

Table 2. Dependent Variable: Physical health domain - WHOQOL BREF

	Standardized Coefficient Beta	t	Sig.
(Constant)		11.167	.000
Sex	-.068	-1.291	.198
Social class	-.019	-.355	.723
Father rejection	-.029	-.508	.612
Mother emotional warmth	.011	.189	.850
Mother overprotection	-.061	-1.145	.253
Confrontative coping	-.023	-.404	.686
distancing coping	-.067	-1.260	.209
Positive reappraisal	.107	1.913	.057
Holmes & Rahe Scale	-.110	-1.944	.053
Beck Depression Inventory	-.417	-6.570	.000

Table 3. Dependent Variable: Global Quality of Life - WHOQOL BREF

	Standardized Coefficient Beta	t	Sig.
(Constant)		7.272	.000
Sex	.008	.148	.882
Social class	.087	1.657	.099
Father rejection	-.063	-1.120	.264
Mother emotional warmth	.168	2.917	.004
Mother overprotection	-.047	-.886	.376
confrontative coping	-.041	-.724	.469
Seeking social support	.110	2.035	.043
Holmes & Rahe Scale	-.038	-.682	.496
Beck Depression Inventory	-.367	-5.888	.000

Table 4. Dependent Variable: Environment domain - WHOQOL BREF

	Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
(Constant)		9.135	.000
Sex	.005	.100	.920
Social class	.358	7.171	.000
Mother rejection	-.169	-2.901	.004
Mother emotional warmth	.057	.962	.337
confrontative coping	-.007	-.124	.902
distancing coping	-.068	-1.331	.184
Accepting responsibility	-.089	-1.433	.153
Escape-avoidance	-.012	-.213	.831
Planful problem-solving	-.057	-1.019	.309
Positive reappraisal	.064	1.031	.304
Holmes & Rahe Scale	-.086	-1.602	.110
Beck Depression Inventory	-.268	-4.396	.000

Table 5. Dependent Variable: Social relationships domain- WHOQOL BREF

	Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
(Constant)		5.543	.000
Sex	.068	1.322	.187
Social class	.140	2.740	.007
Father rejection	-.056	-1.040	.299
Mother emotional warmth	.146	2.598	.010
Confrontative coping	-.017	-.299	.765
Seeking social support	.064	1.145	.253
Escape-avoidance	-.055	-.987	.324
Planful problem-solving	.143	2.662	.008
Beck Depression Inventory	-.401	-6.917	.000

Social class was the variable most related to the domain “environment of quality of life” and also related to the domain “social relationships”.

Gender correlated with the psychological domain of quality of life: being female was associated with a lower score.

Regarding parental care, mother emotional warmth was positively correlated with global quality of life and with the psychological and social relationships domains. As concerns the environment domain, a negative correlation was observed between maternal rejection and quality of life. In the psychological domain, the variable paternal rejection yielded a negative correlation with quality of life.

The use of coping strategies in the period of preparing for the university entrance exams was correlated with QOL; a positive reappraisal strategy showed a positive correlation with the psychological and physical health

domains. The problem solving strategy revealed a positive correlation with the social relationships domain and “seeking social support” with global quality of life.

Events occurring in the previous year correlated with the physical health domain.

There was marked inverse relationship between depressive symptoms and quality of life, even though our sample had a mean BDI score of 7.1 (median=6), when scores up to 9 indicate the absence of significant symptoms. It is noteworthy that the BDI score appeared as the variable most related with QOL in four out of five regressions; only in the environment domain the BDI score was not the most related to QOL, but the second one.

Limitations

As a cross-sectional study, any causality of the found associations cannot be confirmed, which represents a limitation of our findings.

In addition, due to the fact that the answers regarding parenting style are based on retrospective recollections, there is a natural concern that those might be biased. A bias of this type of study might be that an individual with good quality of life at the present moment could have benevolently, or even indulgently, evaluated his/her upbringing. On the other hand, we question these limitations for two reasons. First, our data show a specific pattern in accordance

with our hypotheses: maternal emotional warmth was associated with global quality of life and the psychological and social relationships domains, but unrelated with the physical health and environment domains. Furthermore, Parker (1981) has demonstrated that the parenting scores obtained by independent observers were highly correlated with the scores of research subjects. In addition, Gerlsma (1994) has found that memories of early parenting experiences remained stable even in the presence of significant changes in anxiety, depression or hostility. Furthermore, in a recently published study, Wilhelm (2005) found satisfactory retest coefficients for PBI scores of a cohort followed during a twenty-year period, demonstrating the long-term stability of retrospective accounts of parenting.

