



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

**Relação entre Stresse, Recursos Psicossociais e
Sintomatologia Depressiva nas Mulheres Portuguesas:
Diferenças Etárias**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Carina Isabel Oliveira Amorim



FACULDADE DE FILOSOFIA
JUNHO 2015



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

Relação entre Stresse, Recursos Psicossociais e Sintomatologia Depressiva nas Mulheres Portuguesas: Diferenças Etárias

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Carina Isabel Oliveira Amorim

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
JUNHO 2015

Agradecimentos

Ao longo do desenvolvimento da dissertação de mestrado de psicologia clínica e da saúde foram várias as pessoas que me deram apoio, a diferentes níveis.

Agradeço à Dr.^a Eleonora Costa pelas orientações e conhecimentos que me foi transmitindo durante este processo, e a todos os professores que ao longo da licenciatura fomentaram e promoveram a minha motivação e interesse pelo conhecimento empírico.

Ao diretor executivo dos Aces Alto-Ave que permitiu que a recolha de dados fosse efetuada. Ao Dr. Vasco Moreira e à Dr.^a Maria José Dinis pela compreensão, simpatia e por serem facilitadores de todo o procedimento de recolha de dados nos centros de saúde do Aces Alto-Ave.

Aos meus pais pelo apoio incondicional que me deram, a todos os níveis, aos meus irmãos e amigos, pela motivação e força para continuar.

Um agradecimento especial para uma pessoa única, por ter acreditado sempre em mim, pelo seu carinho, compreensão e apoio mesmo nos momentos mais difíceis, permitindo que eu chegasse até aqui.

Dedico este trabalho á minha querida filha Maria Lua, que mesmo sem saber me deu força e motivação para continuar, quando todas a manhãs via o seu sorriso ao acordar, invadindo-me com a sua alegria contagiante.

Resumo

A população feminina apresenta índices elevados de sintomatologia depressiva. Esta elevação está relacionada com variáveis psicológicas e sociodemográficas.

O objetivo da investigação é estudar a relação entre a sintomatologia depressiva, stresse, suporte social e autoestima, bem como a relação entre estas variáveis psicossociais e as variáveis sociodemográficas nas mulheres portuguesa. Os instrumentos utilizados foram: o Questionário Socio-demográfico, a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), o Questionário de Conservação de Recursos (COR-E), a Escala de Suporte Social (SPS) e a Escala da Autoestima (SES), para avaliar 767 mulheres inscritas na consulta de planeamento familiar, com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos. Os resultados revelam que 30.8% das mulheres apresentam sintomatologia depressiva e 87.1% experienciam stresse. Mulheres mais velhas (40-64 anos) apresentam maior sintomatologia depressiva e menor suporte social. O stresse relaciona-se positivamente com a sintomatologia depressiva. Verificaram-se correlações negativas entre o suporte social, o stresse e a sintomatologia depressiva e entre autoestima, o stresse e a sintomatologia depressiva. Mulheres com maior escolaridade apresentam menor sintomatologia depressiva, maior stresse, suporte social e autoestima. O rendimento mais elevado está associado a maior stresse no tempo e no trabalho, maior suporte social e autoestima. Mulheres desempregadas demonstram maior stresse nas condições domésticas, maior sintomatologia depressiva e menor autoestima. Mulheres divorciadas apresentam maior stresse financeiro e sintomatologia depressiva e menor suporte social. E ainda, mulheres religiosas apresentam maior sintomatologia depressiva e menor suporte social. Concluiu-se que mulheres mais velhas apresentam maior risco de doença mental por apresentarem maior sintomatologia depressiva, menor suporte social e menor escolaridade. Saliencia-se a importância de implementar programas de intervenção ao nível da saúde mental que tenham como alvo mulheres nos cuidados de saúde primários e programas de intervenção em grupo ao nível da prevenção primária e secundária da sintomatologia depressiva e do stresse, e da promoção da autoestima e do suporte social.

Palavras-chave: stresse; sintomatologia depressiva; suporte social; autoestima; mulher, diferenças etárias

Abstract

The female population has high rates of depressive symptomatology. This increase is related to psychological and sociodemographic variables.

The aim of this study is verify the relationship between depressive symptomatology, stress, social support and self-esteem as well as the relationship between these psychosocial variables and sociodemographic variables in the Portuguese women. The instruments used were: Socio-demographic questionnaire, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Conservation of Resources-Evaluation (COR-E), Social Provisions Scale: Relationship Questionnaire (SPS) and Self-Esteem Scale (SES) to evaluate 767 women registered in the family planning consultation, aged between 18 and 64 years. The results reveal that 30.8% of women experience depressive symptoms and 87.1% experience stress. Older women (40-64 years) have higher depressive symptomatology and lower social support. Stress is associated positively with depressive symptomatology. There were negative correlations between social support, stress and depressive symptoms and between self-esteem, stress and depressive symptoms. Women with more education have lower depressive symptomatology, greater stress, social support and self-esteem. The higher income is associated with higher stress in time and work, greater social support and self-esteem. Unemployed women show higher stress on domestic conditions, higher depressive symptoms and lower self-esteem. Divorced women have higher financial stress and depressive symptomatology and lower social support. And yet, religious women have higher depressive symptomatology and lower social support. It was concluded that older women are at higher risk of mental illness because they have higher levels of depressive symptomatology, less social support and less education. It emphasizes the importance of implementing intervention programs to mental health level that target women in primary health care and intervention programs in group at the primary and secondary prevention of depression and stress, and promoting self-esteem and social support.

Keywords: stress; depressive symptoms; social support; self-esteem; woman; age differences

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
INTRODUÇÃO.....	7
I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	8
1. Stresse e Sintomatologia Depressiva nas Mulheres.....	8
1.1 Stresse.....	8
1.1.1 Teoria da Conservação de Recursos.....	9
1.2 Sintomatologia Depressiva.....	10
1.2.1. Epidemiologia.....	11
1.2.2. Fatores de risco e proteção na depressão.....	13
a) Idade.....	13
b) Nível socioeconómico.....	15
c) Nível de educação.....	16
d) Estatuto de emprego e Estado civil.....	17
e) Religião.....	18
1.2.3. Stresse e vulnerabilidade para a depressão.....	20
2. Moderadores da relação entre o stresse e a sintomatologia depressiva.....	21
2.1 Autoestima.....	21
2.1.1 Autoestima e depressão.....	21
2.1.2 Autoestima e stresse.....	22
2.1.3. Efeito moderador da autoestima na relação stresse-sintomatologia depressiva.....	23
2.2 Suporte social.....	23
2.2.1. Suporte social e depressão.....	24
2.2.2. Suporte social e stresse.....	25
2.2.3. Efeito moderador do suporte social na relação stress-sintomatologia depressiva.....	25
2.3 Autoestima e suporte social como moderadores da relação stresse-sintomatologia depressiva.....	26
II – METODOLOGIA.....	30
1. Objetivos.....	30
2. <i>Design</i> do estudo.....	30
3. Variáveis.....	30

4.	Hipóteses	31
5.	Análises Exploratórias.....	31
6.	Seleção e recolha da amostra	31
7.	Caracterização da Amostra.....	32
8.	Materiais/Instrumentos.....	39
a)	Questionário Sócio-Demográfico e clínico	39
b)	Questionário de Conservação de Recursos (COR-E).....	39
c)	Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) -	41
d)	Escala de Suporte Social (SPS).....	43
e)	Escala da autoestima - Self-Esteem Scale (SES)	44
9.	Análise dos dados.....	46
10.	Resultados	46
11.	Discussão dos resultados	63
12.	Limitações ao Estudo, Conclusão e Implicações Futuras	71
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
	ANEXOS.....	91

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caraterização sociodemográfica da amostra	34
Tabela 2 – Média e desvio padrão das variáveis psicossociais em estudo	36
Tabela 3 – Presença/Ausência de sintomatologia depressiva no total da amostra.....	37
Tabela 4 – Presença/Ausência de sintomatologia depressiva no total da amostra	38
Tabela 5 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Kruskal-Wallis</i>	47
Tabela 6 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Mann- Wihitney</i>	48
Tabela 7 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Mann- Wihitney</i>	49
Tabela 8 – Apresentação dos resultados do coeficiente de correlação de <i>Spearman's Rho</i> das variáveis em estudo.....	51
Tabela 9 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Mann- Wihitney</i>	53
Tabela 10 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Kruskal-Wallis</i>	54
Tabela 11 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Mann- Wihitney</i>	55
Tabela 12 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Mann- Wihitney</i>	56
Tabela 13 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Mann- Wihitney</i>	57
Tabela 14 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Kruskal-Wallis</i>	58
Tabela 15 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Mann- Wihitney</i>	59
Tabela 16 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Mann- Wihitney</i>	60
Tabela 17 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Kruskal-Wallis</i>	61
Tabela 18 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Mann- Wihitney</i>	62
Tabela 19 – Apresentação dos resultados relativos ao teste <i>Mann- Wihitney</i>	63

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Pedido de aprovação da investigação deferido pelo diretor executivo do Aces Alto-Ave

Anexo II – Consentimento informado

Anexo III – Tabelas com os resultados de consistência interna

Anexo IV – Tabelas com os resultados dos testes de normalidade

INTRODUÇÃO

A depressão situa-se no quarto lugar de todas as doenças a nível mundial (WHO, 2012). A sua prevalência é duas vezes maior nas mulheres comparativamente com os homens (Keller, Gangnon & Witt, 2013). Também em Portugal a população feminina é a mais afetada pela sintomatologia depressiva sendo a prevalência nas mulheres de 43.6% e nos homens de 15.9% (Mendes & Fagulha, 2012). Torna-se por este motivo importante o estudo desta variável na população feminina portuguesa, da região norte do país.

A autoestima e o suporte social são recursos psicossociais robustos (Ritter, Hobfoll, Lavin, Cameron & Hulsizer, 2000). Estes recursos psicossociais estão associados à sintomatologia depressiva e ao stresse e ainda, moderam a relação entre estas duas variáveis (Ritter et al., 2000; Warren, 1997). De igual modo, torna-se importante compreender a associação entre as variáveis psicossociais (stresse, sintomatologia depressiva, suporte social e autoestima) e as variáveis sociodemográficas.

O presente estudo tem como objetivo compreender a relação entre variáveis psicossociais: stresse, recursos psicossociais e sintomatologia depressiva, na população feminina portuguesa, bem como a associação destas com os diferentes grupos etários e outras variáveis sociodemográficas (nível de educação; rendimento anual; estatuto profissional atual; estado civil e religiosidade).

Numa primeira fase será realizada uma revisão da literatura, a segunda fase compreende a descrição empírica do estudo, na terceira fase será apresentada a discussão dos resultados empíricos, as conclusões, limitações do estudo e sugestões para novos estudos.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Stresse e Sintomatologia Depressiva nas Mulheres

1.1 Stresse

O stresse é um fenómeno adaptativo dos seres humanos e contribui, de certa forma, para a sua sobrevivência, para um adequado rendimento nas suas atividades e para um desempenho eficaz nas diversas áreas de vida. O *stresse* pode tornar-se nocivo quando em excesso e difícil de controlar (Serra, 2005).

Ao longo da história do estudo deste fenómeno, foram delineadas diferentes definições e formas de conceptualização do stresse, destacando-se três abordagens predominantes: perspectiva de resposta, perspectiva de estímulo e perspectiva de processo.

Na perspectiva do stresse enquanto resposta, há resposta geral do organismo perante qualquer estímulo, ou situação stressante, que ameace o seu equilíbrio interno. Esta resposta passa sempre por reações e ativações fisiológicas (e.g., alterações hormonais), (Szabo, Tache, & Somogyi, 2012). Selye encaixa-se nesta perspectiva quando em 1956, descreveu uma reação adaptativa única e geral do corpo quando submetido a agentes stressores, por ele denominada de Síndrome de Adaptação Geral (Selye, 1956, cit. in Szabo, Tache, & Somogyi, 2012).

O stresse enquanto estímulo é definido como um estímulo proveniente do meio e que causa no indivíduo uma reação. Os fatores stressantes são os acontecimentos importantes de vida (e.g., divórcio, morte do cônjuge, casamento) que requerem uma necessidade de adaptação do organismo na sequência de uma situação constrangedora, ameaçadora ou de alguma exigência que lhe é imposta. Esta adaptação será no sentido de restabelecer o equilíbrio dinâmico do organismo (Holmes & Rahe, 1967).

A perspectiva do stresse enquanto processo, também designada por interacionista, está dependente da análise dos padrões de resposta de stresse, que além de respostas fisiológicas, integra respostas cognitivas, emocionais e comportamentais. Tendo em conta estes padrões de resposta, consideram-se as características dos indivíduos e o significado que dão aos estímulos. Neste sentido, a definição de stresse torna-se relacional, i.e., interação entre aspetos do meio e do sujeito (Lazarus & Folkman, 1984).

O modelo transaccional de stresse de Lazarus e Folkman (1984) constitui uma das principais referências teóricas sobre o stresse e serve de base a modelos posteriores nos diferentes domínios da vida do sujeito. Neste modelo “o stresse psicológico consiste numa

relação particular entre o indivíduo e o ambiente, a qual é avaliada pelo indivíduo sendo considerada como algo que sobrecarrega ou excede os seus recursos, ameaçando o seu bem-estar” (Lazarus & Folkman, 1984, p.19).

A teoria supracitada refere que o stresse se deve à perda de recursos, em que os recursos são somente geradores de stresse. Mais recentemente, surge a Teoria da Conservação de Recursos de Hobfoll (1989) onde os recursos são considerados, além fatores que originam stresse, fatores que preservam e promovem a saúde e o bem-estar.

1.1.1 Teoria da Conservação de Recursos

A teoria da Conservação de Recursos (COR) foi desenvolvido por Steven E. Hobfoll (1989). Apresenta-se como uma alternativa às teorias do stresse baseadas na perspetiva cognitiva. É uma teoria integrativa, pois postula que o stresse ocorre através da combinação de processos internos e ambientais. Apresenta uma perspetiva mais social do stresse, já que integra o indivíduo num contexto grupal, dentro de um determinado contexto social e cultural (Hobfoll, 2001).

Um dos conceitos chave deste modelo é o de “recursos”, e preconiza que os sujeitos procuram obter, manter, desenvolver e proteger uma variedade de recursos valorizados pelo indivíduo quer a nível pessoal, social e cultural, como recursos materiais (por exemplo, transporte, casa) de condição (emprego, educação), características pessoais (auto estima, sentido de esperança e de controlo) e recursos de energia (tempo livre, dinheiro, crédito) (Hobfoll, 1989, 2001, 2002).

Esta abordagem refere que o stresse surge quando: 1) Existe uma ameaça de perda de recursos; 2) Os recursos se perdem realmente; 3) As pessoas investem recursos e não recebem os benefícios que esperavam receber com esse investimento. Para evitar o stresse, o indivíduo deverá ter um estilo de *coping* proactivo, no sentido de restabelecer os recursos perdidos ou substituí-los por um outro recurso de valor semelhante (Hobfoll, 2001).

Importa salientar alguns dos princípios fundamentais decorrentes desta teoria: a) princípio da primazia da perda de recursos: perante a mesma quantidade de perdas e ganhos, as perdas provocam um impacto significativamente superior ao nível de respostas fisiológicas, cognitivas, emocionais e sociais, habitualmente disfuncionais, e o efeito da obtenção de recursos parece assumir maior relevância quando em contexto de perda (Hobfoll, 2001); b) princípio do investimento de recursos: as pessoas que possuem mais e melhores recursos apresentam menor vulnerabilidade para a perda dos mesmos e maior competência para os

obter, ao contrário de indivíduos com menos recursos que apresentam maior propensão para a perda dos mesmos e menor competência para os obter (Hobfoll, 2001).

Os recursos são importantes porque têm um valor por si mesmos, mas também porque servem para gerar e obter outros recursos que o indivíduo valoriza. Assim, esta teoria assume que quando se perdem recursos há suscetibilidade para mais perdas (espirais de perdas), ficando os recursos debilitados para enfrentar exigências futuras, podendo aparecer consequências negativas. Todavia, este modelo também postula espirais de ganhos, i.e., as pessoas podem estar motivadas para investir em recursos e assim recuperarem recursos e/ou adquirirem novos recursos (Hobfoll, 2001).

Esta teoria tem sido investigada e testada em vários contextos e em vários estudos transversais e longitudinais. Zeidner, Ben-Zur e Reshef-Weil (2011), testaram a teoria COR em 39 adultos Irlandeses em condições de ameaça de perda, e verificaram que a ameaça resultou na perda significativa de recursos, em elevados níveis de ameaça de perda de recursos e em afetos negativos. Seiling (2008), realizou um estudo longitudinal com 23 mães, com baixo nível socioeconómico que vivem em meio rural, que experienciaram várias mudanças na sua vida (pessoais, familiares, trabalho e saúde) num curto espaço de tempo, e verificou que as perdas progressivas de recursos resultaram em stresse crónico.

Um princípio importante do modelo da conservação de recursos preconiza que a perda de recursos ou a perceção de perda de recursos tem maior impacto nas pessoas do que o ganho ou a perceção de ganho de recursos. Este princípio foi investigado e confirmado numa amostra de mulheres urbanas, onde a perda de recursos teve um impacto mais negativo do que o impacto positivo no ganho de recursos (Hobfoll, Johnson, Ennis & Jackson, 2003). Num estudo recente, Hobfoll, Vinocur, Pierce e Lewandowski-Romps (2012), verificaram que a perda de recursos mais do que o ganho de recursos, mediaram os efeitos do stresse na perturbação de stresse pós-traumático (PTSD) e na depressão.

Através destes estudos verifica-se a importância dos princípios preconizados pela teoria da conservação de recursos de Hobfoll.

1.2 Sintomatologia Depressiva

De acordo com o estudo original de Radloff (1977), as componentes da sintomatologia depressiva incluíam: o humor deprimido, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desesperança, lentificação psicomotora, perda de apetite e distúrbios de sono.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) da *American Psychiatric Association* de 2014 (APA, 2014) apresenta critérios bem definidos para as perturbações depressivas, tendo em conta sintomas psíquicos, fisiológicos e comportamentais. Assim as perturbações depressivas incluem a perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva *major* incluindo episódio depressivo *major*, perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substâncias ou medicamento, perturbação depressiva devido a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada. Ao contrário do que acontece no DSM-IV-TR o capítulo de perturbações depressivas foi separado do capítulo de perturbações bipolares e perturbações relacionadas (APA, 2014).

As características comuns a todas as perturbações depressivas são a presença de tristeza, vazio ou humor irritável acompanhada de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa o funcionamento cognitivo do indivíduo. Tais características devem perdurar por, pelo menos, duas semanas, acrescidos por sintomas adicionais como: alterações no sono, apetite e atividade psicomotora (lentificação ou agitação); fadiga; auto desvalorização, sentimentos de culpa; perda de energia; dificuldade de concentração; crises de choro; pensamentos recorrentes sobre morte e ideias suicidas, planos ou tentativas de suicídio. A depressão pode apresentar uma intensidade, leve, moderada ou grave. Ocorre muitas vezes episodicamente, mas pode ser recorrente ou crónica (APA, 2014).

1.2.1. Epidemiologia

A depressão é o problema de saúde mental mais comum no mundo ocidental (World Health Organization, 2012). Apresenta elevada prevalência em quase todas as sociedades. Atinge cerca de 350 milhões de pessoas e situa-se em quarto lugar entre todas as doenças, sendo que existe uma grande possibilidade até 2020 de passar para segundo lugar, superada apenas pelas doenças cardíacas isquémicas (World Health Organization, 2012). Na população em geral, a prevalência da perturbação depressiva é duas vezes maior nas mulheres comparativamente com os homens, (Keller, Gangnon & Witt, 2013; Kessler, 2003; Noble, 2005). Este rácio tem-se verificado em diferentes países e em diferentes grupos étnicos (Keller et al., 2013).

Nos Estados Unidos, mais de 13 milhões de adultos experienciam depressão anualmente. As mulheres adultas atingem maiores níveis de depressão do que os homens

(Manuel, Martinson, Bledsoe-Mansori & Bellamy, 2012). O mesmo se verifica na população adolescente e jovem adulta. Segundo Essau, Lewinsohn, Seeley e Sasagawa (2010) mulheres que apresentam sintomatologia depressiva no início na adolescência tem elevada probabilidade de incidência na idade adulta, maior número de episódios depressivos e de maior duração comparativamente com os homens.

No que diz respeito ao continente europeu, 20% da população apresenta perturbação mental, sendo que à depressão correspondem 15% (World Health Organization Europe, 2012). Em muitos estados membros da União Europeia, a depressão é o problema de saúde com maior prevalência. Segundo dados da Comissão Europeia (2008), a depressão grave atinge 17% das mulheres europeias adultas e 9% dos homens europeus adultos da Europa Ocidental e do Sul.

As comparações ao nível de diferenças de género entre países europeus em pessoas com depressão têm sido dificultadas pela ausência de dados comparáveis (Velde, Bracke, Levecque & Meuleman, 2010). Embora os estudos europeus sejam menos frequentes, existem alguns importantes.

Neste sentido, Velde e colaboradores (2010) realizaram um estudo em 25 países da Europa: Norte da Europa (Dinamarca, Estónia, Finlândia, Irlanda, Noruega, Suécia e Reino Unido), Europa Ocidental (Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda e Suíça), Europa do Sul (Chipre, Portugal, Eslovénia e Espanha) e Europa Oriental (Bulgária, Hungria, Polónia, a Federação da Rússia, Eslováquia, Letónia, Roménia e Ucrânia), com o objetivo de verificar a prevalência de sintomatologia depressiva entre os países e entre géneros. Verificaram que os países do leste europeu apresentam maiores índices de sintomatologia depressiva e os países do norte e ocidente europeu apresentam menores índices de sintomatologia depressiva (Velde et al., 2010). Resultados semelhantes foram observados por Kok, Avendano, Bago d’Uva e Mackenbach (2012), num estudo realizado em 10 países da Europa (Dinamarca, Alemanha, Bélgica França, Itália, Espanha, Grécia, Polónia, Holanda e República Checa).

Ao nível das diferenças de género, Velde e colaboradores (2010), verificaram maior prevalência de depressão nas mulheres em todos os países. As diferenças de género na depressão são menores na Irlanda, Eslováquia, Finlândia e alguns países Nórdicos, e maiores em alguns dos países do Leste e Sul Europa. A maior diferença entre o género verifica-se em Portugal, segundo os autores estes resultados devem-se ao grande número de mães com emprego a tempo inteiro remunerado, que vivem em famílias com duplo emprego remunerado, e exercem as tarefas de cuidar dos filhos o que provoca um aumento de stresse e

sintomatologia depressiva nas mulheres portuguesas.

Adicionalmente, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2013), a taxa de incidência anual de perturbação depressiva na população portuguesa, é de 7.9% (DGS, 2013). Mendes e Fagulha (2012) realizaram um estudo, a nível nacional, com o objetivo de descrever a prevalência de sintomatologia depressiva e verificaram que a sintomatologia depressiva alta, na população em geral foi de 32%, sendo a prevalência de sintomas depressivos nas mulheres de 43,6% e nos homens de 15,9%. Também se verifica que as mulheres portuguesas apresentam duas vezes maior probabilidade de ficarem deprimidas em comparação com os homens. O que corrobora os resultados de Velde e colaboradores (2010). Mendes (2013) verificou no seu estudo que 24.4% de mulheres portuguesas apresentavam sintomatologia depressiva, numa amostra de 360 mulheres com idades entre os 18 e os 65 anos.

Segundo Noble (2005), as mulheres são mais vulneráveis à depressão devido aos processos biológicos femininos, (vulnerabilidade genética; funções hormonais relacionadas com vários aspetos da função reprodutora). Os acontecimentos psicossociais são também considerados fatores de extrema importância para a maior vulnerabilidade das mulheres face à depressão (Kessler, 2003). Por este motivo serão referidos os fatores de risco e proteção para a depressão, nas mulheres.

1.2.2. Fatores de risco e proteção na depressão

Diversos estudos referem que alguns fatores sociodemográficos como a idade, nível socioeconómico, nível académico, estado civil, situação profissional, gravidez, origem étnica e religião constituem fatores de risco ou proteção no desenvolvimento da sintomatologia depressiva (Canady, Bullen, Holzman, Broman & Tian, 2008; Fortner, Pekow, Dole, Markenson & Chasan-Taber, 2011; Jokela & Keltikangas-Jarvinen, 2011; Lorant et al., 2007; Melchior, Chastang, Leclerc, Ribet & Rouillon, 2010; Mendes & Fagulha, 2012; Waerden, Hoefnagels, & Hosmen, 2011). Neste sentido discutir-se-á sobre alguns deles.

a) Idade

Quanto ao fator sociodemográfico idade, alguns autores consideram a possibilidade de que não é o grupo etário mas o estágio do ciclo reprodutor da mulher, que parece estar mais associado à prevalência da sintomatologia depressiva nas mulheres (Gonçalves, Fagulha & Ferreira, 2013; Mendes, 2013; Noble, 2005). Neste sentido a maior parte dos estudos sobre sintomatologia depressiva na mulher (jovem adulta e adulta) incidem no período de gravidez

ou no período pós-parto, e na associação destes estádios com fatores sociodemográficos (Canady et al., 2008; Hobfoll, Ritter, Lavin Hulsizer & Cameron, 1995; Molina & Keily, 2011; Villegas, McKay, Dennis, & Ross, 2011). Como por exemplo o estudo de Goyal, Gay e Lee (2010), onde verificam que mulheres desempregadas no período de gravidez e no período pós-parto, apresentam onze vezes maior probabilidade de obter níveis mais elevados de depressão, comparativamente com mulheres empregadas. Também Fortner e colaboradores (2011), e Goyal e colaboradores (2010), referem que mulheres grávidas e no período pós-parto com baixo nível académico apresentam maior sintomatologia depressiva. No entanto, outros autores como Kessler (2003) verificaram que experiências provocadas pelo meio também colocam as mulheres numa posição de vulnerabilidade face à depressão. Segundo Warren (1997), o desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos primeiros anos da vida adulta deve-se ao fato das mulheres estarem concentradas no desenvolvimento da carreira ou de relações com outros significativos.

No que concerne a mulheres de meia-idade, vários estudos epidemiológicos referem um aumento da prevalência de sintomatologia depressiva em mulheres desta faixa etária (Angst et al., 2002; Bebington et al., 2003; Gonçalves, Fagulha & Ferreira, 2005). As razões apresentadas pela literatura, para aumento da prevalência de sintomatologia depressiva em mulheres de meia-idade, prendem-se com fatores relacionadas com a fase da menopausa e não diretamente com a idade (Gonçalves et al., 2005). Recentemente, Mendes (2013) realizou um estudo com o objetivo de verificar as diferenças ao nível da sintomatologia depressiva nas mulheres de diferentes grupos etários, ao longo do ciclo de vida, e o impacto das variáveis sociodemográficas em 360 mulheres portuguesas, com idades entre os 18-65 anos, não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a prevalência da sintomatologia depressiva, mas verificou que mulheres na fase da menopausa apresentavam elevados níveis de sintomatologia depressiva.

No entanto, a convicção tradicional de que o período da menopausa corresponde a um aumento da sintomatologia depressiva, tem gerado resultados contraditórios, que podem ser causados pela diversidade de métodos utilizados (e.g. estudos epidemiológicos vs. estudos com amostras clínicas) (Gonçalves et al., 2005). Bosworth e colaboradores (2001) referem que a sintomatologia depressiva, na meia-idade, não se relaciona com a menopausa, mas sim com fatores sociodemográficos como nível de educação, emprego remunerado e rendimento, em que mulheres com um nível de educação mais elevado, rendimento adequado e emprego remunerado apresentavam menores níveis de sintomatologia depressiva.

Outros autores referem ainda, que a intensidade da sintomatologia depressiva na menopausa depende tanto do estado de menopausa como de variáveis sociodemográficas como: rendimento, nível de educação e estado civil (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Fagulha, Gonçalves & Ferreira, 2011; Gonçalves et al., 2005; Mendes, 2013). Para Gonçalves e colaboradores (2005), as alterações relacionais que ocorrem nas mulheres de meia-idade têm um impacto especial, dada a relevância do seu papel na família. Os filhos que crescem e se emancipam, a geração anterior que envelhece (os adultos que cuidaram necessitam agora ser cuidados), as relações conjugais que, por vezes, se desgastaram ou romperam, a menopausa que aponta o final da vida reprodutiva e assinala um marco de envelhecimento, provocam alterações nos esquemas relacionais anteriores e nos papéis sociais que exigem particulares adaptações e reformulações. A mulher é confrontada com estes problemas que podem afetar o seu equilíbrio psíquico, aumentando o risco de depressão.

b) Nível socioeconómico

O nível socioeconómico tem sido um fator sociodemográfico muito estudado em mulheres, sendo responsável pela diferença de prevalência de sintomatologia depressiva nas mulheres, nos diferentes países da Europa (Velde et al., 2010).

Vários estudos referem que mulheres de meia-idade, mulheres que vivem no meio rural, mulheres em situação de gravidez, no período pós-parto e na menopausa, mulheres dos diferentes grupos étnicos (brancas, africanas, hispânicas), e com baixo rendimento são mais vulneráveis à depressão (Gonçalves et al., 2013; Goyal et al., 2010; Hobfoll et al., 1995; Jokela & Keltikangas-Jarvinen, 2011; Lorant et al., 2007; Manuel et al., 2012; Melchior et al., 2010; Mendes e Fagulha, 2012; Molina & Kiely, 2011; Pradeep, Isaacs, Shanbag, Selvan & Srinivasan, 2014; Weber, Puskar & Ren, 2010; Waerden, et al., 2011). Mulheres com estatuto socioeconómico baixo experienciam maior adversidade tornando-se mais vulneráveis à depressão (Paykel, Bruga, & Fryers, 2005). Também Hobfoll e colaboradores (2003), verificaram que mulheres com perdas financeiras apresentam maiores níveis de raiva e humor deprimido.

Segundo Weber e colaboradores (2010) e Pradeep e colaboradores (2014), as mulheres que vivem no meio rural apresentam maior prevalência de depressão devido aos elevados níveis de pobreza. As condições económicas adversas nas famílias rurais levam a conflitos matrimoniais e parentais, ao humor depressivo e a um elevado risco de depressão e agressividade (Weber et al., 2010). Hirth e Berenson, (2012), no seu estudo com 2414

mulheres Americanas de baixo rendimento, verificaram que as mulheres brancas apresentam maior sintomatologia depressiva (29%) comparativamente com as mulheres hispânicas (23%) e africanas (22%). A prevalência de depressão em mulheres de baixo estatuto socioeconómico durante o período de gravidez aumenta cerca de 20%, devido à falta de suporte da família e amigos que poderiam facilitar o enfrentamento de situações de stresse (Goyal et al., 2010; Warren, 1997). O mesmo acontece no período pós-parto devido a menores recursos, como cuidados médicos, transporte e suporte do parceiro (Goyal et al., 2010). Também na população portuguesa mulheres de meia-idade com baixo rendimento apresentam maior vulnerabilidade à depressão (Fagulha & Gonçalves, 2012).

c) Nível de educação

No que diz respeito ao nível de educação, na sociedade portuguesa verificou-se uma evolução dramática a partir da segunda metade do século 20. Em 1940 o nível de educação na população portuguesa era muito baixo e muito diferente entre homens e mulheres: 60% das mulheres portuguesas e 43% dos homens não sabiam ler nem escrever. Em 1956 o nível de educação era até ao 4º ano. Na primeira metade do século 20 o nível de educação em Portugal comparava-se ao nível de educação dos outros países da Europa do norte e do ocidente, na primeira metade do século 19. Na segunda metade do século 20 houve uma grande evolução, nomeadamente após a revolução democrática de 1974, não só no aumento do nível de educação mas também na progressiva inserção das mulheres no ensino. Por volta de 1981 a percentagem de raparigas a frequentar o ensino secundário ultrapassa os rapazes (52.6% vs. 47.4%). Dez anos depois o mesmo ocorre a nível universitário (55.2% vs. 44.8%). Por este motivo as mulheres de meia-idade apresentam um nível de educação inferior às mulheres mais novas, (Fagulha & Gonçalves, 2012).

Diversos estudos referem uma correlação negativa entre nível de educação e a sintomatologia depressiva, sendo que baixos níveis de educação estão associados a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Goyal, et al., 2010; McKnight-Eily, et al., 2009). Também Kok e colaboradores (2012) referem que o nível académico é considerado um dos fatores sociodemográficos responsáveis pela diferença de prevalência de sintomatologia depressiva entre géneros, nos diferentes países da Europa. Fagulha, Gonçalves e Ferreira (2011) e Fagulha e Gonçalves (2012) verificaram que mulheres portuguesas com menor nível de educação (até ao 9º ano) apresentavam maior sintomatologia depressiva, pois mulheres com menor escolaridade apresentam um menor leque de oportunidades, especialmente ao

nível profissional.

d) Estatuto de emprego e Estado civil

Na relação entre sintomatologia depressiva e estatuto de emprego Dougé e colaboradores (2014) verificaram maior severidade na sintomatologia depressiva em mulheres desempregadas. Hobfoll e colaboradores (2003) referem que a perda de emprego leva à perda de recursos financeiros, que conseqüentemente aumenta o humor deprimido e raiva, diminuindo o suporte social. Também Mendes e Fagulha (2012) referem que sujeitos desempregados recentemente tinham três vezes maior probabilidade de ficarem deprimidos em comparação com indivíduos empregados.

A literatura tem demonstrado que o estado civil está associado à sintomatologia depressiva. Segundo Frech e Williams (2007) e Wang e colaboradores (2011), mulheres separadas ou divorciadas apresentam maiores níveis de depressão. Otaghsara e Hasankola (2014) verificaram que 70% das mulheres divorciadas apresentavam depressão grave. Mulheres grávidas solteiras, sem parceiro, apresentam também maior risco de depressão (Fortner et al., 2011; Goyal et al., 2010). A nível europeu, o estado civil é considerado um dos fatores sociodemográficos responsáveis pela diferença de prevalência de sintomatologia depressiva nas mulheres, entre os diferentes países (Velde et al., 2010).

No que concerne ao estado civil e estatuto de emprego torna-se relevante referir o conflito entre família e trabalho, que acontece essencialmente entre mulheres casadas ou em união de facto com emprego remunerado. Neste sentido, O'Brien, Pino, Yoo, Cinamon e Han (2014) referem que mulheres casadas em todo o mundo lidam com responsabilidades a nível do emprego e familiar. Esta combinação (emprego-família) pode trazer efeitos tanto negativos como positivos no bem-estar psicológico, resultantes de cada um dos papéis desempenhados. Assim, no que se refere aos papéis profissionais e familiares, o desempenho de um domínio pode influenciar o desempenho de outro, sendo esta influência bidirecional (O'Brien et al., 2014). Os resultados negativos prendem-se com a falta de suporte do parceiro na divisão de tarefas, tanto domésticas como no cuidado com os filhos. O volume de tarefas entre trabalho e família, leva ao aumento da depressão nas mulheres. Os efeitos positivos da conciliação entre trabalho e família em mulheres com filhos, são explicados pelo bom suporte do parceiro, na divisão de tarefas, quando isso acontece as mulheres apresentam menor stresse e menor sintomatologia depressiva, demonstrando menor conflito entre emprego e família. Kessler e colaboradores (2003), referem que mulheres casadas apresentam níveis mais elevados de

sintomatologia depressiva do que mulheres solteiras por estarem expostas a vários papéis, multiplicando as suas tarefas (cuidar da casa, dos filhos).

Com o aumento do número de mulheres portuguesas no mercado de trabalho e, conseqüentemente, com o aumento do número de famílias de duplo-emprego remunerado, seria esperado que a participação dos homens no domínio familiar aumentasse. No entanto, este crescimento não se verifica. Uma das razões para este fenómeno é o facto das atitudes e representações quanto à relação trabalho-família na cultura portuguesa serem simultaneamente modernas e tradicionais. Assim, é desejável que a mulher se torne profissionalmente ativa e independente, mas também é esperado que esteja disponível para realizar tarefas domésticas e cuidar dos seus filhos. Embora os papéis profissionais se tenham igualado para homens e mulheres, o mesmo não acontece nas famílias onde as tarefas domésticas e o cuidado dos filhos continuam a ficar a cargo destas últimas (Matias, Andrade, & Fontaine, 2012).

e) Religião

Quanto à relação sintomatologia depressiva e religião Cooper e colaboradores (2003) referem que para as mulheres a religião é considerada uma componente de tratamento na depressão, porque acreditam que as rezas podem ajudar na sua saúde (Cooper et al., 2003). No entanto, Jesse Walcott-McQuigg, Mariella e Swanson (2005) verificaram uma associação positiva entre religiosidade e sintomatologia depressiva. Segundo Eliassen, Tayler e Lloyd (2005), as discrepâncias na literatura existem não só devido à aplicação de diferentes medidas de religiosidade, mas também devido a diferentes variáveis de controlo.

Por este motivo, quando se fala da relação entre sintomatologia depressiva e religião é importante referir a existência de orientação religiosa intrínseca/ extrínseca e de estratégias e estilos de *coping* religioso. A religiosidade extrínseca é utilizada como meio para atingir um objetivo ou para obter algo específico, (e.g. rezar/orar com objetivo de ser curado de uma doença; obter segurança e consolo; sociabilidade; estatuto e autojustificação), as pessoas usam a religião para seu propósito, centram-se no eu. Na religiosidade intrínseca o foco é a crença religiosa propriamente dita, independentemente do interesse na obtenção de ganhos secundários, isto é, as pessoas veem a fé como valor supremo e centram-se em Deus (Bowie, Syndor, Granot & Pargament, 2004; Uden et al., 2009).

As estratégias de *coping* religioso podem ser negativas ou positivas. As negativas caracterizam-se pelo descontentamento religioso, redefinição punitiva do agente stressor por

Deus; presença de conflitos interpessoais com membros do grupo religioso, atribuição da causa do problema ao diabo e aparecimento de dúvidas sobre os poderes de Deus para interferir em situações de stresse. As estratégias de *coping* religioso positivo são caracterizadas pela procura de amor e proteção de Deus; procura de ajuda/conforto na literatura religiosa, perdão religioso, resolução de problemas em colaboração com Deus, ligação espiritual, oração, purificação religiosa e redefinição benevolente do agente stressor (Bowie et al., 2004; Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998; Uden et al., 2009). Segundo Peres, Arantes, Lesssa e Caous (2007), as estratégias positivas associam-se com a avaliação positiva da qualidade de vida e com a diminuição de problemas emocionais. Já as estratégias negativas correlacionam-se com sintomas de depressão. A religiosidade pode representar tanto uma estratégia de *coping* adaptativa como um elemento de stresse, podendo chegar a intensificar a gravidade do problema (Makros & McCabe, 2003; Williams & Sternthal, 2007).

Nos estilos de *coping* religioso são conceptualizados o estilo auto-dirigido (*self-directing*), delegante (*deferring*) e cooperativo (*collaborative*). No estilo auto-dirigido a responsabilidade da resolução dos problemas é atribuída ao indivíduo, e Deus é concebido como dando liberdade à pessoa para conduzir a sua própria vida, neste estilo de *coping* o indivíduo é considerado ativo e Deus mais passivo na resolução de problemas; no estilo delegante o indivíduo transfere a responsabilidade a Deus, esperando passivamente que as soluções venham por meio dos esforços Dele; no estilo cooperativo a responsabilidade é atribuída tanto ao indivíduo como a Deus, ambos percebidos como participantes ativos na resolução de problemas (Pargament et al., 1998; Makros & McCabe, 2003; Uden et al. 2009).

Wei e Liu (2013) verificaram que a religiosidade intrínseca está inversamente associada à depressão nas mulheres, predizendo a remissão mais rápida da depressão. Williams e Sternthal (2007) referem que a satisfação com a vida e perceção positiva da qualidade de vida estão associadas às estratégias de *coping* positivo e à religiosidade intrínseca, no entanto a religiosidade extrínseca tende a ter uma associação positiva com a sintomatologia depressiva.

Peres e colaboradores (2007) referem que a religião pode tornar-se prejudicial, quando há pensamentos negativos que podem provocar sentimentos de culpa, originados por determinada crença religiosa, levando ao aumento do sofrimento do praticante, provocando sensação de abandono, desamparo e baixa autoestima. Também Uden e colaboradores (2009) verificaram que o *coping* religioso negativo está positivamente associado à sintomatologia depressiva, religiosidade extrínseca, estilos de *coping* religioso delegante. Adicionalmente,

Eliassen e colaboradores (2005) observaram que mulheres religiosas apresentavam níveis elevados de sintomatologia depressiva e maior exposição ao stresse. Estes resultados devem-se às consequências perigosas da religiosidade, pois certas crenças como a onnipotência divina, a punição divina, o controlo divino e o pecado original, desencadeiam resultados adversos ao nível da saúde mental, uma vez que cultivam sentimentos de vergonha, culpa e autocrítica, e podem estar associados a lutas espirituais, medos e incertezas, levando ao aumento do risco de doença mental (Eliassen et al., 2005).

1.2.3. Stresse e vulnerabilidade para a depressão

O stresse é um fator de risco para a depressão sendo experienciado de forma diferente por cada sujeito dependendo das suas estratégias individuais de *coping* (Colman & Atallahjan, 2010). De acordo com uma revisão da literatura efetuada por Vranceanu, Hobfoll e Jonhson (2007), o papel do stresse no desenvolvimento da depressão tem sido extensivamente estudado e grande parte dos estudos referem o papel crítico do stresse em episódios de depressão. A presença de acontecimentos de vida stressantes pode colocar as mulheres em risco de desenvolverem sintomatologia depressiva (Hammen, 2003; Kessler, 2003; Warren 1997). Também Cacioppo, Hawkley e Thisted (2010) verificaram uma associação positiva entre stresse e sintomatologia depressiva em mulheres de meia-idade. Mulheres portuguesas expostas a um maior número de acontecimentos de vida stressantes apresentam maior sintomatologia depressiva (Fagulha e Gonçalves, 2012).

Vários estudos, transversais e longitudinais, efetuados em vários contextos, utilizando a teoria COR demonstram que a perda de recursos está associada a um aumento de *distress* psicológico com efeito negativo na depressão (Zeider & Ben-Zur, 2013).

Neste sentido Ennis, Hobfoll e Schroder (2000), verificaram que a falta de recursos psicológicos perante condições stressantes coloca as mulheres com baixo estatuto socioeconómico, mais vulneráveis ao desenvolvimento de depressão. Turner (2006), verificou que mães solteiras ou divorciadas apresentam maiores níveis de perturbação depressiva *major* e elevados níveis de *distress* psicológico comparativamente com mães casadas. Recentemente Hobfoll, Vinokur, Pierce e Lewandowski-Romps (2012), verificaram que a perda de recursos mediava o stresse da família e do trabalho, depressão e PTSD numa amostra de militares.

Adicionalmente, Eliassen e colaboradores (2005), verificaram que o stresse pode ser exacerbado devido ao envolvimento religioso, aumentando a sintomatologia depressiva. Quando as pessoas estão expostas a circunstâncias stressantes (doença, morte, crises

familiares ou maritais, violência doméstica, problemas financeiros, disputas legais) o envolvimento religioso pode aumentar as consequências destes agentes stressores na depressão.

2. Moderadores da relação entre o stresse e a sintomatologia depressiva

Vários autores consideram os recursos psicossociais (suporte social e autoestima) moderadores da relação entre o stresse e a sintomatologia depressiva (Ritter et al., 2000; Vranceanu et al., 2007; Warren, 1997). Adicionalmente, o suporte social e autoestima são referidos como recursos psicológicos robustos para a saúde mental (Kim & Kahng, 2011; Lazarus & Folkman, 1984; Ritter et al., 2000; Warren, 1997).

É comum na literatura o uso intercambiável dos termos “efeito mediador” e “efeito moderador”, embora sejam diferentes. O efeito mediador diz respeito a uma variável que age como interveniente entre duas variáveis numa relação, ou seja, ela recebe influência da variável independente e influencia a variável dependente. Já o efeito moderador diz respeito a uma variável que afeta a direção e/ou a força da relação entre duas outras (Baron & Kenny, 1986). No presente estudo, abordar-se-á a o efeito moderador da autoestima e do suporte social na relação stresse - sintomatologia depressiva.

2.1 Autoestima

A autoestima tem sido identificada como um recurso psicológico interno muito importante (Lazarus & Folkman, 1984). Segundo Beeber (1996), a autoestima é a imagem que o sujeito tem de si próprio que é influenciada pela perceção dos outros. Representa uma atitude positiva ou negativa face ao *self*, revelando-se um indicador de respeito por si próprio. Assim o sujeito com autoestima elevada é capaz de reconhecer os seus pontos fracos e fortes, tentando aperfeiçoar-se continuamente. A baixa autoestima acarreta insatisfação, recusa e desprezo pelas qualidades pessoais, representando uma autoperceção negativa (Rosenberg, 1965 cit. in Costa, 2006).

2.1.1 Autoestima e depressão

No que concerne à relação entre autoestima e depressão, durante a última década abordagens teóricas referem que a autoestima é condição indispensável para o funcionamento psicológico saudável (Michalak, Teismann, Heidenreich, Strohle & Vocks, 2011). Assim, segundo Owens (1994), o indivíduo apresenta maior sintomatologia depressiva e menores

níveis de satisfação com a vida quando deste desenvolve uma percepção depreciativa/negativa de si mesmo. Quando o indivíduo apresenta uma percepção positiva de si mesmo sente-se mais saudável, apresenta melhor *coping* adaptativo e menores níveis de depressão. Uma baixa autoestima contribui para o aparecimento, manutenção e recorrência da depressão, nas mulheres (Kim & Kahng, 2011; Michalak et al., 2011; Orava, Mcleod & Sharpe 1996; Ritter et al., 2000). A relação entre baixa autoestima e sintomas depressivos atuais é tão forte, que alguns autores referem que estes constructos se sobrepõem (Hankin, Lakdawalla, Carter, Abela & Adams, 2007). Orth, Robins, Maes, Trzesniewski e Schmit (2009) no estudo que realizaram a 1685 participantes com idades entre os 18 e 96 anos, observaram que a baixa autoestima é um fator de risco para a ocorrência de sintomatologia depressiva em todas as fases da vida adulta. Kim e Kahng (2011) também verificaram, no seu estudo, que pessoas estigmatizadas apresentavam baixa autoestima e elevados níveis de depressão.

Recentes estudos empíricos referem a existência de uma relação mais diferenciada entre a autoestima e a depressão, que incide no estudo de moderadores da relação autoestima e depressão (Franck, De Raedt, & De Houwer, 2007). Michalak e colaboradores (2011) estudaram a aceitação consciente como moderador da relação autoestima e depressão. E verificaram que nas pessoas com baixa aceitação consciente, a autoestima estava muito mais associado com a depressão do que em pessoas com alta aceitação consciente. Estes resultados sugerem que uma postura de aceitação consciente, pode diminuir os efeitos prejudiciais de baixo autoestima na depressão.

2.1.2 Autoestima e stresse

A relação entre autoestima e stresse, nas mulheres, também tem sido estudada por vários autores. Segundo Ritter e colaboradores (2000) e Panchanadeswaren e Dawson (2011), a autoestima elevada pode limitar o stresse, nas mulheres, sendo também por este motivo considerado por Ritter e colaboradores (2000) um recurso robusto. Alguns estudos foram efetuados com o objetivo de verificar a relação entre eventos de vida stressantes e autoestima nas mulheres. Neste sentido, Warren (1997), verificou uma relação negativa entre estas duas variáveis, na população feminina. Segundo Weber e colaboradores (2010), a pobreza, o stresse económico e o desemprego afetam negativamente a autoestima das mulheres que vivem no meio rural. Outros autores, como Panchanadeswaren e Dawson (2011), referem que eventos de vida stressantes como aculturação, identidade étnica, e discriminação, apresentam uma associação negativa com a autoestima em mulheres de

minorias étnicas, mais propriamente mulheres latinas.