Discussion

The Depression score (BDI) influenced all QOL domains. Maternal emotional warmth had a rather selective but consistent influence on quality of life. On the other hand, coping strategies were not strongly related to QOL.

The most significant correlation was observed between quality of life and depressive symptoms, considered as a confounding variable. After removing the effect of the other variables, the BDI score was most strongly related with QOL in four out of five regressions. Even though this was a non-clinical population, with no severe symptoms of depression, the presence of mild

depressive symptoms exerted a strong impact onto the quality of life of this population.

Maternal emotional warmth yielded the most significant correlations with the quality of life of the participating students.

With the aim, among others, of examining whether the experiences of maternal care had a stronger association with psychopathology in adulthood than the experiences connected to paternal care, *The National Comorbidity Study* investigated the associations of reported parental care and adult psychopathology in a non-clinical, representative general population sample. Applying the PBI instrument, it was demonstrated that the lack of parental care was the variable most associated with adult psychopathology. In addition, the association between memories of maternal care and psychopathology was, in general, stronger than the association between experiences of paternal care and psychopathology. Our data agree with those obtained in *The National Comorbidity Study*, despite the large differences between the populations studied. The North-American study was general population-based, demonstrating an association with psychopathology. The present study involves a sample of university students of Southern Brazil and associates parental care and a positive variable (quality of life), indirectly associated with mental health. Regarding the greater association between memories of maternal care, compared to paternal care, and psychopathology, the authors argue that these observations may be due to the greater impact of the role of mothers who, in the traditional family model, spend more time with their children (ENNS, 2002).

In animal models, the early exposure to an adverse environment is considered a post-natal neglect. One of the most important aspects in such environments is the interaction between the caretaker and the newborn. Since the 1960`s, after studies from the Wisconsin Primate Laboratory, it is known that chronic disorders in mother-child attachment change the development of non-human primates, easing the way for the development of psychopathology. Also, parental care and efficient care may reduce the genetic risk for psychopathology in the same primates. There is evidence showing that the perinatal environment represents an important modulating factor in the neurobiological development (SANCHEZ, 2001). Our results highlight the hypothesis stating that maternal emotional warmth may, likewise, be a protecting factor during development and consequently result in improved quality of life in adulthood.

The coping strategies usually concurring with the poorest health outcomes were not associated to quality of life. In general, our hierarchic regressions disclosed four coping strategies as positively associated to the students' quality of life, which normally are associated to favorable health outcomes.

The association between positive reappraisal, i.e., the effort to give positive meaning to experiences and to seek personal growth, and the psychological and physical health domains of quality of life, confirm, to a certain extent, data from the literature showing that this coping strategy is associated to improvement of psychological health. The problem-solving strategy is linked to

efforts to change a given situation after analyzing the problem. Although there are suggestions in the literature to associate this strategy to improvements in physical and psychological health, this association did not occur. However, the finding that this strategy has positive correlation with the social relationships domain is new. Finally, the seeking social support strategy, when the subject puts energy into searching rational and emotional support, showed positive correlation with global quality of life. It is shown in the literature that this strategy is associated to improvement in physical health and to improvement or worsening of psychological well-being (FOLKMAN & LAZARUS, 1988; PENLEY, 2002).

Events having occurred in the previous year were correlated with the physical health domain, corroborating the ideas of Thomas Holmes, that life events, such as divorce, death of spouse or loss of job might predispose people to illnesses. Although the research methods employed in the fifties may be considered as outdated by now, recent investigations based on advances in immunology and biostatistics suggest that stress causes a reduction in immune function and subsequently leads to medical illnesses (LERNER, 1996).

To our knowledge, there are no published studies attempting to relate parental care to quality of life. However, in a yet unpublished study by one of the authors, M.E., 2948 subjects in a representative sample of the population in Germany were interviewed with the aim of assessing the QRPRB, a short version of the EMBU. The authors have investigated the relationship between parental care and satisfaction with life. They observed that subjects who had

experienced parental care characterized as rejection, punishment as well as with controlling parents lacking affective warmth, reported a lower level of satisfaction with life than subjects with a more favorable history of upbringing. Our results agree with those of the German study, in that subjects with more favorable upbringing are more satisfied in adulthood.