Verifica-se que a autoestima é uma variável importante porque pode estar associada à percepção de stresse. Sendo que pessoas com elevada autoestima podem limitar os efeitos adversos do stresse provocado pelos eventos de vida stressantes (Panchanadeswaren e Dawson, 2011).

2.1.3. Efeito moderador da autoestima na relação stresse-sintomatologia depressiva

Alguns autores estudaram o efeito moderador da autoestima na relação *stress-sintomatologia depressiva*. Segundo Ritter e colaboradores (2000), a autoestima tem um efeito moderador na relação entre o stresse e a sintomatologia depressiva. Para estes autores, a autoestima pode ser um recurso crítico nas mulheres, porque muitos contextos de vida desafiam o seu sentido de autoavaliação. A depressão nas mulheres é limitada pela autoestima, reforçando um sentimento positivo ao longo das circunstâncias da vida, levando à diminuição do stresse (Ennis et al., 2000). Kim e Kahng (2011), verificaram no seu estudo que mulheres expostas ao acontecimento de vida stressante (violência doméstica) apresentam baixa autoestima e elevados níveis de sintomatologia depressiva.

Segundo Michalak e colaboradores (2011), a associação entre baixos níveis de autoestima e elevados níveis de stresse torna as pessoas vulneráveis a sintomas depressivos no futuro.

Em suma, a autoestima está associada à depressão e ao stresse, sendo que, mulheres com baixa autoestima apresentam maiores níveis de stresse, de sintomatologia depressiva, depressão e maior probabilidade de sintomatologia depressiva no futuro. Esta variável está também associada a variáveis sociodemográficas tal como o suporte socioeconómico, meio, minorias étnicas, e gravidez.

2.2 Suporte social

Tal como a autoestima, o suporte social também é considerado um recurso pessoal muito importante para a saúde mental do indivíduo (Kim & Kahng, 2011). Este conceito segundo Cobb (1976) contém em si a informação de que o indivíduo é amado, estimado e valorizado, pelos membros da sua rede social, funcionando assim como amortecedor da influência negativa da ansiedade, e protetor do mal-estar psicológico e até de doenças mentais. Lewis (1987) refere que a rede social do sujeito lhe proporciona suporte instrumental

(ajuda financeira, material e à divisão das responsabilidades), informativo (informação prestada para capacitar o sujeito a lidar com os seus problema) e emocional, (expressão de empatia, afeição, aprovação, simpatia e preocupação com o outro) de acordo com as necessidades do indivíduo. O suporte social pode ainda ser conceptualizado em termos objetivos (número de amigos íntimos ou o número de contactos sociais) ou subjetivos (perceção que o indivíduo tem da adequação e da satisfação que a dimensão social tem na sua vida) (Keeling, Price, Jones & Harding, 1996).

2.2.1. Suporte social e depressão

A relação entre suporte social e sintomatologia depressiva tem sido muito estudada, em mulheres com diferente estatuto socioeconómico, que vivem em meios diferentes, de diversos grupos étnicos e em mulheres grávidas (Ritter et al., 2000; Warren, 1997). Foram realizados diversos estudos com o objetivo de verificar a relação entre suporte social e sintomatologia depressiva nas mulheres, os resultados apresentados foram semelhantes demonstrando que o menor suporte social leva à maior vulnerabilidade face à depressão (Aro, Nyberg, Absetz, Henriksson, & Lönnqvist, 2001; Liu, Setse, Grogan, Powe & Nicholson, 2013; Mcknight-Eily et al., 2009; O'Brien et al., 2014; Ritter et al., 2000; Yuh et al., 2008; Warren, 1997).

Hobfoll e colaboradores (2003) referem que mulheres com maiores perdas a nível social apresentavam maior humor deprimido, comparativamente com mulheres que apresentavam ganhos no suporte social ou que mantinham o suporte social. O'Brien e colaboradores (2014) verificaram que as mulheres coreanas apresentavam maiores níveis de depressão e menor suporte do parceiro e no emprego.

Yuh e colaboradores (2008), realizaram um estudo com mulheres de meia-idade, onde observaram uma associação negativa significativa entre suporte social e sintomatologia depressiva. Aro e colaboradores (2001), obtiveram resultados semelhantes em mulheres de meia-idade, referindo que o suporte social e a sintomatologia depressiva apresentavam uma associação negativa mais significativa do que a relação entre o suporte social e o nível socioeconómico. Segundo Ritter e colaboradores (2000), mulheres grávidas, de baixo rendimento, estão muito dependentes de suporte social, devido à falta de recursos, à menor propensão para o trabalho, e ainda devido à maior necessidade emocional e de assistência emocional.

2.2.2. Suporte social e stresse

Quanto à relação entre suporte social e stresse, Warren (1997) refere que o suporte social avalia a forma como cada sujeito lida com o stresse. Apesar dos eventos de vida stressantes terem um impacto negativo na saúde física e psicológica, o suporte social diminui as reações negativas de stresse (Ritter et al., 2000; Weber et al., 2010). Ritter e colaboradores (2000) referem que o suporte social tem um efeito direto positivo na saúde maior do que o efeito negativo provocado pelo stresse. Os acontecimentos de vida stressantes põe em causa a saúde física e psicológica, mas o suporte social limita as reações negativas do stresse. Neste sentido, o modelo de provisões sociais de Weiss (1974 cit. in Costa 2006) é explicado pela existência de seis provisões ou funções sociais que se podem obter na relação com os outros, que permitem entender o processo através do qual as relações interpessoais potencializam o bem-estar em situações de stresse. Existem duas categorias gerais que englobam as 6 provisões: funções de assistência (relacionadas com a resolução de problemas em situações de stresse) sendo compostas pelas funções (orientação e relações de confiança) e funções de não assistência (contribuem para a resolução de problemas mediada por processos cognitivos) sendo compostas pelas funções (reconhecimento; oportunidades para ser cuidador; vinculação e integração social).

O suporte social torna-se muito positivo e relevante nas mulheres cidadinas que apresentam stresse crónico (Warren, 1997). Os diferentes tipos de suporte social (emocional, instrumental e informativo) são fatores protetores dos efeitos negativos de stresse (Colman, et al., 2014). Durden, Hill e Angel (2007), verificaram uma relação positiva entre exigências emocionais e o *distress* psicológico, mas o mesmo não se verificou no que concerne às exigências instrumentais. Turner (2006) verificou que mães divorciadas e solteiras estavam mais vulneráveis ao stresse, por não beneficiarem de suporte familiar. Segundo Elliassen e colaboradores (2005), o suporte social e a integração social de pessoas religiosas pode diminuir o stresse durante as adversidades da vida, através da sua participação nas atividades religiosas.

2.2.3. Efeito moderador do suporte social na relação stress-sintomatologia depressiva

Quanto ao efeito moderador do suporte social na relação stresse e sintomatologia depressiva, alguns autores referem que o baixo suporte social pode aumentar o efeito do stresse na depressão (Hammen, 2003; Ritter et al., 2000; Wade & Kendler, 2000; Warren,

1997; Wildes, Harkness & Simons, 2002). Este recurso psicossocial é considerado fator protetor da depressão e do impacto dos eventos de vida stressantes nas mulheres (Uebelacker et al., 2013).

Com o objetivo de verificar se o suporte social e/ou atividade física diminuem a associação entre stresse e sintomatologia depressiva Uebelacker e colaboradores (2013) realizaram um estudo longitudinal de três anos, a 91.912 mulheres com sintomatologia depressiva, no período pós menopausa. E verificaram que na fase inicial do estudo os fatores de stresse (abuso verbal, abuso físico, a tensão social, eventos de vida negativos, stresse financeiro, baixo nível socioeconómico, dor aguda, e um maior número de condições médicas crônicas) estavam associados a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, menor suporte social e menor prática de atividade física.

Manuel e colaboradores (2012) realizaram um estudo longitudinal de sete anos, para verificar fatores de risco e proteção para depressão materna, numa amostra de 3675 mulheres de baixo estatuto socioeconómico, com crianças pequenas. Os resultados revelaram uma associação negativa entre o suporte social e o stresse. Adicionalmente verificaram que o stresse está relacionado com as dificuldades económicas, com os problemas de saúde física, e com o suporte instrumental e do parceiro que por sua vez aumentam o risco de depressão nestas mulheres. Neste sentido, o suporte instrumental e o suporte do parceiro são fatores protetores importantes na redução dos efeitos negativos do stresse e na redução da sintomatologia depressiva. No que concerne a mulheres de meia-idade também Cacioppo e colaboradores (2010), verificaram que o stresse percebido está positivamente associado com a solidão e com a sintomatologia depressiva. E que o suporte social está positivamente associado com a solidão e a sintomatologia depressiva.

2.3 Autoestima e suporte social como moderadores da relação stresse-sintomatologia depressiva

A associação entre o suporte social e autoestima é fundamental (Hill, Burdette, Jokinen-Gorden & Brailsford, 2013). Cobb no seu estudo em 1976 refere que o suporte social leva o indivíduo a estimar-se e a reafirmar o seu sentido de valor pessoal. A partir desta publicação, numerosos estudos empíricos confirmam a associação positiva entre o suporte social e autoestima (Behnke, Plunkett, Sands, & Bámaca-Colbert, 2011; Hoffman, Ushpiz, & Levy-Shiff, 1988; Kim & Kahng, 2011; Kong, Zhao, & You, 2013; McMahon, Felix, & Nagarajan, 2011).

Tem sido sugerido pela literatura, que o suporte social diminui os efeitos negativos do stresse na depressão, melhorando a autoestima (Ibarra-Rovillard & Kuiper, 2011; Simoni, Huang, Goodry, & Montoya, 2005). Neste sentido Hobfoll e colaboradores (2003) referem que o impacto dos recursos psicossociais no processo de stresse e *coping* é interessante porque pessoas com melhores recursos reagem de forma mais positiva às circunstâncias de vida stressantes demonstrando menores níveis de sintomatologia depressiva. O ganho ou a perda de recursos pessoais ou sociais tem impacto central no stresse de vida diária e no bem-estar psicológico.

Ritter e colaboradores (2000), estudaram o efeito moderador dos recursos psicossociais (suporte social e autoestima) na relação stresse- sintomatologia depressiva. Segundo o modelo destes autores o suporte social e a autoestima têm tanto um efeito direto como um efeito amortizador do stresse na sintomatologia depressiva. Mulheres com elevados níveis de suporte social e autoestima apresentam menor sintomatologia depressiva independentemente do nível de acontecimentos de vida stressantes, estas mulheres são menos afetadas negativamente por acontecimentos de vida indesejáveis comparativamente com mulheres com baixo suporte social e com baixa autoestima. Este estudo foi efetuado com 191 mulheres grávidas do meio urbano, com baixo estatuto socioeconómico, as correlações indicaram uma associação positiva entre stresse e depressão pós-parto e uma correlação negativa entre suporte social e autoestima na depressão pós-parto. Os efeitos do stresse na depressão pós-parto podem ser amortizados pelos recursos psicossociais (suporte social e autoestima). Menor stresse maior satisfação com o suporte social diminuem o humor deprimido pré-natal. Maior autoestima relaciona-se com menor humor deprimido perinatal, menores acontecimentos de vida stressantes e maior suporte social durante a gravidez. Tanto o suporte social como a autoestima são amortecedores do impacto do stresse na sintomatologia depressiva. Por fim, estes autores referem que os recursos psicossociais (suporte social e autoestima) são robustos e este modelo pode ser generalizado às mulheres negras e mulheres brancas com baixo estatuto socioeconómico (Ritter et al., 2000).

Outros estudos foram realizados relacionando estas quatro variáveis (autoestima, suporte social, stresse e sintomatologia depressiva) como é exemplo o estudo de Warren, (1997), que analisou as relações entre a depressão, eventos de vida stressantes, suporte social e autoestima em 100 mulheres afro-americanas de classe média com idade compreendidas entre os 20 e os 35 anos. E verificou uma relação positiva entre a depressão e os acontecimentos de vida stressantes e uma relação negativa entre depressão e suporte social. A

análise de regressão revelou que os eventos de vida stressantes e o suporte social são bons preditores para a depressão, sendo que a autoestima não apresenta valores preditivos tão elevados.

Colman e colaboradores (2014) realizaram um estudo para identificar fatores de proteção da depressão, e a sua interação com quatro tipos de stresse (acontecimentos de vida stressantes, stresse do trabalho, financeiro e pessoal) durante período de transição (adolescência e início da idade adulta). Os fatores de proteção incluíam o suporte social, a autoestima e nível de escolaridade. Os autores verificaram que os efeitos negativos do *stresse* na depressão foram atenuados pelo suporte social e nível académico, mas não pela autoestima. O suporte social na adolescência pode diminuir os níveis de stresse no trabalho e financeiro, o que sugere que o suporte social pode atuar como um fator de proteção que modera a relação entre a depressão em adolescentes e recorrência na idade adulta. Estes autores verificaram ainda que o suporte social modera a relação entre depressão e stresse no trabalho. O nível académico superior reduziu o risco de depressão após stresse pessoal ou acontecimentos importantes da vida. Jesse e colaboradores (2005) verificaram que maiores níveis de stresse, menor autoestima, menor suporte social e maior religiosidade estavam relacionados significativamente com maior sintomatologia depressiva, numa amostra de 130 mulheres grávidas, africanas e caucasianas norte-americanas, com baixo nível socioeconómico. Adicionalmente Weber e colaboradores (2010) observaram no seu estudo que o suporte social e a autoestima estão negativamente correlacionados com a sintomatologia depressiva, numa amostra de adolescentes que vivem no meio rural.

A prevalência de depressão é duas vezes maior nas mulheres comparativamente com os homens na América (Keller, et al., 2013), na Europa (Velde, et al., 2010) e em Portugal, tendo-se verificado que a prevalência nas mulheres era de 43.6% e nos homens de 15.9% (Mendes & Fagulha, 2012). Torna-se importante o estudo desta variável na população feminina da região do norte do país uma vez que a população feminina apresenta maior prevalência de sintomatologia depressiva comparativamente com a masculina e não existem estudos de prevalência na região norte do país.

Vários estudos referem a relação entre sintomatologia depressiva e stresse, em que acontecimentos de vida stressantes colocam as mulheres mais vulneráveis à depressão (Ennis et al., 2000; Hammen, 2003; Kessler, 2003; Zeider & Bem-Zur, 2013). O modelo de Ritter e colaboradores (2000) preconiza que os recursos psicossociais (suporte social e autoestima) amortecem do impacto do stresse na sintomatologia depressiva nas mulheres. Também tem

sido extensivamente estudado na literatura as relações entre o stresse, sintomatologia depressiva, suporte social e autoestima, sendo que o suporte social e a autoestima apresentam correlações negativas com o stresse e a sintomatologia depressiva (Franck et al., 2007; Kim & Kahng, 2011; Manuel et al., 2012; Michalak et al., 2011; O'Brien et al., 2014; Uebelecker et al., 2013; Warren, 1997; Weber et al., 2010). Deste modo, torna-se pertinente compreender a relação entre estas variáveis na população feminina portuguesa.

Os fatores sociodemográficos como a idade o estatuto socioeconómico o nível de escolaridade o estado civil, estatuto profissional atual e a religiosidade são considerados como fatores de risco e proteção da sintomatologia depressiva (Canady et al., 2008; Fortner et al., 2011; Gonçalves et al., 2013; Goyal et al., 2010; Hobfoll et al., 1995; Lorant et al., 2007; Manuel et al., 2012; McKay et al., 2011; Melchior et al., 2010; Mendes, 2013; Molina & Keily, 2011; Noble, 2005; Pradeep et al., 2014; Uden et al., 2009; Villegas et al., 2011).

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo contribuir para o conhecimento, bem como compreender a associação entre as variáveis psicossociais (sintomatologia depressiva, *stress*, suporte social e autoestima), e ainda a sua associação com as variáveis sociodemográficas na população feminina portuguesa que frequenta os cuidados de saúde primários mais propriamente as consultas de planeamento familiar.

II – METODOLOGIA

1. Objetivos

O objetivo principal deste estudo é conhecer a prevalência de sintomatologia depressiva e do stresse, estudar a relação entre as variáveis psicossociais de stresse, recursos psicossociais (suporte social e autoestima) e sintomatologia depressiva, e caracterizar a relação destas variáveis psicossociais com as variáveis sociodemográficas, nas mulheres portuguesas, utentes da consulta de planeamento familiar, da região norte do país. Os objetivos específicos são: 1) caraterizar a amostra ao nível de presença/ausência de sintomatologia depressiva e do stresse; 2) identificar sintomas depressivos e categorias de stresse mais prevalentes na amostra; 3) conhecer as diferenças nas variáveis psicossociais (sintomatologia depressiva, stresse, suporte social e autoestima) em função da idade; 4) verificar a relação entre: (stresse e sintomatologia depressiva; Suporte social, stresse e sintomatologia depressiva; Autoestima, stresse e sintomatologia depressiva) e 5) compreender as diferenças nas variáveis psicossociais (em função das variáveis sociodemográficas (nível de educação, situação profissional atual, rendimento anual, estado civil e religiosidade).

2. Design do estudo

O presente estudo enquadra-se numa abordagem quantitativa, pois enfatiza a não existência de controlo direto sobre os fatores que potencialmente não afetam as características em análise, e o investigador não intervém, desenvolvendo procedimentos para descrever os fenómenos (Pais-Ribeiro,1999). Desta forma, e considerando os objetivos traçados, o tipo de investigação será exploratório e correlacional.

Relativamente aos momentos de avaliação este estudo será transversal, porque foca um grupo representativo da população em estudo, e os dados serão recolhidos num único momento temporal. Quanto ao *design* do estudo, será entre-sujeitos (*between subjects*) pois todos os sujeitos que participarão neste estudo passam pela mesma avaliação.

3. Variáveis

Variáveis Sociodemográficas: Idade; Nível de educação; Estatuto profissional atual; Estado civil; Rendimento anual e Religiosidade.

Variáveis psicossociais: Sintomatologia Depressiva; Stresse e Recursos Psicossociais (Suporte Social; Autoestima).

4. Hipóteses

H1: Espera-se encontrar diferenças significativas entre as mulheres utentes da consulta de planeamento familiar, de diferentes faixas etárias (18-29; 30-39; 40-64), ao nível do stresse, dos recursos psicossociais (suporte social e autoestima) e sintomatologia depressiva.

H2: Espera-se encontrar:

- a) Uma relação positiva entre o stresse (stresse social, stresse saúde, stresse tempo, stresse condições domesticas, stresse financeiro e stresse no trabalho) e a sintomatologia depressiva;
- b) Uma relação negativa entre suporte social, sintomatologia depressiva (afeto depressivo, afeto positivo, sintomas somáticos e interpessoal) e o stresse (stresse social, stresse saúde, stresse tempo, stresse condições domesticas, stresse financeiro e stresse no trabalho).
- c) Uma relação negativa entre autoestima, sintomatologia depressiva (afeto depressivo, afeto positivo, sintomas somáticos e interpessoal) e stresse (stresse social, stresse saúde, stresse tempo, stresse condições domesticas, stresse financeiro e stresse no trabalho).

5. Análises Exploratórias

Para além da análise das hipóteses principais foram analisadas as relações entre as variáveis sociodemográficas (nível de educação; rendimento anual; estatuto profissional atual; estado civil; religiosidade) e as variáveis psicossociais (sintomatologia depressiva, stresse, suporte social e autoestima).

6. Seleção e recolha da amostra¹

A amostra foi recolhida, nos cuidados de saúde primários a 767 mulheres (N=767), com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, inseridas na Consulta de Planeamento Familiar, da Unidade de Saúde Familiar (USF) de São Nicolau do Centro de Saúde da Amorosa, Centro de Saúde de Fafe, Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto e Centro de Saúde de Vizela, no ACES Alto-Ave. Trata-se portanto de uma amostragem não

¹ Segue em anexos o pedido de aprovação da investigação deferido pelo presidente executivo do Aces Alto-Ave, e o consentimento informado

probabilística, por conveniência.

Os critérios de inclusão para as participantes foram: serem do sexo feminino, estarem inscrita nas consultas de planeamento familiar, terem idade superior a 18 anos e inferior a 64 anos e fazer parte do ACES Alto-Ave. Os critérios de exclusão foram: Não serem do sexo feminino, não estarem inscritas na consulta de planeamento familiar, terem idade inferior a 18 anos e superior a 64 anos e não fazerem parte do Aces Alto-Ave.

Quanto ao procedimento de recolha de dados, num primeiro momento procedeu-se ao pedido de aprovação da investigação ao presidente executivo do ACES Alto-Ave para a realização da investigação, após a sua aprovação, fez o pedido à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), da qual nos foi enviado a autorização para a investigação através do parecer nº 39 2014. Também se faz o pedido de autorização para recolha de dados aos coordenadores dos Centros de Saúde, estes informaram todos os secretários que se encontram a marcar consultas, sobre a existência de uma investigação, solicitando que estes promovessem uma primeira abordagem às utentes inscritas na consulta de planeamento familiar, sobre a realização de uma investigação, sobre o âmbito e a finalidade da investigação, sobre o carácter voluntário e confidencial e a possibilidade de desistência a qualquer momento.

As utentes previamente informadas foram novamente abordadas pela investigadora, na sala de espera, após a aprovação das utentes, estas foram encaminhadas para uma sala cedida pelos coordenadores dos Centros de Saúde, do ACES Alto-Ave, onde inicialmente foram cumpridos os requisitos éticos e deontológicos através da informação, prestada pela investigadora, acerca da natureza e finalidade da investigação, garantindo uma participação voluntária, confidencial e informada das participantes, e possibilidade de desistência a qualquer momento, seguindo-se as assinaturas do consentimento informado, (foram requeridas duas assinaturas do consentimento informado, sendo que um dos documentos fica para a participante e o outro para a investigadora). De seguida, foram administrados os instrumentos. O processo de recolha de dados foi efetuado da mesma forma para todas as participantes.

7. Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 767 mulheres que frequentam as consultas de planeamento familiar do ACES Alto-Ave. A idade das participantes varia entre os 18 e os 64 anos, com uma média de 36.31 anos (DP=11.157). Sendo que 243 (31.7%) das mulheres apresenta

idades entre (18-29) anos, 235 (30.6%) apresenta idades compreendidas entre os (30-39) anos e 289 (37.7%), apresenta idades compreendidas entre os (40-64) anos. Em relação nível de educação, 314 (40.9%) têm menos que o ensino secundário e 453 (59.1%) têm o ensino secundário ou mais. Quanto ao estatuto profissional atual, 223 (29.1%) não tem emprego e 544 (71.9) tem emprego. Relativamente ao estado civil, 464 (60.2 %) são casadas ou vivem em união de facto, 235 (30.6%) são solteiras, 68 (8.9%) são divorciadas, separadas ou viúvas. No que diz respeito à religiosidade, 499 (65.1%) são religiosas, 198 (25.8%) consideram-se mais ou menos religiosas e 70 (9.1%) não se consideram religiosas. No que concerne o rendimento anual, 512 (66.8%) recebem menos de 6.000 euros por ano, 180 (23.5%) recebem entre 6.000 euros e 12.000 euros por ano, 75 (9.8%) recebem mais de 12.000 euros por ano. Na tabela 1 são apresentadas as principais características sociodemográficas da amostra ($n=767$) em estudo.

Observa-se uma associação significativa entre os grupos etários (18-29), (30-39) e (40-64) e o nível de educação ($\chi^2(2,767)=98.212$, $p<.001$), estado civil ($\chi^2(4,767)=270.987$, $p<.001$), religiosidade ($\chi^2(4,767)=34.111$, $p<.001$), rendimento anual ($\chi^2(4,767)=17.735$, $p<.01$) e número de filhos ($\chi^2(2,767)=291.948$, $p<.001$).