Conclusions

1. The style of upbringing in early life was associated to quality of life. Thus, the present study substantiates the empirical notion stating that favorable parental care may be associated with better quality of life in adulthood.
2. Quality of life is influenced by variables covering a long time, from distant variables, such as gender and social class, to proximal ones, such as depression ratings from the prior week.
3. Even though this was a non-clinical population, depression was the predictive variable with the largest influence on quality of life.
4. The coping strategies used when preparing for the university entrance exams were no mediators of the outcome.
5. The WHOQOL-BREF proved satisfactory discriminant validity in a non-clinical population.

REFERENCES

- Arrindell, W. A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., Recinos, L. A., Gaszner, P., Peter, M., Battagliese, G., Kállai, J. & van der Ende, J. (1999). The development of a short form of the EMBU: its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences*, 27, 613-628.
- Association of Brazilian Market Institutes website URL: <http://www.anep.org.br>
- Berlim, M. and Fleck, M. (2003). "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr.* Oct;25(4):249-52.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual Versão em Português das Escalas BECK*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Eisemann, M (1997). Parental rearing and adult psychopathology. *Psiquiatria Clínica*, 18, (3), 169-174.
- Emmelkamp, P. M. G. and Heeres, H. (1988). Drug addiction and parental rearing style: A controlled study. *Int J Addict.*, 23, 207-216.
- Enns, M.W., Cox, B.J., Clara, I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med.* Aug; 32(6):997-1008.
- Fleck, M.P., Louzada, S., Xavier M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica.* Apr; 34(2):178-83.
- Folkman, S and Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *J. Person. Soc. Psychol.* 54: 466–475.
- Folkman, S. and Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 48, No. 1, 150-170.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. G., Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277.
- Gerslma, C., Kramer, J. J., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G. (1994). The influence of mood on memories of parental rearing practices. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 159-172.
- Holmes T.H. and Rahe R.H. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res.* 1967 Aug;11(2):213-8.
- Khalil, N. and Stark, F. M. (1992). Do perceived parental rearing patterns influence social behaviour dimensions and disease severity in schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 146-152.
- Lazarus, RS (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *Am Psychol.* Aug;46(8):819-34.
- Lerner, B. (1996). Can stress cause disease? Revisiting the tuberculosis research of Thomas Holmes, 1949-1961. *Ann Intern Med.* Apr 1;124(7):673-80.

- Mackinnon, A., Henderson, A. S., Andrews, G. (1993). Parental “affectionless control” as an antecedent to adult depression: a risk factor refined. *Psychological Medicine*, 23, 135-141.
- Parker, G. (1981). Parental reports of depressives. An investigation of several explanations. *J Affect Disord*, Jun; 3(2): 131-40
- Parker, G. (1983). Parental “affectionless control” as an antecedent to adult depression. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *J Behav Med*. Dec; 25(6): 551-603.
- Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parental rearing with manifest psychopathology: A theoretical framework. In C. Perris, C. W. A. Arrindell & M. Eisemann (eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 3-32). New York: Wiley.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., von Knorring, L. & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265-274.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
- Reiss, D., Hetherington, E. M., Plomin, R., Howe, G., Simmens, S. J., Henderson, S. H., O’Connor, T. J., Bussell, D. A., Anderson, E. R. & Law, T. (1995). Genetic questions in environmental studies. Differential parenting and psychopathology in adolescence. *Archive of General Psychiatry*, 52, 925-936.
- Richter, J; Eisemann, M. (1996) Relationships between perceived parental rearing and adult personality: an overview. *Psychologica*, 16, pp19-32.
- Ruchkin, V. V., Eisemann, M. & Hägglöf, B. (1998). Parental rearing and problem behaviours in male delinquent adolescents versus controls in northern Russia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 477-482.
- Sanchez M.M., Ladd C.O., Plotsky P.M. (2001). Early adverse experience as a developmental risk factor for later psychopathology: evidence from rodent and primate models. *Dev Psychopathol*. 13(3): 419-49.
- Savoia, M. (1999). Escalas de eventos vitais e estratégias de enfrentamento (coping). *Rev. Psiq. Clín.* 26 (2) Edição Especial: 57-67.
- Seligman, M.E.P. and Csikszentmihalyi, M, (2000). Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *Am Psychol*; 55: 5 –183.
- Skagerlind, L., Perris, C. & Eisemann, M. (1996). Perceived parental rearing behaviour in patients with a schizophrenic disorder and its relationship to aspects of the course of the illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 403-406.
- The WHOQOL Group (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument. In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Vaillant GE (2003). Mental health; *Am J Psychiatry*. 2003 Aug;160(8):1373-84.