Assim, relativamente ao nível de educação, verifica-se que mulheres mais velhas (40-64 anos) apresentam menor nível de educação 107 (23.6%) e mulheres mais novas (18-29 anos) apresentam maiores níveis de educação 188 (41.55%). Ao nível do estado civil, apurou-se que a maior parte das mulheres mais novas (18-29 anos) são solteiras, enquanto as mulheres mais velhas (40-64 anos) são na sua maioria casadas ou vivem em união de facto, no grupo etário (30-39 anos) existem mais mulheres casadas ou em união de facto 176 (37.9%) comparativamente com mulheres solteiras 47 (20.0%) e divorciadas, separadas e viúvas 12 (17.6%). Quanto à religiosidade, as mulheres do grupo etário (40-64 anos) consideram-se na sua maioria religiosas 211 (42.3%), seguindo-se as mulheres com idades entre (30-39 anos) 158 (31.7%), sendo que a maior parte das mulheres mais novas (18-29 anos) não se consideram religiosas 40 (57.1%) e 73 (36.9%) das mulheres deste grupo etário consideram-se mais ou menos religiosas. Finalmente, no que concerne ao rendimento anual verifica-se que mulheres mais velhas (40-64 anos) apresentam menor rendimento anual (menos de 6000 euros) 190 (37.1%), seguindo-se as mulheres mais novas (18-29 anos) 181 (35.4%), no entanto são também as mulheres mais velhas, que na sua maioria apresentam rendimento (entre 6000 a 12000 euros), 67 (37.2%). Não se verifica uma associação significativa entre os grupos etários e o estatuto profissional atual (tabela 1).

Tabela 1

Caraterização Sociodemográfica da Amostra (N=767)

Variáveis	N	%	18-29		30-39		40-64		χ^2 (df)
			N	%	N	%	N	%	
Idade categorizada									
18-29 anos	243	31.7							
30-39 anos	235	30.6							
40-64 anos	289	37.7							
Nível de educação									
Menos E.S.	314	40.9	55	17.5	77	24.5	182	58.0	98.212(2)***
Mais E.S.	453	59.1	188	41.5	158	34.9	107	23.6	
Estatuto profissional atual									
Empregada	544	71.9	163	30.0	178	32.7	203	37.3	4.456(2)
Desempregada	223	29.1	80	35.9	57	25.6	86	38.6	
Estado civil									
Casadas ou união de facto	464	60.5	73	15.7	176	37.9	215	46.3	270.987(4)***
Solteiras	235	30.6	166	70.6	47	20.0	22	9.4	
Divorciadas, Separadas,	68	8.9	4	5.9	12	17.6	52	76.5	
Viúvas									
Religiosidade									
Religiosa	499	65.1	130	26.1	158	31.7	211	42.3	34.111(4)***
Mais ou menos religiosa	198	25.8	73	36.9	58	29.3	67	33.8	
Não religiosa	70	9.1	40	57.1	19	27.1	11	15.7	
Rendimento anual									
Menos de 6000 euros	512	66.8	181	35.4	141	27.5	190	37.1	17.735(4)**
De 6000 a 12000 euros	180	23.5	52	28.9	61	33.9	67	37.2	
Mais de 12000 euros	75	9.8	10	13.3	33	44.0	32	42.7	
Idade									
M=36.31	767	100							
DP=11.157									

Nota. Menos E.S. = Menos que ensino secundário; Mais E.S. = Mais que ensino secundário.

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

Relativamente aos resultados descritivos para as escalas e subescalas referentes às variáveis psicossociais, observa-se que a escala de stresse (*score* total) (COR-E total) apresenta uma média de 13.17 (DP=12.13), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máximo de 78. Quanto às dimensões da escala de stresse verifica-se para stresse social uma média de 1.67 (DP=2.69), variando a resposta entre mínimo de 0 e máximo de 16, para stresse na saúde a média é de 1.28 (DP=1.59), tendo as respostas variado entre mínimo de 0 e máximo de 8, a dimensão *stresse* no tempo apresenta uma média de 1.45 (DP=1.63), variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 6, no stresse nas condições domésticas verifica-se uma média de 2.14 (DP=2.76), encontrando-se entre um mínimo de 0 e um máximo de 18, quanto ao stresse financeiro a média é de 5.11 (DP=4.94), variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 18, por último, o stresse no trabalho apresenta uma média de 1.51 (DP=2.5), com um mínimo de 0 e um máximo de 14.

No que concerne à escala de sintomatologia depressiva (*score* total) (CES-D total) verifica-se uma média 16.12 (DP=10.92), sendo o valor mínimo de 0 e o valor máximo de 55. Quanto às dimensões da escala de sintomatologia depressiva observa-se que o afeto depressivo apresenta a média mais elevada 4.09 (DP=4.33), variando a resposta entre um mínimo de 0 e um máximo de 18. O valor médio mais baixo corresponde à dimensão interpessoal, com uma média de 1.00 (DP=1.34), variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 6.

Quanto à escala de suporte social (SPS) observa-se uma média de 15.68 (DP=3.84), com valor mínimo de 0 e valor máximo de 20. No que concerne à autoestima (SES) verifica-se uma média 22.10 (DP=5.06), variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 30. Na tabela 2 são apresentadas a média, desvio padrão, valores mínimos e máximos, das variáveis psicológicas da amostra ($N= 767$) em estudo (tabela 2).

Tabela 2

Média e desvio padrão das variáveis psicossociais em estudo (N=767)

Variáveis	M	DP	Min	Máx
COR-E (<i>score</i> total)	13.17	12.13	0	78
Stresse social	1.67	2.69	0	16
Stresse saúde	1.28	1.59	0	8
Stresse tempo	1.45	1.63	0	6
Stresse Condições Domésticas	2.14	2.76	0	18
Stresse financeiro	5.11	4.94	0	18
Stresse trabalho	1.51	2.50	0	14
CES-D (<i>score</i> total)	16.12	10.92	0	55
Afeto depressivo	4.09	4.33	0	18
Afeto positivo	4.96	2.94	0	12
Sintomas Somáticos	6.07	5.09	0	23
Interpessoal	1.00	1.34	0	6
SPS	15.68	3.84	0	20
SES	22.10	5.06	0	30

Nota. COR-E = *Conservation of Resources- Evaluation*; CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*

No que diz respeito à severidade da sintomatologia depressiva na amostra do presente estudo, verifica-se que 500 (65.2%) mulheres não apresentam sintomatologia depressiva e 267 (34.8%) têm sintomatologia depressiva. Observa-se também que 236 (30.8%) das mulheres demonstram afeto depressivo e 351 (69.2%) das mulheres não demonstram afeto depressivo, quanto ao afeto positivo 66 (8.6%) das participantes não apresentam afeto positivo, 701 (91.4%) das participantes apresentam afeto positivo. A maioria das mulheres não apresenta sintomas somáticos 638 (83.2%), em comparação com as que apresentam sintomas somáticos 199 (16.8%), e ainda 394 (51.4%) das mulheres indicam ausência de sintomatologia depressiva na dimensão interpessoal e 373 (48.6%) indicam presença de sintomatologia depressiva na dimensão interpessoal (tabela 3).

Considerando as normas de interpretação da CES-D, Gonçalves e Fagulha (2003) referem que esta é uma escala sintomática que não se reporta a nenhuma teoria específica da depressão, embora tenda a remeter para uma perspectiva dimensional das perturbações

depressivas, ou seja, para a ideia duma variação contínua entre o funcionamento normal e as formas de depressão mais graves. O ponto de corte sugerido para a versão portuguesa do CES-D é de 20 sendo que valores superiores a 20 são indicadores de sintomatologia depressiva e valores abaixo de 20 indicam ausência de sintomatologia depressiva (Gonçalves & Fagulha, 2003).

Tabela 3

Presença/ausência da sintomatologia depressiva no total da amostra (N=767)

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sintomatologia depressiva		
Sem Sintomatologia depressiva (pc<20)	500	65.2
Com Sintomatologia depressiva (pc>20)	267	34.8
Afeto depressivo		
Sem afeto depressivo	236	30.8
Com afeto depressivo	351	69.2
Afeto positivo		
Sem afeto positivo	66	8.6
Com afeto positivo	701	91.4
Sintomas somáticos		
Sem sintomas somáticos	129	16.8
Com sintomas somáticos	638	83.2
Interpessoal		
Sem interpessoal	394	51.4
Com interpessoal	373	48.6

Quanto à severidade do stresse (*score* total) (COR-E total), observa-se que a maior parte das mulheres 668 (87.1%) apresentam stresse, e 99 (12.9%) das mulheres não apresentam stresse. Quanto às dimensões da escala de stresse verifica-se que 424 (55.3%) das mulheres não apresentam stresse social, enquanto 343 (44.7%) apresentam stresse social, 353 (46.0%) não indicam stresse na saúde, e 414 (54.0%) indicam stresse na saúde. Relativamente ao stresse no tempo, 339 (44.2%) das mulheres não apresentam stresse no tempo, enquanto 428 (55.8%) apresentam. Ao nível do stresse nas condições domésticas 280 (36.5%) não apresentam stresse nas condições domésticas, 487 (63.5%) apresentam stresse nas condições

domésticas. Ainda 229 (29.9%) não apresentam stresse financeiro e 538 (70.1%) apresentam stresse financeiro. Finalmente 438 (57.1%) das mulheres não apresentam stresse no trabalho, enquanto 329 (42.9%) apresentam stresse no trabalho (tabela 4). Segundo Costa, McIntyre e Hobfoll (2006) a perda ou ameaça de perda é classificada por 1= alguma ameaça ou perda; e 2=muita ameaça ou perda. Quando não há ameaça de perda a classificação é 0 = nenhuma ameaça de perda e a categoria “não se aplica” também cotada como nenhuma ameaça ou perda. Os scores mais elevados indicam maior stresse.

Tabela 4

Presença/ausência de stresse no total da amostra (N=767)

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
COR-E total		
Sem stresse	99	12.9
Com stresse	668	87.1
Stresse Social		
Sem stresse social	424	55.3
Com stresse social	343	44.7
Stresse na Saúde		
Sem stresse saúde	353	46.0
Com stresse saúde	414	54.0
Stresse no Tempo		
Sem stresse tempo	339	44.2
Com stresse tempo	428	55.8
Stresse nas Condições Domésticas		
Sem stresse condições domésticas	280	36.5
Com stresse condições domésticas	487	63.5
Stresse Financeiro		
Sem stresse financeiro	229	29.9
Com stresse financeiro	538	70.1
Stresse no Trabalho		
Sem stresse trabalho	438	57.1
Com stresse trabalho	329	42.9

Nota. COR-E = *Conservation of Resources- Evaluation*;

8. Materiais/Instrumentos²

a) Questionário Sócio-Demográfico e clínico (Costa, McIntyre & Hobfoll, 2006) (item 1 ao item 15);

O questionário socio-demográfico desenvolvido por Costa, McIntyre e Hofoll (2002) tem como objetivo recolher dados sociodemográficos e variáveis clínicas consideradas relevantes para a caracterização da amostra. É constituído por questões abertas e de escolha múltipla de formato misto, pelos seguintes itens: idade, nível de educação; estatuto profissional atual, estado civil, rendimento anual e religiosidade.

b) Questionário de Conservação de Recursos (COR-E) - *Conservation of Resources-Evaluation* (Hobfoll & Lilly, 1993 adaptado para português por Costa, McIntyre & Hobfoll, 2006) (item 24 ao item 63);

Descrição da versão original

Este instrumento foi desenvolvido por Hobfoll (1989), e mede o grau em que as mulheres encontraram condições stressantes que resultam na perda material, de condição, características pessoais e recursos de energia. A perda de recursos apresenta grande relevância como medida associada ao stresse. Este questionário é constituído por uma lista de 74 recursos, estes itens abarcam diferentes tipos de recursos: recursos pessoais-autoestima, de eficácia, bem-estar, de energia, interpessoais-família, e recursos interpessoais-geral. Existem várias versões desta escala, uma delas é a de Hobfoll e Schroder (2001). Estes autores recorreram ao COR-E para avaliar o stresse num estudo sobre estratégias de *coping* a 1.339 mulheres, utilizando 44 dos 74 recursos disponíveis, que consideraram mais relevantes para a população feminina alvo. Desta forma, foi avaliada a quantidade de stresse nos últimos 3 meses em termos de perda ou ameaça de perda de 7 tipos de recursos importantes: financeiro, trabalho, social, parental, de condições de alojamento-ferramentas, stresse relacionado com a saúde e stresse no tempo (Hobfoll & Schroder, 2001).

Descrição da versão portuguesa

A versão de Hobfoll e Schroder (2001) foi adaptada para a população portuguesa por

² Segue em anexos as tabelas com os resultados de consistência interna (itens e subescalas) dos instrumentos: COR-E = *Conservation of Resources- Evaluation*; CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS = *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*

Costa, McIntyre e Hobfoll (2006), numa amostra de 200 mulheres, as autoras mediram a perda de recursos em 40 itens do COR-E de Hobfoll, (2002). Desta forma o questionário é composto por 5 sub-escalas: Stresse financeiro (itens:31, 32, 33, 34, 35, 36 37, 56 e 62); Stresse social (itens:40, 41, 42, 43, 44, 47, 48 e 51), Stresse nas Condições domésticas (itens:25, 27, 28, 29, 30, 39, 50), Stresse relacionado com a saúde (itens:38, 57, 60 e 63) e Stresse de tempo (itens:52, 53, 55) Não foram utilizadas as categorias stresse parental e stresse no trabalho devido a características específicas da amostra (e.g., no grupo de controlo as mulheres não tinham estatuto laboral ativo) (Costa, 2006). No presente estudo utilizaram-se as 5 subescalas supracitadas e a subescala Stresse no trabalho (itens:26, 45, 46, 49, 54, 58, 59).

Cotação

Na versão original de Hobfoll e Lilly (1993), os resultados foram avaliados numa escala de *likert* de 7 pontos. Na versão de Hobfoll e Schrodler (2001), a resposta era efetuada numa escala de 3 pontos, considerando a perda e o ganho de recursos (1= nenhuma ameaça ou perda, 2= alguma ameaça ou perda, e 3=muita ameaça ou perda), com a categoria adicional “não se aplica”, no caso de algum item não se adaptar a determinada área de vida da mulher, esta categoria foi classificada como nenhuma ameaça ou perda.

Na versão portuguesa de Costa, McIntyre e Hobfoll (2006) a perda ou ameaça de perda para cada item, é classificada da seguinte forma: 0= nenhuma ameaça ou perda; 1= alguma ameaça ou perda; e 2=muita ameaça ou perda e com a categoria “não se aplica” cotada como nenhuma ameaça ou perda, os scores mais elevados indicam maior stresse (Costa, 2006).

Características psicométricas da versão original³

A versão original de Hobfoll e Lilly (1993) foi testada numa amostra de 255 indivíduos e os coeficientes encontrados por Hobfoll e Lilly (1993), para as medidas de perda de recursos e ganhos recentes variaram entre os .55 e os .64, e para as medidas de perda e ganho durante o último ano variaram dos .64 aos .67.

A versão de Hobfoll e Schroder (2001), apresenta bons níveis de consistência nas subescalas consideradas nesse estudo: .87 para stresse financeiro, .82 para stresse no trabalho, .81 para stresse social, .78 para stresse parental, .74 para stresse nas condições domésticas,

³ Classificação do α -Cronbach: Muito Boa $\alpha \geq 0,90$; Boa $0,80 \leq \alpha < 0,90$; Razoável $0,70 \leq \alpha < 0,80$; Fraca $0,60 \leq \alpha < 0,70$; Inaceitável $\alpha < 0,60$

.59 para stresse relacionado com a saúde e .65 para stresse no tempo.

Caraterísticas psicométricas da versão portuguesa

A versão portuguesa de Costa e colaboradores (2006) verificou-se um alfa de *Cronbach* de .90 da escala total, .93 para stresse social, .82 para stresse na saúde, .86 para o stresse no tempo, .93 para o stresse nas condições domésticas, e .95 para o stresse financeiro, sendo que o stresse no trabalho e parental não foram aplicados neste estudo devido às características da amostra (e.g. no grupo de controlo as mulheres não tinham estatuto laboral ativo) apresentando também boa validade de constructo (Costa, 2006).

Características Psicométricas do Presente Estudo

No presente estudo, com uma amostra de 767 mulheres, utentes da consulta de planeamento familiar, o instrumento apresenta boas características de consistência interna, verificando-se um *alfa de cronbach* de .93 para a escala total. No que concerne às subescalas do instrumento, os alfas de *cronbach* são os seguintes: .85 para o stresse social, .60 para stresse na saúde, .76 para o stresse no tempo, .78 para o stresse nas condições domésticas, .91 para o stresse financeiro e .97 para o stresse no trabalho.

- c) Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) - *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (Radloff, 1977 adaptado para português por Costa & McIntyre, 2006) (item 69 ao item 88);**

Descrição da versão original

Esta é uma escala breve estruturada, de auto-relato que foi desenvolvida por Radloff em 1977 e permite medir o nível atual de sintomatologia depressiva, enfatizando, o humor deprimido (Radloff, 1977). Os primeiros estudos foram realizados em amostras representativas da população geral e em amostra de população clínica. É uma escala constituída por 20 itens que se reportam ao humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desprezo, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono e outros sinalizadores de sintomatologia depressiva. A escala organiza-se em 4 subescalas: Afeto Depressivo (itens: 71, 74, 77, 82, 85 e 86); Afeto Positivo (itens: 72, 76, 81 e 84); Sintomas Somáticos (itens: 69, 70, 73, 75, 79, 80 e 88) e Interpessoal (itens: 78, 83 e 87) (Costa, 2006).

Descrição da versão adaptada para a população portuguesa

Esta escala foi adaptada para a população portuguesa por Costa e McIntyre (2006), sendo também conhecida outra adaptação para a população portuguesa efetuada por Gonçalves e Fagulha (2003).

Cotação

Na versão original de Radloff (1977), a resposta aos itens realiza-se com base numa escala tipo *likert*, variando entre 0 (raramente ou nenhum tempo) e 3 (sempre ou a maior parte do tempo), com frequência de ocorrência de sintoma (e.g. raramente ou nenhum tempo – menos de 1 dia; sempre ou a maior parte do tempo – 5 a 7 dias). Os procedimentos de aplicação e cotação da versão portuguesa são idênticos aos da versão original. As respostas também podem ser efetuadas numa escala de 4 pontos correspondentes à frequência de cada sintoma na última semana (desde “0=raramente ou nenhum tempo” até “3=sempre ou a maior parte do tempo”), tendo 4 itens de cotação inversa (itens: 72, 76, 81 e 84), (Costa, 2006). Desta forma o resultado final é igual à soma das cotações dos itens, tal como efetuado no estudo original (Radloff, 1977). Esta escala pode variar de 0 a 60 pontos, sendo os valores mais elevados indicadores de sintomatologia depressiva (Costa, 2006). O estudo original considera um ponto de corte de 16 para discriminar a população psiquiátrica da população em geral (Costa, 2006). O ponto de corte sugerido por Gonçalves e Fagulha (2003), para a versão portuguesa é de 20, sendo este o ponto de corte utilizado neste estudo.

Características Psicométricas da versão original

No que concerne à consistência interna, verifica-se que a escala possui uma elevada consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de .85 para a população geral e de .90 para a população clínica (Randloff, 1977).

Características Psicométricas da versão portuguesa

No estudo desenvolvido por Costa e McIntyre (2006), verifica-se uma consistência interna para a versão portuguesa elevada, com um alfa de *cronbach* de .90 para a escala total, .87 para a subescala afeto depressivo, .72 para a subescala afeto positivo, .76 para a subescala sintomas somáticos e .58 para a subescala interpessoal, segundo os autores este ultimo valor é aceitável devido ao pequeno número e itens que a subescala interpessoal

contém. Costa e McIntyre (2006) verificaram boas características psicométricas em termos de validade e fidelidade.

Características Psicométricas do Presente Estudo

Na amostra em estudo obteve-se um *alfa de cronbach* para a escala total de .90 para a escala total. Para às subescalas afeto depressivo o alfa foi de .89, para a subescala afeto positivo o alfa foi de .57, para a subescala sintomas somáticos o alfa foi de .85 e para a subescala interpessoal o alfa foi de .56.

- d) Escala de Suporte Social (SPS) - *Social Provisions Scale: Relationship Questionnaire* (Cutrona & Russel, 1993 adaptado para português por Costa & McIntyre, 2006) (item 89 ao item 97);**

Descrição da versão original

A Escala de Suporte Social na sua versão original foi desenvolvida em 1978 por Cutrona e Russel e baseia-se no modelo de provisões sociais de Weiss (1974 cit. in Costa 2006). A escala original, consistia em doze afirmações, duas afirmações para cada função, redigidas uma de modo afirmativo e outra de modo negativo. Esta escala foi reformulada em 1984 pelos mesmos autores, devido à baixa fidelidade do instrumento, resultando na Escala de Suporte Social Revista, foram adicionados 12 novos itens, 2 itens (um positivo e um negativo) para cada uma das 6 provisões/suportes sociais (orientação; relações de confiança; vinculação, reconhecimento; oportunidades para ser cuidador; integração social). O formato de resposta consiste numa escala com 4 possibilidades de resposta, visa avaliar os componentes específicos do suporte social, assim como o nível global de suporte disponível para o sujeito (Costa, 2006).

Descrição da versão portuguesa

Esta escala foi utilizada na população portuguesa por Costa e McIntyre (2006), é composta por 10 itens, selecionados por Hobfoll *no Woman's Health Study Questionnaire* (2002). Estes itens encontram-se organizados em 5 subescalas, nomeadamente: relação de confiança (itens: 89, 93), integração social (itens: 91, 96_a), orientação (itens: 90, 96_b), vinculação (itens: 94, 97) e reconhecimento (itens: 92, 95). Cada subescala é constituído por um item positivo e um item negativo. No presente estudo só será utilizada a escala de suporte

social (*score* total), porque se pretende avaliar o nível global de suporte disponível para as mulheres (Costa, 2006).

Cotação

O sujeito avalia as afirmações numa escala de *likert* com 4 possibilidades de resposta, a cotação para os itens positivos é: 0= Não, 1=“Às vezes”, 2=Sim, para os itens negativos as respostas são cotada como: 2=Não, 1= Às vezes e 0= Sim, a Incerteza é sempre cotada como zero. O resultado final é igual à soma dos itens. Os valores mais elevados são indicadores de maior suporte social e os mais baixos de menor suporte social.

Caraterísticas psicométricas da versão original

Para avaliar a consistência interna do instrumento, revisto Russell e Cutrona, (1987) realizaram um estudo com 1.792 participantes obtendo valores de alfa de *Cronbach* entre .65 e .76 para as subescalas e de .92 para a Escala total (Costa, 2006).

Caraterísticas psicométricas da versão portuguesa

As propriedades psicométricas revelam uma adequada consistência interna com um alfa de *cronbach* de .72 para a escala total (Costa, 2006).

Características Psicométricas do Presente Estudo

No presente estudo, o instrumento apresenta um *alfa de cronbach* de .78 para a escala total.

- e) **Escala da autoestima - Self-Esteem Scale (SES) (Rosenberg, 1965 adaptado para português por Costa & McIntyre, 2006) (item 217 ao item 226);**

Descrição da versão original

A Self-Esteem Scale de Rosenberg (1965), foi aferida numa amostra de 5402 estudantes de liceu, em 10 escolas do estado de Nova York. Foi construída como uma Escala de Guttman, que avalia a autoestima através do preenchimento de dez itens, sendo este constructo entendido de forma unidimensional, ou seja, um *continuum* com extremos na baixa autoestima e elevada autoestima. Os itens são formulados na positiva ou negativa de forma alternada para que haja diminuição do enviesamento nas respostas. Sendo classificadas numa

escala de quatro pontos (Concordo fortemente, Concordo, Discordo, Discordo fortemente) Estudos de validade demonstraram tanto uma estrutura unidimensional como estrutura de dois fatores (*self-confidence* e *self-deprecation*) no presente estudo utiliza-se uma estrutura unidimensional (Rosenberg, 1965 cit. in Costa, 2006).

Descrição da versão portuguesa

Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Costa e McIntyre (2006), sendo constituído pelos 10 itens da escala original, com as mesmas opções de resposta. As autoras supracitadas usaram a estrutura unidimensional da escala.

Cotação

A escala adaptada para a população portuguesa tem o mesmo método de cotação, numa escala de quatro pontos. Os itens são classificados através de uma escala quatro pontos (Concordo fortemente; Concordo; Discordo; Discordo fortemente). Para se obter o valor total relativo à autoestima global, procede-se à soma dos valores obtidos em cada um dos itens, em que o leque de resultados possível varia entre 0 e 30 pontos. Quanto maior for o resultado final obtido, mais elevado será o nível da autoestima global de cada indivíduo e vice-versa, tal como na versão original (Costa, 2006).

Características Psicométricas da versão original

O estudo original apresenta um nível de consistência interna para o nível de autoestima global de .85, e elevada fidelidade (Costa, 2006).

Características Psicométricas da versão Portuguesa

O coeficiente de fidelidade para a escala total é de .89, revelando uma elevada consistência interna desta escala. O estudo de validade de constructo confirma a unidimensionalidade da escala preconizada pelo autor da versão original (Costa, 2006).

Características Psicométricas do Presente Estudo

No presente estudo, com uma amostra de 767 mulheres utentes da consulta de planeamento familiar, o instrumento apresenta um *alfa de cronbach* de .88 para a escala total.

9. Análise dos dados

Após a recolha de dados, procedeu-se à inserção e análise dos dados com base no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* - versão 20). Neste estudo assumiu-se um valor de significância de .05 como valor crítico de significância dos testes.

Previamente à análise dos dados foi realizado um estudo de normalidade e homogeneidade dos dados dos diferentes instrumentos utilizados, através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, teste de *Levene* e dos índices de Kurtose e Assimetria. Verificou-se a violação dos pressupostos para a utilização de estatística paramétrica, assim utilizaram-se procedimentos de análise de dados não paramétricos.

Na caracterização da amostra, recorreu-se à estatística descritiva e à análise de frequências e distribuições. Também se recorreu ao teste *Qui-quadrado* para descrever a associação entre nas variáveis sociodemográficas e os três grupos etários (18-29; 30-39; 40-64). Para testar a primeira hipótese, de forma a avaliar as diferenças nas variáveis psicossociais stresse, recursos psicossociais (suporte social e autoestima) e sintomatologia depressiva, foi utilizado o teste de comparação de grupos *Kruskal-Wallis*. Na 2ª hipótese, nas alienas a) b) c) foi usado o Coeficiente de Correlação de *Spearman's Rho*. A interpretação da força de correlação foi efetuada pelo intervalo de correlação proposto por Field (2009).⁴

Para as análises exploratórias foram utilizados testes *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* para avaliar diferenças entre grupos. É de referir que a cada vez que se realizou um teste *Kruskal-Wallis*, efetuaram-se posteriormente testes *Mann-Whitney*, comparando os grupos dois a dois, para analisar as diferenças significativas entre os três grupos, utilizando-se a correção de *Bonferroni*, aumentando a exigência da significância e reduzindo a probabilidade de erro, assim *p* só será significativo, se o valor deste for inferior a .017 ($p < .017$).

10. Resultados

Nesta secção serão apresentados os resultados das hipóteses testadas, bem como das análises exploratórias.

Resultados dos testes de hipóteses

Hipótese 1: Espera-se encontrar diferenças significativas entre as mulheres utentes da consulta de planeamento familiar, de diferentes faixas etárias (18-29; 30-39; 40-64), ao nível do stresse, dos recursos psicossociais (suporte social e autoestima) e sintomatologia

⁴ Força de correlação: (r) = .10 a .29 ou de -.10 a -.29 correlação baixa; (r) = .30 a .49 ou -.30 a -.49 correlação moderada e (r) = .50 a 1.0 ou -.50 a -.1.0 correlação elevada (Field, 2009).

depressiva.

Os grupos etários foram sugeridos por Heath, Hall, Canetti e Hobfoll (2012), que consideram o grupo *Young Adulthood* (18-29 anos), *Thirties* (30-39 anos) e *Middle Age* (40-64 anos). Através dos resultados verificou-se que existem diferenças significativas nos três grupos etários, ao nível do stresse no tempo ($\chi^2(2)=13.79$, $p<.01$), da sintomatologia depressiva (*score total*) ($\chi^2(2)=15.79$, $p<.001$), afeto depressivo ($\chi^2(2)=23.99$, $p<.001$), sintomas somáticos ($\chi^2(2)=6.06$, $p<.05$) e do suporte social ($\chi^2(2)=16.72$, $p<.001$). Assim, as mulheres mais velhas, com idades entre os 40-64 anos, apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, afeto depressivo e sintomas somáticos, também apresentam menor suporte social e stresse no tempo, comparativamente com as mulheres mais novas dos 18-29 anos e 30-39 anos. Não foram encontradas diferenças significativas nas restantes variáveis, (tabela 5).

Tabela 5

Apresentação dos resultados relativos ao teste Kruskal-Wallis

Variáveis	Faixas Etárias			$\chi^2(2)$
	(18-29)	(30-39)	(40-64)	
	(n=243)	(n=235)	(n=289)	
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	
COR-E (<i>score total</i>)	382.09	389.36	381.25	.20
Stresse social	400.98	386.89	367.38	3.74
Stresse saúde	358.19	391.18	399.87	5.64
Stresse tempo	402.12	409.68	347.88	13.79**
Stresse C. Domésticas	370.66	380.98	397.67	2.15
Stresse financeiro	372.56	386.30	391.75	1.06
Stresse trabalho	402.36	385.31	367.50	4.04
CES-D (<i>score total</i>)	354.42	364.78	424.51	15.79***
Afeto depressivo	350.68	357.63	433.46	23.99***
Afeto positivo	362.35	385.76	400.77	4.05
Sintomas Somáticos	365.45	372.47	408.97	6.06*
Interpessoal	382.26	382.81	386.43	.066
SPS	407.67	410.90	342.23	16.72***
SES	396.41	397.43	362.24	4.52

Nota. COR-E = *Conservation of Resources- Evaluation*; CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*; Stresse C. Domésticas = Stresse nas Condições Domésticas

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

Os testes *post-hoc* de comparação dos grupos dois a dois demonstram diferenças entre os grupos (18-29 anos) e (40-64 anos) nas variáveis stresse no tempo ($u=30285.00$, $p<.01$), sintomatologia depressiva (*score total*) ($u=28534.00$, $p<.001$), afeto depressivo ($u=27510.00$, $p<.001$) e ao nível do suporte social ($u=29152.50$, $p<.01$), desta forma, observa-se que mulheres mais velhas apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e afeto depressivo, e níveis mais baixos de suporte social e stresse no tempo (tabela 6).

Tabela 6

Apresentação dos resultados relativos ao teste Mann-Whitney

Variáveis	Faixas etárias		u
	(18-29) (n=243) <i>Ordem Média</i>	(40-64) (n=289) <i>Ordem Média</i>	
Stresse tempo	286.37	249.79	30285.00**
CES-D (<i>score total</i>)	239.42	289.27	28534.00***
Afeto depressivo	235.21	292.81	27510.00***
Sintomas Somáticos	249.89	280.47	31076.50
SPS	291.03	245.87	29152.50**

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*

***p<.001. **p<.01. *p<.017

Os grupos (30-39 anos) e (40-64 anos) demonstram diferenças ao nível do stresse no tempo ($u=28347.50$, $p<.01$), da sintomatologia depressiva (*score total*) ($u=28831.00$, $p<.01$), afeto depressivo ($u=27266.00$, $p<.001$) e do suporte social ($u=27846.00$, $p<.001$), também se verifica nestes dois grupos etários que mulheres mais velhas apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva (*score total*) e afeto depressivo e menores níveis suporte social e stresse no tempo (tabela 7).

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias (18-29) e (30-39) anos.

Tabela 7

Apresentação dos resultados relativos ao teste Mann-Whitney

Variáveis	Faixas etárias		u
	(30-39)	(40-64)	
	(n=235)	(n=289)	
	Ordem Média	Ordem Média	
Stresse tempo	286.37	243.09	28347.50**
CES-D (<i>score</i> total)	240.69	280.24	28831.00**
Afeto depressivo	234.03	285.65	27266.00***
Sintomas Somáticos	248.97	273.50	30778.00
SPS	288.51	241.35	27846.00***

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*

***p<.001. **p<.01. *p<.017

Hipótese 2: Espera-se encontrar:

- Uma relação positiva entre o stresse (*score* total) (stresse social, stresse na saúde, stresse no tempo, stresse nas condições domésticas, stresse financeiro e stresse no trabalho) e a sintomatologia depressiva (*score* total) (afeto depressivo, afeto positivo, sintomas somáticos e interpessoal);
- Uma relação negativa entre suporte social, sintomatologia depressiva (*score* total) (afeto depressivo, afeto positivo, sintomas somáticos e interpessoal) e stresse (*score* total) (stresse social, stresse na saúde, stresse no tempo, stresse nas condições domésticas, stresse financeiro e stresse no trabalho).
- Uma relação negativa entre autoestima, sintomatologia depressiva (*score* total) (afeto depressivo, afeto positivo, sintomas somáticos e interpessoal) e stresse (*score* total) (stresse social, stresse na saúde, stresse no tempo, stresse nas condições domésticas, stresse financeiro e stresse no trabalho).

Através das análises verifica-se uma relação moderada e positiva entre sintomatologia depressiva (*score* total) e stresse (*score* total) ($r_s=.453$, $p<.001$), stresse social ($r_s=.427$, $p<.001$), stresse relacionado com a saúde ($r_s=.411$, $p<.001$), stresse nas condições domésticas ($r_s=.389$, $p<.001$) e stresse financeiro ($r_s=.345$, $p<.001$). Também se verifica uma relação moderada positiva entre stresse (*score* total) e as dimensões da sintomatologia depressiva: afeto depressivo ($r_s=.435$, $p<.001$), sintomas somáticos ($r_s=.496$, $p<.001$), e interpessoal

($r_s=.360$, $p<.001$),.

Ao nível do suporte social e sintomatologia depressiva (*score* total) obteve-se uma relação moderada mas negativa ($r_s= -.423$, $p<.001$). Verifica-se também uma relação moderada negativa entre o suporte social e as diversas dimensões da sintomatologia depressiva: afeto depressivo ($r_s= -.392$, $p<.001$), sintomas somáticos ($r_s= -.355$, $p<.001$) e interpessoal ($r_s= -.350$, $p<.001$). E ainda, uma relação moderada negativa entre suporte social com o stresse social ($r_s=-.329$, $p<.001$) e stresse (*score* total) ($r_s=-.334$, $p<.001$).

Quanto à autoestima e sintomatologia depressiva (*score* total) obteve-se uma relação moderada negativa ($r_s=-.435$, $p<.001$), também se obteve uma relação moderada negativa entre a autoestima e afeto depressivo ($r_s=-.417$, $p<.001$), e entre autoestima e sintomas somáticos ($r_s=-.346$, $p<.001$). Verificou-se ainda uma relação moderada negativa entre autoestima e stresse social ($r_s=-.328$, $p<.001$).

Verificaram-se também relações baixas mas significativas nas restantes variáveis, à exceção da relação entre afeto positivo com stresse no tempo, stresse financeiro e stresse no trabalho, em que não se verificam relações significativas (tabela 8).

Tabela 8

Apresentação dos resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman's Rho das variáveis em estudo

Variáveis	7	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14
1. COR-E (s. total)	—													
2. Stresse social	.674***	—												
3. Stresse saúde	.671***	.491***	—											
4. Stresse tempo	.639***	.431***	.380***	—										
5. Stresse C. D.	.790***	.478***	.518***	.394***	—									
6. Stresse financeiro	.887***	.462***	.479***	.452***	.672***	—								
7. Stresse trabalho	.453***	.427***	.411***	.234***	.389***	.345***	.218***	—						
8. CESD (s.total)	.435***	.413***	.375***	.200***	.385***	.351***	.180***	.900***	—					
9. Afeto depressivo	.090*	.144***	.118***	.035	.085***	.053	-.034	.493***	.257***	—				
10. Afeto positivo	.496***	.429***	.432***	.298***	.392***	.383***	.284***	.890***	.810***	.151***	—			
11. S. Somáticos	.360***	.369***	.279***	.203***	.324***	.237***	.283***	.623***	.549***	.155***	.571***	—		
12. Interpessoal	-.334***	-.329***	-.231***	-.165***	-.279***	-.278***	-.128***	-.423***	-.392***	-.260***	-.355***	-.350***	—	
13. SPS	-.272***	-.328***	-.181***	-.106**	-.198***	-.242***	-.080*	-.435***	-.417***	-.271***	-.346***	-.283***	.348***	—
14. SES														

Nota: COR-E = *Conservation of Resources- Evaluation*; CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*; Stresse C. D.= *Stresse nas Condições Domésticas*; s. total= *score total*

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

Análises Exploratórias

Diferenças ao nível das variáveis psicológicas em função do nível de educação

Os resultados demonstram haver diferenças significativas entre mulheres com ensino secundário e com mais do que o ensino secundário ao nível do stresse (*score* total) ($u=60888.00$, $p<.01$), e das suas dimensões: stresse social ($u=65101.50$, $p<.05$), stresse no tempo ($u=54979.00$, $p<.001$), stresse financeiro ($u=63804.50$, $p<.05$), stresse no trabalho ($u=54788.50$, $p<.001$). Ao nível da sintomatologia depressiva (*score* total) ($u=57246.50$, $p<.001$), e das suas dimensões: afeto depressivo ($u=58674.50$, $p<.001$), afeto positivo ($u=58750.50$, $p<.001$) sintomas somáticos ($u=63280.00$, $p<.01$), e interpessoal ($u=65115.00$, $p<.05$). Ao nível do suporte social ($u=54158.00$ $p<.001$), e ainda ao nível da autoestima ($u=62715.00$, $p<.01$). Os resultados mostram que mulheres com maior nível de educação apresentam maiores níveis de stresse (*score* total) tal como nas diversas dimensões da escala de stresse (stresse social, saúde, tempo, financeiro e trabalho), menores níveis de sintomatologia depressiva (*score* total) e nas suas dimensões (afeto depressivo, afeto positivo, sintomas somáticos e interpessoal), maiores níveis de suporte social e maiores níveis de autoestima.

Apenas não se verificaram diferenças significativas na subescala stresse na saúde e stresse nas condições domésticas (tabela 9).

Tabela 9

Apresentação dos resultados relativos ao teste Mann-Whitney

Variáveis	Nível de educação		<i>u</i>
	Menos que ensino	Mais que ensino	
	secundário (<i>n</i> =314) <i>Ordem Média</i>	secundário (<i>n</i> =453) <i>Ordem Média</i>	
COR-E (<i>score</i> total)	351.41	406.59	60888.00**
Stresse social	364.83	397.29	65401.50*
Stresse saúde	379.68	386.99	69765.00
Stresse tempo	332.59	419.63	54979.00***
Stresse C. Domésticas	374.94	390.28	68276.50
Stresse financeiro	360.70	400.15	63804.50*
Stresse trabalho	331.99	420.05	54788.50***
CES-D (<i>score</i> total)	428.19	353.37	57246.50***
Afeto depressivo	423.64	356.52	58674.50***
Afeto positivo	423.40	356.69	58750.50***
Sintomas Somáticos	408.97	366.69	63280.00**
Interpessoal	403.13	370.74	65115.00*
SPS	329.98	421.45	54158.00***
SES	357.23	402.56	62715.00**

Nota. COR-E = *Conservation of Resources- Evaluation*; CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*; Stresse C. Domésticas = Stresse nas Condições Domésticas

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

Diferenças das variáveis psicológicas em função do rendimento anual

Verificaram-se diferenças significativas ao nível do stresse no tempo (χ^2 (2)=21.92, *p*<.001), stresse no trabalho (χ^2 (2)=28.82, *p*<.001), na sintomatologia depressiva (*score* total) (χ^2 (2)=7.95, *p*<.05), no afeto positivo (χ^2 (2)=6.13, *p*<.05), sintomas somáticos (χ^2 (2)=8.06, *p*<.05), suporte social (χ^2 (2)=16.43, *p*<.001) e autoestima (χ^2 (2)=11.18, *p*<.01) entre mulheres com rendimento anual menor que 6000 euros, de 6000 a 12000 euros e mais de 12000 euros. Estes resultados mostram que mulheres com rendimento mais elevado apresentam elevados níveis de stresse no tempo

e stresse no trabalho, e mulheres com rendimento mais baixo apresentam maiores níveis de afeto positivo, sintomas somáticos e sintomatologia depressiva (*score* total) e níveis mais baixos de suporte social e autoestima (tabela 10).

Tabela 10

Apresentação dos resultados relativos ao teste Kruskal-Wallis

Variáveis	Rendimento Anual			$\chi^2(2)$
	Menos de 6000 euros (n=512) <i>Ordem Média</i>	De 6000 a 12000 euros (n=180) <i>Ordem Média</i>	Mais de 12000 euros (n=75) <i>Ordem Média</i>	
COR-E (<i>score</i> total)	376.40	401.31	394.37	1.87
Stresse social	380.60	395.51	379.59	.77
Stresse saúde	379.87	391.64	393.85	.61
Stresse tempo	358.92	431.94	440.18	21.92***
Stresse C.D.	382.49	392.60	373.68	.49
Stresse financeiro	388.46	383.25	355.37	1.50
Stresse trabalho	357.42	427.54	460.98	28.82***
CES-D (<i>score</i> total)	399.31	346.44	369.61	7.95*
Afeto depressivo	396.75	353.66	369.77	5.56
Afeto positivo	394.93	375.65	329.45	6.13*
Sintomas Somáticos	397.62	343.43	388.41	8.06*
Interpessoal	392.02	354.99	398.87	4.81
SPS	361.67	422.06	445.11	16.43***
SES	365.37	417.54	430.71	11.18**

Nota. COR-E = *Conservation of Resources- Evaluation*; CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*, Stresse C. D.= Stresse nas Condições Domésticas

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

Os testes *post-hoc* de comparação dos grupos dois a dois demonstram diferenças entre os grupos (menos de 6000 euros vs. de 6000 a 12000 euros) nas variáveis stresse no tempo (u=37255.00, p<.001), stresse no trabalho (u=37719.00, p<.001), sintomatologia depressiva (*score* total) (u=39733.50, p<.01), sintomas somáticos (u=39561.00, p<.01), suporte social (u=38739.00, p<.01), e autoestima (u=39828.00,

p<.01), demonstrando que mulheres com menor rendimento (menos de 6000 euros) apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e sintomas somáticos, e níveis mais baixos de stresse no tempo e no trabalho, de suporte social e de autoestima comparativamente com mulheres com rendimento entre 6000 a 12000 euros (tabela 11).

Tabela 11

Apresentação dos resultados relativos ao teste Mann-Whitney

Variáveis	Rendimento Anual		u
	Menos de 6000	De 6000 a 12000	
	euros	euros	
	(n=512)	(n=180)	
	Ordem Média	Ordem Média	
Stresse tempo	329.26	395.53	37255.00***
Stresse trabalho	330.17	392.95	37719.00***
CES-D (score total)	358.90	311.24	39733.50**
Afeto positivo	350.91	333.95	43821.00
Sintomas Somáticos	359.23	310.28	39561.00**
SPS	332.16	387.28	38739.00**
SES	334.29	381.23	39828.00**

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*

*** p<.001. ** p<.01. * p<.017

Nos grupos (menos de 6000 euros vs. mais de 12000 euros) observaram-se diferenças significativas nas variáveis stresse no tempo (u=15182.50, p<.01), stresse no trabalho (u=13950.00, p<.001), afeto positivo (u=15865.00, p<.017), suporte social (u=15107.00, p<.01) e autoestima (u=15911.00, p<.017), indicando que mulheres com baixo rendimento (menos de 6000 euros) demonstram níveis mais elevados de afeto positivo e mulheres com rendimento mais elevado (mais de 12000 euros) apresentam níveis mais elevados de stresse no tempo e no trabalho, de suporte social e de autoestima (tabela 12).

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (de 6000 a 12000 euros vs. mais de 12000 euros).

Tabela 12

Apresentação dos resultados relativos ao teste Mann-Whitney

Variáveis	Rendimento Anual		u
	Menos de 6000	Mais de 12000	
	euros (n=512) Ordem Média	euros (n=75) Ordem Média	
Stresse tempo	286.15	347.57	15182.50**
Stresse trabalho	283.75	364.00	13950.00***
CES-D (<i>score</i> total)	296.92	274.09	17706.50
Afeto positivo	300.51	249.53	15865.00*
Sintomas Somáticos	294.89	287.95	18746.50
SPS	286.01	348.57	15107.00**
SES	287.58	337.85	15911.00*

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*

***p<.001. **p<.01. *p<.017

Diferenças das variáveis psicológicas em função do estatuto de profissional atual

Existem diferenças significativas ao nível do stresse tempo ($u=49493.00$, $p<.001$), stresse nas condições domésticas ($u=55226.50$, $p<.05$), stresse no trabalho ($u=32753.00$, $p<.001$), no afeto depressivo ($u=51144.50$, $p<.001$), sintomas somáticos ($u=53961.00$, $p<.05$) na sintomatologia depressiva (*score* total) ($u=52319.50$, $p<.01$), e na autoestima ($u=53286.00$, $p<.01$) entre mulheres empregadas e desempregadas. Mulheres desempregadas apresentam menores níveis de stresse no tempo, stresse no trabalho e de autoestima, e maiores níveis de stresse nas condições domésticas, afeto depressivo, sintomas somáticos, e sintomatologia depressiva (*score* total). Não se verificam diferenças significativas nas restantes variáveis (tabela 13).

Tabela 13

Apresentação dos resultados relativos ao teste Mann-Whitney

Variáveis	Estatuto profissional Atual		u
	Desempregada	Empregada	
	(n=223)	(n=544)	
	Ordem Média	Ordem Média	
COR-E (<i>score total</i>)	379.65	385.78	59685.50
Stresse social	397.30	378.55	57689.00
Stresse saúde	401.64	376.77	56722.00
Stresse tempo	333.94	404.52	49493.00***
Stresse C. Domésticas	408.35	374.02	55226.50*
Stresse financeiro	406.67	374.71	55601.50
Stresse trabalho	258.87	435.29	32753.00***
CES-D (<i>score total</i>)	421.38	368.68	52319.50**
Afeto depressivo	426.65	366.52	51144.50**
Afeto positivo	406.47	374.79	55644.50
Sintomas Somáticos	414.02	371.69	53961.00*
Interpessoal	387.14	382.71	59956.50
SPS	376.04	387.26	58881.00
SES	350.95	397.55	62715.00**

Nota. COR-E = *Conservation of Resources- Evaluation*; CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*, Stresse C. Domésticas = Stresse nas Condições Domésticas

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

Diferenças das variáveis psicológicas em função do estado civil

No que concerne ao estado civil, verificam-se diferenças significativas entre mulheres casadas ou em união de facto, solteiras, divorciadas ou separadas e viúvas, ao nível da subescala stresse financeiro ($\chi^2 (2)=6.89$, $p<.05$). Também se verificam diferenças significativas ao nível da sintomatologia depressiva (*score total*) ($\chi^2 (2)=12.22$, $p<.01$) e das suas dimensões: afeto depressivo ($\chi^2 (2)=19.23$, $p<.001$) e sintomas somáticos ($\chi^2 (2)=8.99$, $p<.05$) e ainda ao nível do suporte social ($\chi^2 (2)=22.03$, $p<.001$). As mulheres divorciadas, separadas e viúvas apresentam níveis mais elevados de stresse financeiro, maior sintomatologia depressiva, afeto depressivo e

sintomas somáticos, e ainda menores níveis de suporte social. Não se verificaram diferenças significativas nas restantes variáveis (tabela 14).