- Vrasti, R. & Eisemann, M. (1994) Perceived parental rearing behaviour in alcoholics. In C. Perris, W. A. Arrindell & M. Eisemann (eds.), *Parenting and psychopathology*. (pp. 201-234). New York: Wiley.
- Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychol Med.* 35(3):387-93.

Comentário final

O artigo apresentado é o primeiro de três planejados para o aproveitamento do banco de dados gerado no trabalho de campo. Ele procura abarcar todas as informações do banco de dados através de uma metodologia estatística habitualmente utilizada no nosso meio: uma regressão linear múltipla hierárquica utilizando o software *Statistical Package of Social Sciences*. Foi submetido ao periódico *Personality and Individual Differences*.

O próximo passo será analisar os dados por intermédio de outra metodologia estatística pelo método *structural equation modeling* - este pouco conhecida no nosso meio. Esta metodologia permitirá testar estatisticamente o modelo hipotético em uma análise simultânea de todo o sistema de variáveis para determinar até que ponto o modelo proposto é consistente com os dados, havendo a possibilidade de modelar pictoricamente a hipótese. Já foi iniciado um exame dos dados em colaboração com o professor Cody Stonewall Hollist, da *University of Nebraska Lincoln*, e o plano é de escrever o segundo artigo e submetê-lo à publicação no primeiro semestre de 2006.

Por fim, será redigido um terceiro artigo para publicação em revista brasileira, disponibilizando a versão do s-EMBU para o português. Cabe lembrar que este instrumento é uma versão breve do EMBU, de 81 itens, que foi submetido a validação transcultural na Grécia, Guatemala, Hungria e Itália (ARRINDELL, 1999). Mesmo se tratando de itens retirados da versão completa do EMBU, que já estava traduzida para o português brasileiro desde o final da década de oitenta, trata-se da primeira aplicação do s-EMBU neste idioma.

Referências Bibliográficas

1. Arrindell W, Sanavio E, Aguilar G, Sica C, Hatzichristou C, Eisemann M, Recinos L, Gaszner P, Peter M, Battagliese G, Kállai J e van der Ende J. (1999). The development of a short form of the EMBU: its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences*, 27, 613-628.
2. Berlim, M e Fleck, M (2003). "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*. Oct;25(4):249-52.
3. Birtchnell J (1993). Does recollection of exposure to poor maternal care in childhood affect later ability to relate? *Br J Psychiatry*. Mar;162:335-44.
4. Bullinger M, Anderson R, Cella D e Aaronson N (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res*. Dec;2(6):451-9.
5. Burton, Robert; *Anatomia de la melancolia*. Extra Editorial, Espanha, 1997.
6. Carter J, Joyce P, Mulder R, Luty S e Sullivan P (1999). Early deficient parenting in depressed outpatients is associated with personality dysfunction and not with depression subtypes. *J Affect Disord*. Jul;54(1-2):29-37.
7. Diener E (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol*. Jan;55(1):34-43.
8. Eisemann, M (1997). Parental rearing and adult psychopathology. *Psiquiatria Clínica*, 18, (3), 169-174.
9. Enns M, Cox B, Clara I (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. Aug; 32(6):997-1008.
10. Fleck M, Leal O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V (1999). Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Rev. Bras. Psiquiatr*, Jan./Mar., vol.21, no.1, p.19-28.
11. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica*. Apr; 34(2):178-83.
12. Freud S. *A história do movimento psicanalítico* (1914). Pequena Coleção das Obras de Freud, Livro 6. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA, 1974.
13. Gerlsma C, Emmelkamp P, Arrindell W (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277.
14. Gerlsma C, Kramer J, Scholing A, Emmelkamp P (1994). The influence of mood on memories of parental rearing practices. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 159-172.