Tabela 14

Apresentação dos resultados relativos ao teste Kruskal-Wallis

Variáveis	Estado Civil			$\chi^2(2)$
	Casadas ou União de facto (n=464) <i>Ordem Média</i>	Solteiras (n=235) <i>Ordem Média</i>	Divorciadas, separadas ou viúvas (n=68) <i>Ordem Média</i>	
COR-E (<i>score total</i>)	383.28	371.53	431.99	3.95
Stresse Social	379.01	379.83	432.49	4.32
Stresse saúde	393.01	358.53	410.55	5.44
Stresse tempo	379.89	399.37	358.88	2.40
Stresse C.D.	385.60	366.93	432.06	4.91
Stresse financeiro	380.89	371.36	448.90	6.89*
Stresse trabalho	387.82	378.87	375.64	.45
CES-D (<i>s. total</i>)	385.91	357.26	463.40	12.22**
Afeto depressivo	387.54	348.73	481.71	19.93***
Afeto positivo	384.93	376.63	403.10	.78
Sintomas S.	385.23	361.70	452.67	8.99*
Interpessoal	382.72	370.75	438.55	5.85
SPS	382.79	417.76	275.60	22.03***
SES	386.11	395.03	331.45	4.49

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*; sintomas S. = Sintomas somáticos; Stresse C. D. = Stresse nas Condições Domésticas; s. total = *Score total*

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

Na comparação dos grupos dois a dois, os testes *post-hoc* demonstram diferenças significativas entre os grupos (casadas ou em união de facto vs. divorciadas, separadas ou viúvas) ao nível do stresse financeiro (u=12948.00, p<.017), da sintomatologia depressiva (u=12617.00, p<.01), afeto depressivo (u=11945.00, p<.01), e do suporte social (u=11381.50, p<.001), desta forma, observa-se que mulheres casadas ou em

união de facto apresentam menor stresse financeiro, sintomatologia depressiva e afeto depressivo, e maiores níveis de suporte social (tabela 15).

Tabela 15

Apresentação dos resultados relativos ao teste Mann-Whitney

Variáveis	Estado civil		u
	Casadas ou União de facto (n=464) <i>Ordem Média</i>	Divorciadas, separadas e viúvas (n=68) <i>Ordem Média</i>	
Stresse financeiro	260.41	308.09	12948.00*
CES-D (<i>score</i> total)	259.69	312.96	12617.00**
Afeto depressivo	258.24	322.83	11945.00**
Sintomas Somáticos	260.63	306.56	13052.00
SPS	275.97	201.88	11381.50***

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*;

***p<.001. **p<.01. *p<.017

Relativamente aos grupos (solteiras vs. divorciadas, separadas ou viúvas) existem diferenças significativas ao nível do stresse financeiro (u=6405.00, p<.017), da sintomatologia depressiva (u=5749.50, p<.001), afeto depressivo (u=5176.50, p<.001), sintomas somáticos (u=6044.50, p<.01) e do suporte social (u=5013.00, p<.001). Mulheres casadas ou em união de facto apresentam menor stresse financeiro, sintomatologia depressiva e afeto depressivo, e maior suporte social. Verifica-se que mulheres divorciadas, separadas e viúvas demonstram níveis mais elevados de stresse financeiro, afeto depressivo, sintomas somáticos e sintomatologia depressiva, e níveis mais baixos de suporte social, comparativamente com mulheres solteiras (tabela 16).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (casadas ou em união de facto vs. solteiras).

Tabela 16

Apresentação dos resultados relativos ao teste Mann-Whitney

Variáveis	Estado civil		u
	Solteiras (n=235) <i>Ordem Média</i>	Divorciadas, separadas e viúvas (n=68) <i>Ordem Média</i>	
Stresse financeiro	145.26	175.31	6405.00*
CES-D (<i>score</i> total)	142.47	184.95	5749.50***
Afeto depressivo	140.03	193.38	5176.50***
Sintomas Somáticos	143.72	180.61	6044.50**
SPS	164.67	108.22	5013.00***

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*;

***p<.001. **p<.01. *p<.017

Diferenças das variáveis psicológicas em função da religiosidade

Ao nível das mulheres que se consideram religiosas, mais ou menos religiosas e não religiosas encontraram-se diferenças significativas ao nível da sintomatologia depressiva (*score* total) (χ^2 (2)=18.57, p<.001), no afeto depressivo (χ^2 (2)=17.56, p<.001), sintomas somáticos (χ^2 (2)=13.10, p<.01), suporte social (χ^2 (2)=8.98, p<.05) e ao nível da autoestima (χ^2 (2)=6.65, p<.05). Mulheres que se consideram religiosas apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (*score* total), afeto depressivo e sintomas somáticos e menores níveis de suporte social e de autoestima comparativamente com mulheres não religiosas ou que se consideram mais ou menos religiosas (tabela 17).

Tabela 17

Apresentação dos resultados relativos ao teste Kruskal-Wallis

Variáveis	Religiosidade			$\chi^2(2)$
	Não religiosa	Mais ou menos religiosa	Religiosa	
	(n=70) <i>Ordem Média</i>	(n=198) <i>Ordem Média</i>	(n=499) <i>Ordem Média</i>	
COR-E (s. total)	392.54	392.07	379.60	.57
Stresse social	408.76	386.86	379.39	1.36
Stresse saúde	371.37	378.90	387.80	.54
Stresse tempo	428.28	388.49	376.01	3.90
Stresse C.D.	374.49	389.10	383.31	.25
Stresse financeiro	385.96	391.30	380.83	.33
Stresse trabalho	377.91	395.30	380.37	.87
CES-D (s. total)	278.21	381.52	399.83	18.57***
Afeto depressivo	281.04	386.31	397.53	17.56***
Afeto positivo	327.55	401.59	384.94	5.88
Sintomas S.	300.30	373.55	399.89	13.10**
Interpessoal	321.39	381.77	393.67	7.70
SPS	459.14	375.34	376.90	8.98***
SES	448.05	372.36	379.64	6.65*

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*; Sintomas S. = Sintomas Somáticos; s. total = *score total*

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

Ao comparar dos grupos dois a dois, os testes *post-hoc* demonstram que existem diferenças significativas entre os grupos (não religiosas vs. mais ou menos religiosas) ao nível da sintomatologia depressiva (*score total*) (u=5089.50, p<.01), afeto depressivo (u=5067.00, p<.01), sintomas somáticos (u=5563.00, p<.017) e suporte social (u=5448.50, p<.01). Os resultados indicam que mulheres não religiosas apresentam menores níveis de sintomatologia depressiva, afeto depressivo e sintomas somáticos e maiores níveis de suporte social comparativamente com mulheres mais ou menos religiosas (tabela 18).

Tabela 18

Apresentação dos resultados relativos ao teste Mann-Whitney

Variáveis	Religiosidade		u
	Não religiosa (n=70) Ordem Média	Mais ou menos religiosa (n=198) Ordem Média	
CES-D (<i>score total</i>)	108.21	143.80	5089.50**
Afeto depressivo	107.89	143.91	5067.00**
Sintomas Somáticos	114.98	141.40	5563.00*
SPS	155.66	127.02	5448.50**

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*

***p<.001. **p<.01. *p<.017

Nos grupos de mulheres (não religiosas vs. religiosas) verificam-se diferenças significativas ao nível da sintomatologia depressiva (*score total*) (u=11900.00, p<.001), afeto depressivo (u=12120.50, p<.001), sintomas somáticos (u=12972.50, p<.001), ao nível do suporte social (u=13687.00, p<.01) e da autoestima (u=14306.50, p<.017). Observa-se que mulheres não religiosas demonstram menores níveis de sintomatologia depressiva, afeto depressivo e sintomas somáticos e níveis mais elevados de suporte social e autoestima relativamente às mulheres religiosas (tabela 19).

Não se verificam diferenças entre os restantes grupos (mais ou menos religiosas vs. religiosas).

Tabela 19

Apresentação dos resultados relativos ao teste Mann-Whitney

Variáveis	Religiosidade		<i>u</i>
	Não religiosa (<i>n</i> =70)	Religiosa (<i>n</i> =499)	
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	
CES-D (<i>score</i> total)	205.50	296.15	11900.00***
Afeto depressivo	208.65	295.71	12120.50***
Sintomas Somáticos	220.82	294.00	12972.50***
SPS	338.97	277.43	13687.00**
SES	330.12	278.67	14306.50*

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPS= *Social Provisions Scale*

****p*<.001. ***p*<.01. **p*<.017

11. Discussão dos resultados

Hipótese 1

No presente estudo, os resultados mostraram que mulheres mais velhas (40-64 anos) apresentam maior sintomatologia depressiva, afeto depressivo e sintomas somáticos comparativamente com as mulheres mais novas. O que corrobora estudos epidemiológicos que referem um aumento da prevalência de sintomatologia depressiva em mulheres de meia-idade (Angst et al., 2002; Bebington et al., 2003). A nível nacional, Gonçalves e colaboradores (2005) realizaram um estudo sobre a depressão nas mulheres de meia-idade, e verificaram maior frequência de episódios depressivos *major* ou do total de perturbações depressivas estudadas pelos autores (episódios depressivos *major*, perturbações distímicas, episódios depressivos *minor*) na faixa etária dos 45-54 anos. Por outro lado, Mendes (2013) não entrou diferenças significativas entre a idade e a sintomatologia depressiva.

Também se verificou no presente estudo que mulheres mais velhas (40-64 anos), além de apresentarem níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, apresentam menor suporte social e menor stresse no tempo. Como demonstrado na literatura, o baixo

suporte social está associado ao aumento da sintomatologia depressiva (Vranceanu et al., 2007). Estes resultados são consistentes com os resultados de Aro e colaboradores (2001), Cacioppo e colaboradores (2010), Yuh e colaboradores (2008), que verificaram uma associação negativa significativa entre suporte social e sintomatologia depressiva em mulheres de meia-idade.

As razões apresentadas pela literatura, no que concerne ao aumento da prevalência de sintomatologia depressiva em mulheres de meia-idade, prendem-se com a hipótese de que a crise ou as dificuldades da meia-idade na mulher estarem relacionadas com a fase da menopausa e não diretamente com a idade (Gonçalves et al., 2005), considerando-se a possibilidade de assumir que não é o grupo etário mas o estágio do ciclo reprodutor da mulher, que parece estar mais associado à prevalência da sintomatologia depressiva nas mulheres deste grupo etário (Gonçalves et al., 2013; Mendes, 2013; Noble, 2005).

Por outro lado, a convicção de que o período da menopausa corresponde a um aumento da sintomatologia depressiva, tem demonstrado resultados contraditórios (Gonçalves et al., 2005). Segundo Bosworth e colaboradores (2001) a sintomatologia depressiva, na meia-idade, não se relaciona com a menopausa, mas com fatores sociodemográficos como nível de educação, emprego remunerado e rendimento. Outros autores referem ainda, que a intensidade da sintomatologia depressiva na menopausa, depende tanto do estado de menopausa como de variáveis sociodemográficas como: rendimento nível de educação e estado civil (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Fagulha, Gonçalves & Ferreira, 2011; Mendes, 2013). Fagulha e Gonçalves (2012) e Mendes e Fagulha (2012) referem que o baixo nível de educação e o baixo rendimento familiar estão relacionados com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva em mulheres portuguesas de meia-idade, pois as mulheres com menor escolaridade apresentam um menor leque de oportunidades, especialmente ao nível da situação profissional. Estes resultados são consistentes com os resultados presente estudo uma vez que mulheres mais velhas (40-64 anos) apresentam menor nível de educação, são casadas e apresentam um baixo rendimento anual, e por sua vez são estas mulheres que apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva.

Verificou-se neste estudo que as mulheres mais velhas apresentarem menor escolaridade, o que pode ser explicado pelo desenvolvimento cultural e histórico do país. Por volta de 1940 grande parte das mulheres portuguesas não sabiam ler (60%), a inserção progressiva das mulheres no ensino deu-se a partir da revolução democrática

em 1974 (Fagulha & Gonçalves, 2012). As mulheres mais velhas da amostra do presente estudo nasceram entre 1950 e 1975 (40-64 anos), por esta razão a maior parte das mulheres do grupo etário (40-64 anos) apresentam escolaridade inferior ao ensino secundário.

Ainda no presente estudo as mulheres mais velhas apresentam menor stresse no tempo, que pode ser explicado pelo facto de (38.6%) das mulheres estarem desempregadas, e devido a determinadas tarefas desenvolvimentais, que ocorrem na meia-idade (e.g. filhos criados, “ninho vazio”) (Gonçalves et al., 2005). Quanto às mulheres que trabalham (37.3%), podem já ter uma carreira estabelecida. Segundo Neugarten (1977), a carreira estabelecida faz referência à ideia de “relógio social”, cujos ponteiros apontam para que determinados acontecimento e tarefas de desenvolvimento ocorram.

Hipótese 2

O presente estudo corrobora os resultados evidenciados na literatura, uma vez que a sintomatologia depressiva (*score* total) nas mulheres portuguesas está positivamente associada ao stresse (*score* total), e às suas dimensões. E o stresse (*score* total) está positivamente associado às diversas dimensões da sintomatologia depressiva. Neste sentido, Uebelacker e colaboradores (2013) referem que os acontecimentos de vida negativos e os stressores crónicos são considerados fatores de risco para a depressão. Mulheres expostas a acontecimentos de vida stressantes apresentam elevados níveis de sintomatologia depressiva (Kim & Kahng, 2011).

Neste estudo também se verificou que o suporte social está negativamente relacionado com a sintomatologia depressiva (*score* total) (afeto depressivo, sintomas somáticos e interpessoal) e com o stresse (*score* total) e stresse social. Estes resultados vão de encontro à literatura, comprovando, assim, que o suporte social pode diminuir o efeito do stresse na depressão, (Hammen, 2003; Ritter et al., 2000; Wade et al., 2000; Warren, 1997; Wildes et al., 2002;). Adicionalmente, Uebelacker e colaboradores (2013) referem que a vulnerabilidade nas relações sociais e íntimas na vida das mulheres, são um importante fator de risco para a depressão e para o stresse. Mulheres com maior suporte social apresentam menores níveis de depressão e maior probabilidade de amortizar as reações negativas do stresse (Ritter et al., 2000; Vranceanu, et al., 2007; Warren, 1997; Weber et al., 2010).

Os resultados do presente estudo, mostram ainda que a autoestima também se

relaciona negativamente com a sintomatologia depressiva (*score* total), afeto depressivo (choro, tristeza), sintomas somáticos (pouca energia, apetite sono, sentem-se perturbadas e incomodadas) e com o stresse social, demonstrando que mulheres com baixa autoestima sentem muita ameaça de perder o valor que têm para os outros e o afeto por parte de familiares e amigos. Estes resultados refletem-se nos resultados da literatura, assim Michalak e colaboradores (2011), referem que sintomas depressivos atuais e níveis de autoestima estão muito associados, e pessoas deprimidas tendem a pensar negativamente sobre si mesmas e sobre o seu mundo. Segundo Kim e Kahng (2011) e Michalak e colaboradores (2011), os baixos níveis de autoestima contribuem para o aparecimento, manutenção e recorrência da depressão nas mulheres. É portanto considerado como um recurso psicológico interno muito importante, não só na relação com a depressão mas também com o stresse, podendo amortizar os níveis de stresse nas mulheres (Panchanadeswaren & Dawson, 2011; Ritter et al., 2000). A autoestima amortiza a depressão nas mulheres reforçando um sentimento positivo ao logo das adversidades que ocorrem na vida, levando à diminuição do stresse (Warren, 1997).

Deste modo, verifica-se que nas mulheres portuguesas as correlações indicam uma associação positiva entre stresse e sintomatologia depressiva, e uma associação negativa entre suporte social e autoestima com a sintomatologia depressiva e com o stresse tal como se verifica estudo de Ritter e colaboradores (2000), em que mulheres com menor stresse apresentavam maior suporte social e menor sintomatologia depressiva. E mulheres com maiores níveis de autoestima apresentavam menor humor deprimido, menor stresse e maior suporte social. Estes autores concluíram que os efeitos do stresse na depressão podem ser amortizados pelos recursos psicossociais (suporte social e autoestima). Neste sentido, observa-se que a direção das correlações entre as variáveis estudadas vão de encontro aos resultados do modelo de Ritter e colaboradores (2000).

Análises exploratórias

Diferenças ao nível das variáveis psicológicas em função do nível de educação

Os resultados do presente estudo demonstram que mulheres com menor nível de educação apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva (*score* total) e nas suas dimensões (afeto depressivo, afeto positivo, sintomas somáticos e interpessoal) e menores níveis de suporte social e de autoestima. Estes resultados corroboram os

resultados apresentados pela literatura de que existem diferenças entre o nível de educação e a sintomatologia depressiva, sendo que baixos níveis de educação estão associados a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Goyal, et al., 2010; McKnight-Eily, et al., 2009). Fagulha, Gonçalves e Ferreira (2011) e Fagulha e Gonçalves, (2012) verificaram que mulheres portuguesas com menor nível de educação (até ao 9º ano) apresentavam maior sintomatologia depressiva. Fortner e colaboradores (2011), obtiveram os mesmos resultados em mulheres grávidas. Relativamente à sintomatologia depressiva, suporte social e autoestima, os resultados do presente estudo são consistentes com os de Weber e colaboradores (2010), que concluíram que a sintomatologia depressiva estava negativamente associada ao suporte social, autoestima e nível de educação, nas mulheres. Patten e Schopflocher (2009), verificaram que mulheres com baixos níveis de educação, apresentavam menor suporte social e maior sintomatologia depressiva.

Verificou-se ainda que mulheres com maior nível de educação apresentam maiores níveis de stresse (*sore* total) e nas suas diversas dimensões (stresse social, saúde, tempo, financeiro e trabalho), e menores níveis de sintomatologia depressiva, os resultados de Colman e colaboradores (2014) corroboram os resultados do presente estudo até certo ponto, pois estes autores referem que adolescentes com maior nível de educação reduzem o risco de stresse pessoal perante os acontecimentos de vida stressantes mas também reduzem o risco de depressão o que não se verifica no presente estudo. Segundo Hobfoll e colaboradores (2003), o impacto dos recursos psicossociais no processo de stresse e *coping* é interessante porque pessoas com melhores recursos reagem de forma mais positiva às circunstâncias de vida stressantes demonstrando menor sintomatologia depressiva. Esta pode ser uma explicação para os resultados do presente estudo, desta forma mulheres com elevado nível de educação apesar de apresentam níveis mais elevados de stresse, demonstram menor sintomatologia depressiva devido ao maior número de recursos psicossociais (suporte social e autoestima), pois segundo Hobfoll e colaboradores (2003) estas mulheres podem reagir de forma mais positiva às circunstâncias de vida stressantes, amortizando desta forma o risco de sintomatologia depressiva.

Diferenças ao nível das variáveis psicológicas em função do rendimento anual

Os resultados deste estudo demonstram que mulheres com baixo rendimento anual (menos que 6000 euros) apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva,

menores níveis de autoestima e suporte social. Estes resultados são congruentes com vários estudos que concluem que pessoas com baixo estatuto socioeconómico apresentam maior risco de depressão (Fortner et al., 2011; Lorant et al., 2007; Melchior et al., 2010), porque experienciam maior adversidade e ao mesmo tempo são mais vulneráveis às situações adversas que experienciam (Jokela & Keltikangas-Jarvinen, 2011; Paykel et al., 2005). Adicionalmente, Waerden e colaboradores (2011) referem que mulheres com baixo estatuto socioeconómico apresentam duas vezes maior risco de desenvolver sintomatologia depressiva. Segundo McGrath, Records e Rice (2008), o baixo estatuto socioeconómico está associado a um menor suporte social e menor autoestima. Também Weber e colaboradores (2010) referem que mulheres com baixo rendimento apresentam menores níveis de autoestima corroborando os resultados obtidos no presente estudo. Hobfoll e colaboradores (2003) referem que aumento de perda de recursos financeiros está associado à diminuição de suporte social e ao aumento de humor deprimido e raiva. Da mesma forma verifica-se no presente estudo que mulheres com menor rendimento apresentam menor suporte social, associando-se negativamente com a sintomatologia depressiva nas mulheres (Uebelacker et al., 2013).

Diferenças ao nível das variáveis psicológicas em função do estatuto profissional atual

No presente estudo verifica-se que mulheres desempregadas apresentam maiores níveis de afeto depressivo, sintomas somáticos, sintomatologia depressiva (*score* total), maior stresse nas condições domésticas e menor autoestima. A literatura aponta para a relação entre sintomatologia depressiva e estatuto de emprego. Dougé e colaboradores (2014) verificaram maior severidade na sintomatologia depressiva em mulheres desempregadas. Os acontecimentos de vida stressantes (e.g. perder o emprego) diminuem indireta ou diretamente os recursos (e.g. recursos financeiros), e a perda de recursos financeiros está associado ao aumento de humor deprimido (Hobfoll et al., 2003). A perda de recursos financeiros leva ainda ao aumento de stresse nas condições domésticas uma vez que as mulheres desta amostra sentem muita ameaça de perda de eletrodomésticos, alimentação e roupa adequada, telefone, mobiliário de casa adequado e alojamento. Adicionalmente Feather e O'Brien (1986) verificaram que o desemprego está associado com o aumento da depressão e diminuição da autoestima, tal como se verifica no presente estudo.

As mulheres empregadas, da amostra em estudo apresentam maiores níveis de

stress no tempo e no trabalho e maior autoestima. Estes resultados podem ser explicados pela multiplicidade de papéis nas mulheres portuguesas, pois com o aumento do número de mulheres no mercado do trabalho seria esperado que a participação dos homens no domínio familiar aumentasse, no entanto esse crescimento não se verifica (Matias et al., 2012). As famílias de duplo-emprego enfrentam níveis elevados de stress e falta de tempo suficiente para combinar todos os papéis, uma vez que as mulheres portuguesas passam algumas horas a cuidar dos filhos e em tarefas domésticas pouco valorizadas pelo parceiro (Matias et al., 2012). Também, O'Brien e colaboradores (2014) referem que mulheres casadas em todo o mundo lidam com responsabilidades a nível do emprego e familiar. A combinação entre trabalho e família pode causar stress nas mulheres, devido à falta de suporte do parceiro na divisão de tarefas.

Segundo a teoria COR, quando se sente maior stress num domínio da vida, menos recursos estão disponíveis para cumprir a sua função noutra domínio (Hobfoll, 1989, 2001). Assim, a elevada carga de trabalho (e.g. horário de trabalho e responsabilidades do trabalho) leva à diminuição de recursos disponíveis tais como tempo para as tarefas familiares (Hobfoll, 2001). Desta forma, alguns estudos destacam uma relação negativa entre a carga de trabalho (horas de trabalho e exigência no emprego) e equilíbrio entre trabalho e família (Byron, 2005; Voydanoff, 2005).

Relativamente à relação entre mulheres empregadas e autoestima Pish-ghadam, Bakhshipour & Ebrahimi, (2013) verificaram que as mulheres empregadas apresentavam maior autoestima comparativamente com mulheres desempregadas. Segundo Trondheim (2009) as pessoas cuja autoestima é fortemente dependente do desempenho no trabalho são mais vulneráveis a conflitos entre trabalho e família, devido à falta de tempo e energia disponíveis para a vida em casa, aumentando o stress.

A autoestima é uma das componentes do autoconceito. Este termo é definido como um conjunto de atitudes e perceções que um indivíduo tem sobre ele mesmo (Rosenberg, 1965). Kumthekar (2004) refere que o autoconceito é um indicador importante da personalidade, assim mulheres empregadas, contribuem no rendimento familiar, sendo por este motivo mais aceites e respeitadas, apresentando um autoconceito mais elevado comparativamente a mulheres desempregadas.