15. Livianos-Aldana L, Rojo-Moreno L (2003). Construct validity of retrospective perception of parental relating scales: EMBU and PBI. *Personality and Individual Differences*, 35, 1707-1718.
16. Mackinnon A, Henderson A, Andrews G (1993). Parental "affectionless control" as an antecedent to adult depression: a risk factor refined. *Psychological Medicine*, 23, 135-141.
17. Orley J, Saxena S, Herrman H (1998). Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL. *Br J Psychiatry*. Apr;172:291-3.
18. Parker, G. (1981). Parental reports of depressives. An investigation of several explanations. *J Affect Disord*, Jun; 3(2): 131-40
19. Parker, G. (1983). Parental "affectionless control" as an antecedent to adult depression. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
20. Parker G, Tupling H e Brown L (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
21. Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parental rearing with manifest psychopathology: A theoretical framework. In C. Perris, C. W. A. Arrindell e M. Eisemann (eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 3-32). New York: Wiley.
22. Perris C, Jacobsson L, Lindström H, von Knorring L e Perris H (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265-274.
23. Rapee, R (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
24. Reiss D, Hetherington E, Plomin R, Howe G, Simmens S, Henderson S, O'Connor T, Bussell D, Anderson E e Law T (1995). Genetic questions in environmental studies. Differential parenting and psychopathology in adolescence. *Archive of General Psychiatry*, 52, 925-936.
25. Rojo-Moreno L, Livianos-Aldana L, Cervera-Martinez G, Dominguez-Carabantes JA (1999). Rearing style and depressive disorder in adulthood: a controlled study in a Spanish clinical sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Oct;34(10):548-54.
26. Ruchkin V, Eisemann M e Häggglöf B (1998). Parental rearing and problem behaviours in male delinquent adolescents versus controls in northern Russia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 477-482.
27. Seligman, M e Csikszentmihalyi, M (2000). Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *Am Psychol*; 55: 5 –183.
28. Skagerlind L, Perris C e Eisemann M (1996). Perceived parental rearing behaviour in patients with a schizophrenic disorder and its relationship to aspects of the course of the illness. *Acta Psychiatr Scand*. May;93(5):403-6.
29. The Whoqol Group (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument. In: Orley J,

- Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag.
30. Turgeon L, O'Connor KP, Marchand A, Freeston MH (2002). Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand*. Apr;105(4):310-6.
 31. Vaillant GE (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *Am Psychol*; 55(1):89-98.
 32. Vaillant GE (2003). Mental health; *Am J Psychiatry*. 2003 Aug;160(8):1373-84
 33. Wilhelm K, Niven H, Parker G e Hadzi-Pavlovic D (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychol Med*. Mar; 35(3):387-93.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Você está sendo convidado a participar de um estudo chamado “ASSOCIAÇÃO ENTRE A RECORDAÇÃO DOS CUIDADOS PARENTAIS E QUALIDADE DE VIDA NA IDADE ADULTA”, desenvolvido no Pós-graduação em Medicina, Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenado pelo Dr. Marcelo Fleck. Por isso, lhe faremos algumas perguntas sobre lembranças da sua infância e da sua vida atual.

A sua participação é voluntária e você tem o direito de abandonar o estudo a qualquer momento. Salientamos que a sua participação neste projeto se encerra com o preenchimento destes questionários, o que deve levar aproximadamente meia hora.

As suas respostas serão estudadas junto com as de muitas outras pessoas, respeitando de modo absoluto o anonimato. Os dados serão analisados somente por esta equipe de pesquisa, podendo ser apresentados em ocasiões científicas.

De todas estas perguntas, há algumas que podem sugerir a presença de depressão. Se as suas respostas forem indicativas de depressão, você será notificado. Por isso, pediremos que você indique a forma de lhe contatar.

Havendo necessidade de outras informações, você pode entrar em contato com o Dr. Jacques Zimmermann através do telefone (51) 3342-2289.

Sujeito:
assinatura.....

Pesquisador:
assinatura:.....
Data:.....

Nome:

Sexo:

Telefone para contato:

Estado civil:

Idade:

Vivi com meus pais até a idade de:anos.

Meu pai ainda vive Morreu quando eu tinha.....anos.

Minha mãe ainda vive Morreu quando eu tinha.....anos.

Meus pais se separaram quando eu tinha.....anos.

Fui criado por.....desde que eu tinha.....anos.

Tenho.....irmãos.

Tenho.....irmãos mais velhos do que eu.