Tal como se verifica no presente estudo as mulheres empregadas apresentam maior autoestima, no entanto apresentam stress no tempo devido às dificuldades em conjugar todas as tarefas entre o trabalho e a família e devido ao baixo suporte do

parceiro, na divisão das tarefas domésticas. Também apresentam stresse no trabalho que segundo os autores supracitados pode dever-se à elevada carga de trabalho e à centralidade da mulher no desempenho laboral, levando à diminuição de tempo de qualidade com a família.

Diferenças ao nível das variáveis psicológicas em função do estado civil

Os resultados do presente estudo demonstram que mulheres portuguesas divorciadas, separadas ou viúvas apresentam níveis mais elevados sintomatologia depressiva (*score* total), afeto depressivo e sintomas somáticos, e ainda de stresse financeiro, e menores níveis de suporte social.

De acordo com a literatura mulheres separadas, divorciadas ou viúvas podem apresentar duas vezes maior sintomatologia depressiva do que mulheres casadas ou que nunca casaram (Hasin, Goodwin, Stinson, & Grant, 2005; Kessler et al., 2003; Riolo, Nguyen, Greden, & King, 2005). Adicionalmente, Otaghsara e Hasankola (2013), verificaram no seu estudo que mulheres divorciadas apresentavam maiores níveis de sintomatologia depressiva comparativamente com mulheres não divorciadas. Turner (2006) verificou que mães divorciadas e mães solteiras, experienciavam maior vulnerabilidade ao stresse e à sintomatologia depressiva, também experienciam maior exposição a situações stressantes e não beneficiavam do suporte da família.

O stresse económico tem maior impacto no stresse psicológico em mulheres divorciadas (Wang & Amato, 2000). Após o divórcio dos pais a custódia dos filhos é normalmente entregue à mãe, esta situação prevê mudanças económicas. Neste sentido o divórcio acarreta dificuldades financeiras e reduz as redes sociais nas mulheres, tal como o seu nível de vida (Burke, McIntosh & Gridley, 2009; Härkönen & Dronkers, 2006).

Diferenças ao nível das variáveis psicológicas em função da religiosidade

Como se pode observar nos resultados do presente estudo, mulheres religiosas apresentam maior sintomatologia depressiva (*score* total), afeto depressivo e sintomas somáticos, e menores níveis de suporte social comparativamente com as mulheres não religiosas. Estes resultados contrariam os resultados de Cooper e colaboradores (2003) que referem que para as mulheres a religião é considerada uma componente de tratamento na depressão, porque acreditam que as rezas podem ajudar na sua saúde (Cooper et al., 2003). No entanto, Jesse e colaboradores (2005) confirmam os resultados

do presente estudo porque verificaram uma associação positiva entre religiosidade e sintomatologia depressiva. Também Eliassen e colaboradores (2005), verificaram no seu estudo que mulheres religiosas apresentavam níveis elevados de sintomatologia depressiva e maior exposição ao stresse. A associação entre religiosidade e sintomatologia depressiva apresenta resultados contraditórios.

Neste sentido uma possível explicação para os resultados do presente estudo pode relacionar-se com o facto de estas mulheres poderem estar a utilizar estratégias de *coping* religioso negativo, estilos de *coping* religioso delegante e experienciarem uma religiosidade extrínseca. Segundo Uden e colaboradores (2009), o *coping* religioso negativo está positivamente associado à sintomatologia depressiva, religiosidade extrínseca, estilos de *coping* religioso delegante. Williams e Sternthal (2007) referem que a religião extrínseca tende a ter uma associação positiva com a sintomatologia depressiva. Wei e Liu (2013) verificaram que a religiosidade intrínseca está inversamente associada à depressão nas mulheres.

Também Peres e colaboradores (2007) referem que a religião pode tornar-se prejudicial, quando há pensamentos negativos que podem provocar sentimentos de culpa, originados por determinada crença religiosa, levando ao aumento do sofrimento do praticante, provocando sensação de abandono, desamparo e baixa autoestima.

12. Limitações ao Estudo, Conclusão e Implicações Futuras

Este estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas. A interpretação dos resultados é limitado à população em que a pesquisa foi feita, e mais pesquisas devem ser estendidas a mulheres de diferentes populações e configurações. A utilização de medidas de autorrelato para avaliar informações pessoais, pode levar algum enviesamento dos dados recolhidos devido à desejabilidade social.

Outra limitação do estudo é o desenho transversal o que faz com que seja difícil fazer inferência causal pois apenas fornece resultados relativos a um momento. No entanto, este projeto foi considerado adequado, uma vez que foi conduzido para estimar a prevalência de mulheres com sintomatologia depressiva, para se poder implementar planos de saúde pública e avaliar os vários fatores de risco.

Adicionalmente, este estudo não incluiu um conjunto de preditores que também poderiam ser importantes para explicar sintomatologia depressiva, uma vez que não foram testados modelos de preditores. Também não se efetuaram análises de

Moderação, dos recursos psicossociais na relação entre sintomatologia depressiva e stresse.

Apesar das limitações, estes resultados abordam a necessidade de elaborar um plano de intervenção e avaliação ao nível da sintomatologia depressiva, nos cuidados de saúde primários, uma vez que os resultados mostram que 30.8% da amostra apresenta sintomatologia depressiva, é de referir que esta é uma amostra não clínica. Estes resultados são idênticos aos resultados encontrados na literatura existente a nível nacional, como por exemplo Mendes e Fagulha (2012) verificaram que uma prevalência de 32% de sintomatologia depressiva na população geral, adicionalmente Mendes (2013) verificou que 24.4% das mulheres apresentavam sintomatologia depressiva.

Verifica-se que o relato de perda de recursos é elevado (87.1%) manifestando-se mais ao nível do stresse financeiro (70.1%). A perda de recursos financeiros é um reflexo da realidade económica nacional o que coloca as mulheres com estatuto socioeconómico mais baixo em desvantagem, tornando-as mais vulneráveis à doença mental.

Também se concluí que mulheres com menores níveis de suporte social e de autoestima apresentam maior stresse e sintomatologia depressiva. Estes resultados são consistentes com os de outros estudos, uma vez que a perda de recursos leva ao aumento do stresse e da sintomatologia depressiva (Hobfoll & Lilly, 1993; Ritter et al., 2000; Warren, 1997). O que mostra que os recursos psicossociais, para fazerem face aos stressores e à sintomatologia depressiva necessitam de ser desenvolvidos, neste sentido sugere-se a implementação de programas de intervenção em grupo que incluam componentes de suporte social e de promoção da autoestima, nas três faixas etárias destacando-se maior urgência nas mulheres entre os 40 e 65 anos, pois estas mulheres estão em maior risco de doença mental uma vez que apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva, menor suporte social e menor nível de educação.

Sugere-se em estudos futuros a realização de análises de moderação dos recursos psicossociais (suporte social e autoestima) na relação stresse-sintomatologia depressiva nas mulheres portuguesas de acordo com o modelo de Ritter e colaboradores (2000). E ainda considera-se pertinente compreender a relação das variáveis psicossociais deste estudo, noutras regiões do país.

Verifica-se ainda que mulheres com maior nível de educação, empregadas e com maior rendimento apresentam maior stresse no tempo e no trabalho, poderia averiguar-se em estudos futuros se estas mulheres apresentam ou não um bom suporte do parceiro

na divisão de tarefas, e se têm elevada carga horaria ou demasiadas responsabilidades ao nível do trabalho, para se ter maior conhecimento sobre a relação entre o stresse no tempo e no trabalho e a sobrecarga de papéis entre o trabalho e a família, nas mulheres portuguesas.

Também se concluí que as mulheres que se consideram religiosas apresentam maior sintomatologia depressiva e menor suporte social, seria importante aprofundar o conhecimento sobre a relação entre sintomatologia depressiva, suporte social, autoestima e religião, usando instrumentos mais específicos para esta última variável de forma a perceber qual a orientação religiosa e os tipos e estratégias de *coping* religiosos usados pelas mulheres portuguesas, uma vez que nesta amostra 65.1% das mulheres consideram-se religiosas.

Em suma, salienta-se a importância de implementar programas de intervenção ao nível da saúde mental que tenham como alvo mulheres nos cuidados de saúde primários. É também relevante o desenvolvimento de programas de intervenção em grupo ao nível da prevenção primária e secundária da sintomatologia depressiva e do stresse, e da promoção da autoestima e do suporte social. Tal como a criação de medidas legais para apoiar as mulheres, considerando a sobrecarga de papéis nos vários contextos de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akhtar-Danesh, N. & Landeen, J. (2007). Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(4). doi:10.1186/1752-4458-1-4.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais*. (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(5), 201-209. doi: 10.1007/s00406-002-0381-6
- Aro, A.R., Nyberg, N., Absetz, P., Henriksson, M., & Lönnqvist, J. (2001). Depressive symptoms in middle-aged women are more strongly associated with physical health and social support than with socioeconomic factors. *North Journal Psychiatry*, 5 (5), 191-198. doi:10.1080/08039480152036074
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Bebington, P., Dunn, G., Jenkins, R., Lewis, G., Brugha, T., Farrell, M., & Meltzer, H. (2003). The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: Report from National Survey of Psychiatric Morbidity. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 74-83. doi: 10.1080/0954026021000045976
- Beeber, LS. (1996). Pattern integrations in young depressed women: Part I. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10 (3), 151-156. doi: 10.1016/S0883-9417(96)80016-1

- Behnke, A. O., Plunkett, S. W., Sands, T., & Bámaca-Colbert, M. Y. (2011). The Relationship between Latino Adolescents' Perceptions of Discrimination, Neighborhood Risk, and Parenting on Self-Esteem and Depressive Symptoms. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 20 (10), 1–19. doi: 10.1177/0022022110383424
- Bosworth, H. B., Bastian, L. A., Kuchibhatla, M. N., Steffens, D.C., McBride, C. M., Skinner, C. S., Rimer, B. K., & Siegler, I. C. (2001). Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosomatic Medicine*, 63, 603-608. doi:10.1097/00006842-200107000-00013
- Bowie, J. V., Sydnor, K. D., Granot, M., & Pargament, H. I. (2004). Spirituality and coping among survivors of prostate cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 22 (2), 41-56. doi:10.1300/J077v22n02_03.
- Burke, S., McIntosh J. & Gridley, H. (2009). *Parenting after separation. A Literature Review prepared for The Australian Psychological Society*. The Australian Psychological Society Ltd. Obtido de:http://www.psychology.org.au/Assets/Files/Parenting_separation_PP.pdf
- Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 169 - 198. doi:10.1016/j.jvb.2004.08.009
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago health, aging, and social relations study. *Psychology and Aging*, 25, (2), 453-463. doi:10.1037/a0017216
- Canady, R. B., Bullen, B. L., Holzman, C., Broman, C., & Tian, Y. (2008). Discrimination and symptoms of depression in pregnancy among African American and white women. *Women's Health Issues*, 18, 292-300. doi:10.1016/j.whi.2008.04.003

- Cobb, S. (1976). Presidential address-1976. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 38 (5), 300-314. doi: 10.1097/00006842-197609000-00003
- Colman, I. & Atallahjan, A. (2010). Life course perspectives on the epidemiology of depression. *Canadian Journal Psychiatry*, 55 (10), 622-632.
- Colman, I., Zeng, Y., MacMartin, S. E., Naicker, K., Atallahjan, A., Weeks, M., Senthilselvan, A., & Galambos, N. L. (2014). Protective factors against depression during the transition from adolescence to adulthood: Findings from a national Canadian cohort. *Preventive Medicine*, 65, 28-32. doi: org/10.1016/j.yjpm.2014.04.008
- Comissão Europeia (2008). *A saúde mental da europa na Berlinda*. Bruxelas Ip/08/933. Data: 13 de Julho de 2008. acessado a 27 de Junho de 2014, em europa.eu/rapid/press-release_IP-08-933_pt.htm
- Cooper, L. A., Gonzales, J. J., Gallo, J. J., Rost, K. M., Meredith, L. S., Rubenstein, L. V., Wang, N. Y., & Ford, D. E. (2003). The acceptability of treatment for depression among African American, Hispanic and White primary care patients. *Medical Care*, 41(4), 479-489. Obtido de: <http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic920416.files/Acceptability%20of%20Treatment%20for%20Depression.pdf>
- Costa, E. C. V. (2006). *Avaliação da eficácia relativa a duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção da SIDA e promoção da saúde em mulheres com risco de VIH*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Portugal saúde mental em numeros-2013. Programa nacional para a saúde mental*. Lisboa. Acessado a 04 de Abril de 2014, em <file:///C:/Users/Congresso/Downloads/i019644.pdf>
- Dougé, N., Lehman, E. B. & McCall-Hosenfeld, J. S. (2014). Social Support and Employment Status Modify the Effect of Intimate Partner Violence on

Depression Symptom Severity in Women: Results from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey. *Women's Health Issues*, 24 (4), 425-434. doi: org./10.1016/j.whi.2014.03.006

Durden, E. D., Hill, T. D., & Angel, R. J. (2007). Social demands, social supports, and Psychological distress among low-income women. Abstract: *Journal of Social and Personal Relationships*, 24, 343-361. Doi: 10.1177/0265407507077226.

Eliassen, H. A., Taylor, J., & Lloyd, D. A. (2005). Subjective religiosity and depression in the transition to adulthood. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 44 (2), 187-199. doi: 10.1111/j.1468-5906.2005.00275.x

Ennis, N. E., Hobfoll, S. E., & Schroder, K. E. E. (2000). Money doesn't talk, it swears: How economic stress and resistance resources impact inner-city women's depressive mood. *American Journal of Community Psychology*, 28 (2), 149-173. doi: 10.1023/A:1005183100610

Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Sasagawa, S. (2010). Gender differences in the developmental course of depression. *Journal of Affective Disorders*, 127, 185-190. doi:10.1016/j.jad.2010.05.016

Fagulha, T. & Gonçalves, B. (2012). A brief psychotherapeutic intervention with depressed Middle-aged Portuguese women. *Women & Therapy*, 35, (3; 4), 233-247. doi: 10.1080/02703149.2012.684548.

Field, A (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rded.). London: Sage Publications. Retirado de: <http://hoangftu.files.wordpress.com>

Fortner, R. T., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G., & Chasan-Tab, L. (2011). Risk Factors for Prenatal Depressive Symptoms among Hispanic Women. *Matern Child Health Journal*, 15, 1287–1295. doi: 10.1007/s10995-010-0673-9

Franck, E., De Raedt, R., & De Houwer, J. (2007). Implicit but not explicit self-esteem predicts future depressive symptomatology. *Behavior Research and Therapy*, 45,

2448–2455. doi:10.1016/j.brat.2007.01.008

Frech & Williams (2007). Depression and the psychological benefits of entering marriage. *Journal of Health and Social Behavior*, 48, 149-163. doi: 10.1177/002214650704800204

Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a População Portuguesa*. 1, 33-43. Coimbra: Quarteto

Gonçalves, B., Fagulha, T., & Ferreira, A. (2005). A depressão nas mulheres de meia-idade: estudo sobre as utentes dos cuidados de saúde primários. *Psicologia*, 19(1-2). Obtido de: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psi/v19n1-2/v19n1-2a03.pdf>

Gonçalves, B., Fagulha, T., & Ferreira, A. (2013). A Population-Based Assessment of the Relationship between Menopausal and Depressive Symptoms in Portuguese Women. *Health Care for Women International*, 34 (1), 86-100. doi:10.1080/07399332.2012.721413

Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. A (2010). How much does Low Socioeconomic Status Increase the Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms in First Time Mothers?. *Women's Health Issues*, 20(2), 96–104. doi:10.1016/j.whi.2009.11.003.

Hammen, C. (2003). Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, 74, 49-57. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00430-5

Hankin, B. L., Lakdawalla, Z., Carter, I. L., Abela, J. R. Z., & Adams, P. (2007). Are neuroticism, cognitive vulnerabilities and self-esteem overlapping or distinct analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 29-63. doi: 10.1521/jscp.2007.26.1.29

- Härkönen, J., & Dronkers, J. (2006). Stability and Change in the Educational Gradient of Divorce. A Comparison of Seventeen Countries. *European Sociological Review*, 22, 5 501-517. doi:10.1093/esr/jc1011
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder, results from national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62 (10), 1097-1106. doi:10.1001/archpsyc.62.10.1097
- Health, N. M., Hall, B. J. Canetti, D., & Hobfoll, S. E. (2013). Exposure to political violence, psychological distress, resources loss, and benefit finding as predictors of domestic violence among Palestinians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(4), 366-376. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1037/a0028367>
- Hill, T. D., Burdette, A. M., Jokinen-Gordon, H. M., & Brailsford, J. M. (2013). Neighborhood Disorder, Social Support, and Self-Esteem: Evidence from a Sample of Low-income Women Living in Three Cities. *City & Community*, 12(4), 380-395. doi: 10.1111/cico.12044
- Hirth, J. M., & Berenson, A. B. (2012). Racial/ Ethnic differences in depressive symptoms among young women: The role of intimate partner violence, trauma, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Women Health*, 21(9), 966-974. doi:10.1089/jwh.2011.3366
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, (3) 513 –524. doi: 10.1037/0003-066X.44.3.513
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50 (3), 337-421. doi: 10.1111/1464-0597.00062

- Hobfoll, S.E., (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6 (4), 307 -324. doi: a0.1037//1089-2680.6.4.307/
- Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Ennis, N., & Jackson, A. P., (2003). Resource Loss, Resource Gain, and Emotional Outcomes among Inner City Women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, (3), 632–643. doi: 10.1037/0022-3514.84.3.632
- Hobfoll, S. E. & Lilly, R.S. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 21, (1), 128-148. doi:10.1002/1520-6629(199304)21:2<128::AID-JCOP2290210206>3.0.CO;2-5
- Hobfoll, S.E., & Schroder, K.E. (2001). Distinguishing between passive and active prosocial coping: Bridging inner-city women’s mental health and AIDS risk behavior. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18 (2), 201-217. doi: 10.1177/0265407501182003
- Hobfoll, S. E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M. R., & Cameron, R. P. (1995). Depression Prevalence and Incidence among Inner-City Pregnant and Postpartum Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (3), 445-453. doi: 10.1037/0022-006X.63.3.445
- Hobfoll, S. E., Vinokur, A. D., Pierce, P. F., & Lewandowski-Romps, L. (2012). The combined stress of family life, work, and war in Air Force men and women: A test of Conservation of Resources Theory. *International Journal of Stress Management*, 19, 217-237. doi: 10.1037/a0029247
- Hoffman, M., Ushpiz, V., & Levy-Shiff, R. (1988). “Social Support and Self-Esteem in Adolescence.” *Journal of Youth and Adolescence*, 17 (4), 307-316. Obtido de: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01537672>

- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, (2), 213-218. doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Ibarra-Rovillard, M. S., & Kuiper, N. A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 342-352. doi: 10.1016/j.cpr.2011.01.005
- Jesse, D. E., Wlcott-McQuigg, J. Mariella, A., & Swanson, M. S. (2005). Risks and Protective Factors Associated With Symptoms of Depression in Low-Income African American and Caucasian Women During Pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50 (5), 405-410. doi:10.1016/jmwh.2005.05.001
- Jokela, M., & Keltikangas-Jarvinen, L. (2011). The Association Between Low Socioeconomic Status and Depressive Symptoms Depends on Temperament and Personality Traits. *Personality and Individual Differences*, 51, 302-308. doi: 10.1016/j.paid.2010.05.004
- Keeling, D. I., Price, P. E., Jones, E., & Harding, K. G. (1996). Social Support: Some Pragmatic Implications for Health Care Professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 76-81. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb03138.x
- Keller, A. O., Gangnon, R., & Witt, W. P. (2013). Favorable Ratings of Providers' Communication Behaviors among U.S. Women with Depression: a Population-based Study Applying the Behavioral Model of Health Services Use. *Women's Health Issues*, 23(5), 309-317. Obtido de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2013.07.002>
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00426-3
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R. Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003). The Epidemiology of Major Depressive

Disorder Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095

Kim, H., & Kahng, S. K. (2011). Examining the relationship between domestic violence and depression among Koreans: The role of self-esteem and social Support as Mediators. *Asian Social Work and Policy Review*, 5, 181-197. doi: 10.1111/j.1753-1411.2011.00057.x

Kong, F., Zhao, J., & You, X. (2013). Self-Esteem as Mediator and Moderator of the Relationship between Social Support and Subjective Well-Being among Chinese University Students. *Social Indicators Research*, 112, 151–161. doi: 10.1007/s11205-012-0044-6

Kok, R., Avendano, M., Bago d’Uva, T., & Mackenbach, J. (2012). Can Reporting Heterogeneity Explain Differences in Depressive Symptoms Across Europe?. *Social Indicators Research*, 105, 191–210. doi:10.1007/s11205-011-9877-7

Kumthekar, M. (2004). Women’s Self-concept and Mental Health. *Journal of Health Management*, 6 (2), 163-175. doi: 10.1177/097206340400600207

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer. Obtido de: <https://books.google.pt/books?id=i-ySQQuUpr8C&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>.

Lewis, M. (1987). Social development in infancy and early childhood. In Osofsky, J. D. *Handbook of infant development*. New York: Wiley, p. 419-493.

Liu, L., Setse, R., Grogan, R., Powe, N. R., & Nicholson, W. K. (2013). The effect of depression symptoms and social support on black-white differences Health-related quality of life in early pregnancy: the health status in pregnancy (HIP) study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 13 (125). doi:10.1186/1471-2393-13-125

Lorant, V., Croux, C., Weich, S. W., Deliège, D., Mackenbach, J., & Anseau, M.