Abaixo estão perguntas sobre as condições de sua residência. Se você mora com seus pais preencha apenas o questionário referente a "Residência da família". Se durante a faculdade você passou a morar sozinho, por favor responda a ambos, marcando um X em cada linha:

RESIDÊNCIA DA FAMÍLIA

	Não tem	T E M 1	T E M 2	T E M 3	T E M 4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Videocassete					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

RESIDÊNCIA DO INDIVÍDUO

	Não tem	T E M 1	T E M 2	T E M 3	T E M 4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Videocassete					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

Marque com um X o grau de instrução do chefe de família:

Analfabeto / Primário incompleto	
Primário completo / Ginásial incompleto	
Ginásial completo / Colegial incompleto	
Colegial completo / Superior incompleto	
Superior completo	

Abaixo há 25 perguntas relacionadas à sua infância. Antes de responder este questionário leia cuidadosamente as seguintes instruções:

Ainda que seja difícil recordar com exatidão o modo como seus pais o tratavam quando você era criança, a verdade é que cada um de nós tem uma idéia, mais ou menos precisa, das normas básicas ou dos princípios nos quais se baseavam para educar-nos. Para responder este questionário, é muito importante que você tente recordar o que sentia a respeito das atitudes que seus pais tinham com você. Como verá, cada pergunta tem várias alternativas e você deverá escolher aquela que reflete melhor tanto o comportamento do seu pai, como o de sua mãe na sua educação, quando você era criança. Marque com um "X" a alternativa mais apropriada para o seu caso.

Tenha o cuidado de não deixar questões não respondidas. Sabemos que algumas perguntas são impossíveis de responder se você não tem irmãos ou se foi criado por apenas um dos pais. Neste caso, deixe estas questões em branco.

Para cada pergunta por favor marque um "X" na resposta apropriada para o comportamento do seu pai e de sua mãe em relação a você. Leia cuidadosamente até o fim cada pergunta e julgue qual das possíveis respostas se aplica a você. Responda separadamente para seu pai e sua mãe.

A seguir damos um exemplo do modo como você deve responder o questionário:

Exemplo:

Seus pais costumavam bater em você?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
Seus pais eram carinhosos com você?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4

1 Não, nunca.

2 Sim, às vezes.

3 Sim, freqüentemente.

4 Sim, sempre.

1. Seus pais ficavam aborrecidos com você e não lhe diziam os motivos?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
2. Seus pais o elogiavam?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
3. Você desejava que seus pais se preocupassem menos com as coisas que você estava fazendo?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
4. Seus pais lhe batiam mais do que você merecia?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
5. Quando você voltava para casa tinha que explicar a seus pais o que estivera fazendo?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
6. Você acha que seus pais tentavam tornar sua adolescência estimulante, interessante, instrutiva (por exemplo: dando-lhe bons livros para ler, incentivando-o a sair para passear, levando-o a clubes)?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
7. Seus pais o criticavam na frente dos outros, dizendo que você era preguiçoso e inútil?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
8. Seus pais lhe proibiam de fazer coisas que outras crianças faziam, por terem medo de que alguma coisa lhe acontecesse?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
9. Seus pais o pressionavam para que se tornasse o melhor?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4

10. Seus pais pareciam ficar tristes, ou de alguma maneira mostravam que você tinha se comportado mal, de forma que você se sentisse culpado?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
11. Você acha que seus pais tinham um medo exagerado de que algo lhe acontecesse?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
12. Se para você as coisas iam mal, você sentia que seus pais procuravam encorajá-lo e confortá-lo?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
13. Você era tratado como “ovelha negra” ou como “bode expiatório” da família?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
14. Seus pais demonstravam, com palavras e gestos, que gostavam de você?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
15. Você sentia que seus pais gostavam mais de seus irmãos do que de você?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
16. Seus pais o tratavam de um modo que o fazia sentir-se envergonhado?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
17. Você podia ir onde gostava, sem que seus pais ficassem muito preocupados?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
18. Você sentia que seus pais interferiam em tudo o que você fazia?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
19. Você sentia que havia calor e ternura entre você e seus pais?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
20. Seus pais costumavam colocar regras claras sobre o que você podia e o que não podia fazer e as seguiam rigorosamente?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
21. Seus pais o castigavam com severidade, mesmo por coisas sem importância?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
22. Seus pais costumavam decidir sobre como você deveria se vestir ou que aparência deveria ter?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
23. Você sentia que seus pais ficavam orgulhosos quando você obtinha êxito em alguma coisa pela qual havia se empenhado?	Pai	1	2	3	4
	Mãe	1	2	3	4
24. Você vai adotar os métodos de criar filhos de seus pais nos cuidados de seus próprios filhos?	Pai	Sim	Não		
	Mãe	Sim	Não		
25. Dê uma nota, de zero a 100, para os métodos de criar filhos de seus pais (100 é o melhor escore).	Pai				
	Mãe				

1 Não, nunca.
2 Sim, às vezes.
3 Sim, freqüentemente.
4 Sim, sempre.

Tradução para o português do EMBU (Perris, Jacobsson, Lindstrom, von Knorring & Perris, 1980) de Ricardo Gorayeb e Teresinha Arruda. Versão para o português do s-EMBU (W.A. Arrindell et al., 1999) adaptada por Fleck, Eisemann e Zimmermann.

Recentemente você passou pela experiência do Vestibular. O Vestibular é um período em que as pessoas são submetidas a uma situação de *stress*. Cada pessoa reage a esta situação de forma diferente. Uns sofrem mais, outros menos. Uns enfrentam a situação de um jeito, outros encaram de outra forma. Estamos interessados em saber como você enfrentou este período do vestibular.

Quão estressante foi para você ter passado pela situação do vestibular?	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
-------------------------------------------------------------------------	------	-------------	---------------	----------	--------------

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada o que você fez nesta situação do vestibular.

- 0 não usei essa estratégia
- 1 usei um pouco
- 2 usei bastante
- 3 usei em grande quantidade

1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar - o tempo é o melhor remédio	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação	0	1	2	3
9. Critiquei-me, repreendi-me.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a sentir bem	0	1	2	3

20. Inspirou-me a fazer algo criativo	0	1	2	3
21. Procurei a situação desagradável	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui	0	1	2	3
27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral	0	1	2	3
41. Não deixei me impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação	0	1	2	3
44. Minimizei a situação recusando-me a me preocupar seriamente com ela	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo	0	1	2	3

-
- 0 não usei essa estratégia
1 usei um pouco
2 usei bastante
3 usei em grande quantidade

46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa (s)	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	0	1	2	3
50. Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma	0	1	2	3
57. Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	0	1	2	3
60. Rezei	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo (a) que as coisas poderiam ter sido piores	0	1	2	3
66. Corri, ou fiz exercícios	0	1	2	3

Adaptado por Savoia *et al.* (1976) do original de Folkman & Lazarus (1985).

- 0 não usei essa estratégia
- 1 usei um pouco
- 2 usei bastante
- 3 usei em grande quantidade

Escala de reajustamento social

Assinale com um X na coluna da direita os eventos que ocorreram no último ano

1. Morte do cônjuge	
2. Divórcio	
3. Separação do casal	
4. Prisão	
5. Morte de alguém da família	
6. Acidentes ou doenças	
7. Casamento	
8. Perda do emprego	
9. Reconciliação com o cônjuge	
10. Aposentadoria	
11. Doença de alguém da família	
12. Gravidez	
13. Dificuldades sexuais	
14. Nascimento de criança na família	
15. Mudança no trabalho	
16. Mudança na sua condição financeira	
17. Morte de um amigo íntimo	
18. Mudança na linha de trabalho	
19. Mudança na freqüência de brigas com o cônjuge	
20. Compra de casa de valor alto	
21. Término de pagamento de empréstimo	
22. Mudança de responsabilidade no trabalho	
23. Saída de filho (a) de casa	
24. Dificuldade com a polícia	
25. Reconhecimento de feito profissional de realce	
26. Cônjuge começou ou parou de trabalhar	
27. Começo ou abandono dos estudos	
28. Acréscimo ou diminuição de pessoas morando na casa	
29. Mudança de hábitos pessoais	
30. Dificuldade com o chefe	
31. Mudança no horário de trabalho	
32. Mudança de residência	
33. Mudança de escola	
34. Mudança de atividades recreativas	
35. Mudanças de atividades religiosas	
36. Mudanças de atividades sociais	
37. Compra a crédito de valor médio	
38. Mudança nos hábitos de dormir	
39. Mudança na freqüência de reuniões familiares	
40. Mudança nos hábitos de alimentação	
41. Férias	
42. Natal	
43. Recebimento de multas ao cometer pequenas infrações	

Traduzido por Lipp (1984) do original de Holmes & Rahe (1967).