- (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *British Journal of Psychiatry*, 190, 293–298. doi:10.1192/bjp.bp.105.020040
- Makros, J., & McCabe, M. (2003). The relationship between religion, spirituality, psychological adjustment, and quality of life among people with multiple sclerosis. *Journal of Religion and Health*, 42(2), 143-159. doi:10.1023/A:1023681830716
- Manuel, J. I., Matinson, M. L., Bledsoe-Mansori, S. E., & Bellamy, J. L. (2012). The Influence of Stress and Social Support on Depressive Symptoms in Mothers With Young Children. *Social Science & Medicine*, 75, 2013-2020. doi: org/10.1016/j.socscimed.2012.07.034
- Matias, M., Andrade, C., & Fontaine, A. M. (2012). The interplay of gender, work and family in Portuguese families. *Work, Organization, Labour, and Globalization*, 6 (1), 11-26. Obtido de http://www.academia.edu/6682757/Andrade_C._and_Mikula_G._2014_
- McGrath, J.M., Records, K. & Rice, M. (2008). Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behavior and Development*, 31(1), 71-80. doi:10.1016/j.infbeh.2007.07.001
- Mcknight-Eily, L. R., Presley-Cantrell, L., Elam-Evans, L. D., Chapman, D. P., Kaslow, N. J., & Perry, G. S. (2009). Prevalence and correlates of current depressive symptomatology and lifetime diagnosis of depression in black women. *Women's Health Issues*, 19(4), 243-252. doi: 10.1016/j.whi.2009.04.003
- McMahon, S., Felix, E., & Nagarajan, T. (2011). "Social Support and Neighborhood Stressors among African American Youth: Networks and Relations to Self-Worth." *Journal of Child and Family Studies* 20(3), 255–262. doi: 10.1007/s10826-010-9386-3

- Melchior, M., Chastang, J. F., Leclerc, A., Ribet, C., & Rouillon, F. (2010). Low Socioeconomic Position and depression Persistence: Longitudinal Results from the GAZEL Cohort Study. *Psychiatry Research*, 177(1-2), 92-96. doi:10.1016/j.psychres.2009.08.002
- Mendes, M.S. (2013). 1941- Depression and women's life cycle: comparative prevalence of depressive symptoms in women along the life cycle in a Portuguese community sample. *European Psychiatry*, 28(1), 1. Abstract obtido de [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)76884-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76884-6)
- Mendes, M.S., & Fagulha, T. (2012). P-502 - Studying depression out off the hospital hallways - an epidemiological study in the prevalence of depressive symptomatology in a Portuguese adults community sample. Comunicação apresentada no 20th European Congress of Psychiatry, 27, 3. doi: [.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74669-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74669-2)
- Michalak, J., Teismann, T., Heidenreich, T., Ströhle, G., & Vocks, S. (2011). Buffering low self-esteem: The effect of mindful acceptance on the relationship between self-esteem and depression. *Personality and Individual Differences*, 50, 751-754. doi: 10.1016/j.paid.2010.11.029
- Molina, K. S., & Kiely, M. (2011). Understanding Depressive Symptoms among High-Risk, Pregnant, African-American Women. *Womens Health Issues*, 24 (4), 293-203. doi: 10.1016/j.whi.2011.01.008
- Neugarten, B. L. (1977). Personality and aging. In Birren, J. E. & Schaie, N. E. (Eds.). *Handbook of the psychology of aging* (pp.626-649). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Noble, R. E. (2005). Depression in Women. *Metabolism Clinical and Experimental*, 54 (1), 49-52. doi: 10.1016/j.matabol.2005.01.014

- O'Brien, K. M., Pino, H. V. G. D., Yoo, S. K., Cinamon, R. G., & Han, Y. J. (2014). Work, Family, Support, and Depression: Employed Mothers in Israel, Korea, and the United States. *Journal of Counseling Psychology*, 61 (3), 461-472. doi:10.1037/a0036339
- Orava, T. A., Mcleod, P. J., & Sharpe, D. (1996). Perceptions of Control, Depressive Symptomatology, and Self-Esteem of Women in Transition from Abusive Relationship. *Journal of Family Violence*, 11 (2). doi: 10.1007/BF02336668
- Orth, U., Robins, R. W., Maes, J., Trzesniewski K. H., & Schmit, M. (2009). Low Self-Esteem Is a Risk Factor for Depressive Symptoms From Young Adulthood to Old Age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 (3) 472-478. doi: 10.1037/a0015922
- Otaghsara, A. K. & Hasankola, G. Y. (2014). P01-51- Depressed Mood in Divorced and Undivorced Women. *The Journal of the European Psychiatric Association*, 25(1), 271. doi: 10.1016/S0924-9338(10)70270-4
- Owens, T. J. (1994). Two dimensions of self-esteem: reciprocal effects of positive self-worth and self-deprecation on adolescent problems. *American Sociological Review*, 59, 391-407. Retirado de <http://www.jstor.org/stable/2095940>
- Panchanadeswaren, S., & Dawson, B. A. (2011). How discrimination and stress affects self-esteem among Dominican Immigrant Women: An exploratory Study. *Social Work in Public Health*, 26, 60-77. doi: 10.1080/10911350903341069
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724. doi:10.2307/1388152
- Patten, S. B., & Schopflocher, D. (2009). Longitudinal epidemiology of major depression as assessed by the Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Comprehensive Psychiatry*, 50, 26-33. doi:10.1016/j.comppsy.2008.05.012

- Paykel, E.S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and Burden of depressive disorders in Europe. *European Neuro-psychofarmacology*, 15, 411-423. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.008
- Pish-ghadam, M., Bakhshipour, B. A., & Ebrahimi, S. (2013). Self-esteem comparison between employed and non-employed women of Tehran city. *Journal of Novel Applied Sciences*, 2 (S), 787-790. Retirado de: <http://www.jnasci.org>
- Pradeep, J., Isaacs, A., Shanbag, D., Selvan, S., & Srinivasan, K. (2014). Enhanced care by community health Workers in improving treatment adherence to antidepressant medication in rural women with major depression. *Indian Journal Medical Research*, 139, 236-245. Retirado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=20&sid=157a1ca3-29e6-43f6-9ad502fdb187a07d%40sessionmgr4002&hid=4214&bdata=Jmxhbm9cHQYnI#db=a9h&AN=95381318>
- Peres, M. F. P., Arantes, A. C. L. Q., Lessa, P. S., & Caous, C. A. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 82-87. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a11v34s1.pdf>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Riolo, S. A., Nguyen, T. A., Greden, J. F., & King, C. A. (2005). Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *American Journal of Public Health*, 95, 998-1000. doi:10.2105/AJPH.2004.047225
- Ritter, C., Hobfoll, S. E., Lavin, J., Cameron, R. P., & Hulsizer, M. R. (2000). Stress, Psychosocial Resources, and Depressive Symptomatology During Pregnancy

in Low-Income, Inner-City Women. *Health Psychology*, 19(6), 576-585.
doi:10.1037/0278-6133.19.6.576

Seiling, S. B. (2008). Changes in the Lives of Rural Low-Income Mothers. *Journal of Human Behavior Social Environment*, 13 (1), 19-41.
doi:10.1300/J137v013n01_02

Serra, A. V. (2005). *O stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Edição do Autor.

Simoni, J. M., Huang, B., Goodry, E. J., & Montoya, H. D. (2005). Social Support and Depressive Symptomatology among HIV-Positive Women: The Mediating Role of Self-Esteem and Mastery. *Women & Health*, 42(4), 1-15.
doi:10.1300/J013v42n04_01

Szabo, S., Tache, Y., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief “Letter” to the Editor of Nature. *Informa Healthcare*, 15(5), 472–478. doi: 10.3109/10253890.2012.710919

Trondheim, (2009). *Work/home conflict and facilitation: COR (e) relations. A longitudinal study on work-home interaction in different occupational groups in Norway*. Thesis for Degree of Philosophiae Doctor, Norwegian University of Science and Technology. Retirado de: <http://www.diva-portal.org>

Turner, H. A. (2006). Stress, social resources, and depression among never-married and divorced Rural Mothers. *Rural Sociology*, 71 (3), 479-504.
doi: 10.1526/003601106778070644

Uden, M. H. F., Pieper, J. Z. T., Eersel, J., Smeets, W. & Laarhoven, H. W. M. (2009). Religious and nonreligious coping among cancer patients. *Journal of Empirical Theology*, 22, 195-215. doi:10.1163/092229309X12512584571706.

Uebelacker, L. A., Eaton, C. B., Weisberg, R., Sands, M., Williams, C., Calhoun, D.,

- Manson, J. E., Denburg, N. L., & Taylor, T. (2013). Social Support and Physical Activity as Moderators of Life Stress in Predicting Baseline Depression and change in Depression over time in the Women's Health Initiative. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 48, 1971-1982. doi:10.1007/s00127-013-0693-z
- Velde, S. V., Bracke, P., Levecque, K. & Meuleman, B. (2010). Gender differences in depression in 25 European countries after eliminating measurement bias in the CES-D 8. *Social Science Research*, 39, 396–404. doi:10.1016/ssresearch.2010.01.002
- Villegas, L., McKay, K., Dennis, C. & Ross L. E. (2011). Postpartum Depression among Rural Women from Developed and Developing Countries: A Systematic Review. *The Journal of Rural Health*, 27, 278-288. doi: 10.1111/j.1748-0361.2010.00339.x
- Voydanoff, P. (2005). Toward a conceptualization of perceived work-family fit and balance: a demands and resources approach. *Journal of Marriage and Family*, 67 (4), 822 - 836. doi:10.1111/j.1741-3737.2005.00178.x
- Vranceanu, A. M., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and stress. *Child Abuse & Neglect*, 31, 71–84. doi: org/10.1016/j.chiabu.2006.04.010.
- Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). Absence of interactions between social support and stressful life events in the prediction of major depression and depressive symptomatology in women. *Psychological Medicine*, 30(4), 965–974. doi: 10.1176/appi.ajp.161.4.631
- Waerden, J. E. B., Hoefnagels, C., & Hosmen, C. M. H. (2011). Psychosocial preventive interventions to reduce depressive symptoms in low-SES women at risk: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 128, 10-23. doi:10.1016/j.jad.2010.02.137

- Wang, H., & Amato, P. R. (2000). Predictors of divorce adjustment: stress, resources, and definitions. *Journal of Marriage and Family*, 62, 3, 655-668. doi: 10.1111/j.1741-3737.2000.00655.x
- Wang, F., DesMeules, M., Luo, W., Dai, S., Lagace, C., & Morrison, H. (2011). Leisure-time Physical Activity and Marital Status in Relation to Depression between Men and Women: A Prospective Study. *Health Psychology*, 30 (2), 204-211. doi: 10.1037/a0022434
- Warren, B. J. (1997). Depression, Stressful Life Events, Social Support, and Self-Esteem in Middle Class African American Women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11, (3), 107-117. doi: 10.1016/S0883-9417(97)80033-7
- Weber, S., Puskar, K. R., & Ren, D. (2010). Relationships between depressive symptoms and perceived social support, self-esteem, & optimism in a sample of rural adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 584-588. doi: 10.3109/01612841003775061
- Wei, D. & Liu, E. Y. (2013). Religious involvement and depression: evidence for curvilinear and stress-moderating effects among young women in rural china. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 52(2), 349-367. doi: 10.1111/jssr.12031
- World Health Organization (2012). *Depression. A Global Public Health Concern..* Data: 20 de 2012. Acedido a 27 de Junho de 2014, em http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf?ua=1
- World Health Organization Europe (2012). *Depression in Europe.* Data: Outubro de 2012. Acedido a 27 de junho de 2014, em <http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2012/10/depression-in-europe>
- Wildes, J. E., Harkness, K. L., & Simons, A.D. (2002). Life events, number of social

relationships, and twelve-month naturalistic course of major depression in a community sample of women. *Journal of Depression and Anxiety*, 16 (3), 104–113. doi: 10.1002/da.10048

Williams, D.R., & Sternthal, M. J. (2007). Spirituality, Religion and Health: evidence and research directions. *Spirituality and Health*, 186(10), 47-50. Obtido de: http://scholar.harvard.edu/files/davidrwilliams/files/2007-spirituality_religion_and-williams.pdf

Yuh, J., Neiderhiser, J. M., Spotts, E. L., Pedersen, N. L., Lichtenstein, P., Hansson, K., Cederblad, M., Elthammer, O., & Reiss, D. (2008). The role of temperament and social support in depressive symptoms: A twin study of mid-aged women. *Journal of Affective Disorders*, 106, 99-105. doi: 10.1016/j.jad.2007.05.025

Zeidner, M., Ben-Zur, H., & Reshef-Weil, S. (2011). Vicarious life threat: A experimental test of Conservation of Resources (COR) theory. *Personality and Individual Differences*, 50, 641-645. doi:10.1016/j.paid.2010.11.035

ANEXOS

ANEXO I

- Pedido de aprovação da investigação deferido pelo diretor executivo do
Aces Alto-Ave

*Autoriza-se desde que favoreça favorável e
Comissão de Ética.
à Consideração Superior.*

16.1.14
Dr. Carlos Guimarães
PRESIDENTE DO CONSELHO CLÍNICO
ACES DO ALTO AVE
PRESIDENTE DO CONSELHO CLÍNICO
ACES DO ALTO AVE



As P.C.C. e S.
Dr. Carlos Guimarães
Diretor Executivo
ACES DO ALTO AVE

*Autorizado desde
que obtenha
favorável
da Comissão de
Ética.*

17/01/2014
Dr. Carlos Guimarães
Diretor Executivo
ACES DO ALTO AVE

Requerimento

Exmo. Senhor Diretor Executivo do ACES Alto Ave

Assunto: Pedido de Autorização para a realização de uma investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia, do Centro Regional de Braga.

Eu Carina Isabel Oliveira Amorim venho, por este meio, solicitar a autorização para a realização de uma investigação, no âmbito do projeto *Woman Health*, coordenado pela Professora Doutora Eleonora Cunha, a realizar na Consulta de Planeamento Familiar, no ACES – Alto-Ave, Centro de Saúde da Amorosa, USF de São Nicolau, no ano letivo, 2013/2014.

Trata-se de uma investigação intitulada: “*Stress, Recursos Psicossociais e Sintomatologia Depressiva nas Mulheres Portuguesas*”, que tem por objetivo geral verificar os níveis de *stress*, recursos psicossociais e sintomatologia depressiva na população feminina portuguesa, utentes da consulta de planeamento familiar.

Para estudar estas variáveis serão utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário Socio-Demográfico (McIntyre, Costa & Hobfoll, 2002) (item 1 ao item 15);
- Questionário de Conservação de Recursos (Conservation of Resources-Evaluation COR-E) (Hobfoll & Lilly, 1993 adaptado para português por Costa & McIntyre, 2006) (item 24 ao item 68);
- Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos - (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977 adaptado para português por Costa & McIntyre, (2006) (item 69 ao item 88);
- Escala de Suporte Social - Social Provisions Scale: Relationship Questionnaire (Cutrona & Russel, 1993 adaptado para português por Costa & McIntyre, 2006) (item 89 ao item 97);

ANEXO II

-Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO:

RELAÇÃO ENTRE STRESSE, RECURSOS PSICOSSOCIAIS E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NAS MULHERES PORTUGUESAS: DIFERENÇAS ETÁRIAS

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Esta investigação é realizada no ACES Alto-Ave. Insere-se no âmbito do estágio do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia de Braga.

Os dados serão recolhidos através de questionários, tendo como principal finalidade aprofundar o conhecimento científico sobre a relação entre o stresse, recursos psicossociais e a sintomatologia depressiva, nas mulheres portuguesas, dos diferentes grupos etários. Para participar neste estudo é necessário apenas que se encontre a inscrito nas consultas de planeamento familiar do Aces Alto-Ave e que preencha alguns questionários.

A sua participação é voluntária e os dados são confidenciais. O anonimato será mantido. Os dados recolhidos são exclusivamente para uso de investigação.

Não há custos associados à sua participação nesta investigação. Caso não pretenda participar não haverá qualquer prejuízo.

Muito obrigado pela sua participação.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Assinatura:

Data: /..... /.....

Investigadora:

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

ANEXO III

- Tabelas com os resultados de consistência interna

Questionário de Conservação de Recursos - *Conservation of Resources-Evaluation* (COR-E) (Hobfoll & Lilly, 1993 adaptado para português por Costa & McIntyre, 2006) (item 24 ao item 63);

Tabela 1

Resultados da Análise da Consistência Interna da Subescala Stresse Social do Questionário de Conservação de Recursos (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Sentir que tem valor para os outros.	.66	.81
Estabilidade Familiar.	.62	.82
Relação próxima com um ou mais membros da família.	.56	.83
Intimidade com o marido ou companheiro.	.56	.83
Relação próxima de amizade com pelo menos um amigo.	.55	.83
Companhia.	.57	.83
Afeto por parte dos outros.	.68	.81
Lealdade dos amigos.	.43	.84
<i>α de cronbach .85</i>		

Tabela 2

Resultados da Análise da Consistência Interna da Subescala Stresse na Saúde do Questionário de Conservação de Recursos (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Saúde da família/amigos íntimos.	.41	.58
Saúde pessoal.	.52	.47
Saúde do marido/companheiro.	.40	.57
Assistência médica.	.35	.61
<i>α de cronbach .60</i>		

Tabela 3

Resultados da Análise de Consistência Interna da Subescala Stresse no Tempo do Questionário de Conservação de Recursos (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Tempo adequado para dormir.	.57	.71
Tempo livre.	.66	.61
Tempo com aqueles de que gostámos.	.56	.72
<i>α de cronbach .76</i>		

Tabela 4

Resultados da Análise de Consistência Interna da Subescala Stresse nas Condições Domésticas do Questionário de conservação de Recursos (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Transporte pessoal (carro, camião, etc.).	.36	.77
Roupa adequada.	.49	.74
Eletrodomésticos necessários para a casa (frigorífico, fogão, etc.).	.48	.74
Alojamento (casa) que satisfaça as minhas necessidades.	.55	.74
Alimentação adequada.	.61	.73
Mobiliário de casa adequado.	.53	.74
Telefone.	.46	.75
Ajuda com as tarefas em casa.	.33	.76
Oportunidades de formação na educação ou no trabalho.	.35	.77
<i>α de cronbach .78</i>		

Tabela 5

Resultados da Análise de Consistência Interna da Subescala Stresse Financeiro do Questionário de Conservação de Recursos (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Dinheiro para extras.	.78	.89
Economias ou dinheiro de emergência.	.76	.89
Rendimento adequado.	.75	.89
Bens financeiros (poupanças).	.72	.89
Dinheiro para transporte.	.64	.90
Dinheiro para promoção pessoal (educação, começar um negócio, etc.)	.68	.90
Ajuda financeira, se necessária.	.57	.90
Crédito financeiro adequado.	.52	.91
Estabilidade financeira.	.72	.89
<i>α de cronbach .91</i>		

Tabela 6

Resultados da Análise de Consistência Interna da Subescala Stresse no Trabalho do Questionário de Conservação de Recursos (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Ferramentas necessárias para o trabalho.	.49	.82
Compreensão por parte do meu empregador/patrão.	.64	.80
Apoio por parte dos colegas de trabalho.	.55	.81
Ajuda com as tarefas no trabalho.	.57	.81
Tempo para o trabalho.	.43	.83
Posição no emprego.	.71	.79
Emprego estável.	.66	.79
<i>α de cronbach .97</i>		

Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos - *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*. (Radloff, 1977 adaptado para português por Costa & McIntyre, 2006) (item 69 ao item 88);

Tabela 7

Resultados da Análise da Consistência Interna da Subescala Afeto Depressivo da CES-D (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Senti que não conseguia sair da tristeza mesmo com a ajuda da minha família ou amigos.	.73	.86
Senti-me deprimida.	.79	.85
Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso.	.60	.88
Senti-me só.	.67	.87
Eu tive crises de choro.	.69	.87
Senti-me triste.	.75	.86
<i>α de cronbach .89</i>		

Tabela 8

Resultados da Análise da Consistência Interna da Subescala Afeto Positivo da CES-D (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Senti que era tão boa como as outras pessoas.	.34	.52
Senti-me esperançosa em relação ao futuro.	.30	.55
Eu estava feliz.	.37	.50
Eu sentia prazer na vida.	.43	.44
<i>α de cronbach .57</i>		

Tabela 9

Resultados da Análise da Consistência Interna da Subescala Sintomas Somáticos da CES-D (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Fiquei incomodada com coisas que normalmente não me aborrecem.	.55	.84
Não me apeteceu comer, tinha pouco apetite.	.48	.85
Tive dificuldade em manter a concentração no que estava a fazer.	.62	.84
Senti que tudo aquilo que fazia era um esforço.	.62	.84
Senti-me com medo.	.64	.83
O meu sono era agitado.	.60	.84
Falei menos do que é habitual.	.62	.83
Não tinha energia.	.65	.83
<i>α de cronbach .85</i>		

Tabela 10

*Resultados da Análise da Consistência Interna da Subescala Interpessoal da CES-D
(N= 767)*

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
As pessoas foram antipáticas.	.39	---
Senti que as pessoas não gostam de mim.	.39	---
<i>α de cronbach .56</i>		

Escala de Suporte Social - *Social Provisions Scale: Relationship Questionnaire* (SPS) (Cutrona & Russel, 1993 adaptado para português por Costa & McIntyre, 2006) (item 89 ao item 97);

Tabela 11

Resultados da Análise da Consistência Interna da Escala de Suporte Social (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Pode contar com as outras pessoas para a ajudar se precisar?	.484	.76
Sente que Não pode contar com as outras pessoas para a guarem em tempos de stress?	.495	.76
Existem outras pessoas que gostam das mesmas atividades sociais que você gosta?	.267	.78
Sente que os outros Não respeitam as suas capacidades ou competências?	.474	.76
Se algo errado acontecesse, sente que os outros não a iriam ajudar?	.557	.75
As relações que tem com os outros proporcionam uma sensação de segurança emocional?	.422	.77
Sente que as suas competências e capacidades são reconhecidas pelos outros?	.421	.77
Sente que os outros Não partilham os seus interesses e preocupações?	.505	.76
Existe alguma pessoa que lhe pode dar conselhos se estiver com problemas?	.345	.77
Sente que lhe Falta proximidade emocional com os outros?	.511	.75

α de cronbach .78

Escala da autoestima - *Self-Esteem Scale* (SES) (Rosenberg, 1965 adaptado para português por Costa & McIntyre, 2006) (item 217 ao item 226);

Tabela 12

Resultados da Análise da Consistência Interna da Escala de Autoestima (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos ao nível dos outros.	.57	.88
Sinto que tenho várias boas qualidades.	.63	.87
Em geral, estou inclinada a sentir que sou uma falhada.	.65	.87
Sou capaz de fazer as coisas tão bem como as outras pessoas.	.61	.87
Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	.43	.89
Assumo uma atitude positiva em relação a mim própria.	.69	.89
No geral, estou satisfeita comigo própria.	.70	.89
Gostaria de ter mais respeito por mim própria.	.60	.88
Por vezes, sinto-me inútil.	.69	.87
Por vezes, penso que não sou boa em nada.	.70	.87
<i>α de cronbach .88</i>		

ANEXO IV

- Tabelas com os resultados dos testes de normalidade

Hipótese 1

Tabela 1

Resultados da Análise da Normalidade para a hipótese 1

Variáveis	Idade Categorizada	Kolmogorov-Smirnov		
		<i>statistic</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COR-E (score total)	18-29	.158	243	.000
	30-39	.127	235	.000
	40-64	.134	289	.000
CES-D (score total)	18-29	.123	243	.000
	30-39	.127	235	.000
	40-64	.093	289	.000
SPS	18-29	.136	243	.000
	30-39	.157	235	.000
	40-64	.130	289	.000
SES	18-29	.080	243	.000
	30-39	.136	235	.000
	40-64	.117	289	.000

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; COR-E = *Conservation of Resources-Evaluation*; SPS = *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*

Hipótese 2

Tabela 2

Resultados da Análise da Normalidade para a hipótese 2 (N= 767)

Variáveis	Kolmogorov-Smirnov		
	<i>statistic</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
CES-D (score total)	.139	767	.000
COR-E (score total)	.109	767	.000
SPS	.130	767	.000
SES	.111	767	.000

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; COR-E = *Conservation of Resources-Evaluation*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*

Análises exploratórias

Tabela 1

Resultados da Análise da Normalidade das análises exploratórias (Nível de educação)

Variáveis	Nível de educação	Kolmogorov-Smirnov		
		<i>statistic</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COR-E (score total)	Menos que ensino secundário	.157	314	.000
	Mais que ensino secundário	.125	453	.000
CES-D (score total)	Menos que ensino secundário	.099	314	.000
	Mais que ensino secundário	.120	453	.000
SPS	Menos que ensino secundário	.124	314	.000
	Mais que ensino secundário	.143	453	.000
SES	Menos que ensino secundário	.114	314	.000
	Mais que ensino secundário	.109	453	.000

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; COR-E = *Conservation of Resources-Evaluation*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*

Tabela 2

Resultados da Análise da Normalidade das análises exploratórias (Rendimento anual)

Variáveis	Rendimento anual	Kolmogorov-Smirnov		
		<i>statistic</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COR-E (score total)	Menos de 6000 euros	.140	512	.000
	6000 - 12 000 euros	.143	180	.000
	Mais de 12 000	.134	75	.002
CES-D (score total)	Menos de 6000 euros	.107	512	.000
	6000 - 12 000 euros	.110	180	.000
	Mais de 12 000	.152	75	.000
SPS	Menos de 6000 euros	.121	512	.000
	6000 - 12 000 euros	.170	180	.000
	Mais de 12 000	.166	75	.000
SES	Menos de 6000 euros	.115	512	.000
	6000 - 12 000 euros	.104	180	.000
	Mais de 12 000	.121	75	.009

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; COR-E = *Conservation of Resources-Evaluation*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*

Tabela 3

Resultados da Análise da Normalidade das análises exploratórias (Estatuto prof. atual)

Variáveis	Estatuto Profissional Atual	Kolmogorov-Smirnov		
		<i>statistic</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COR-E (score total)	Desempregada	.137	223	.000
	Empregada	.139	544	.000
CES-D (score total)	Desempregada	.099	223	.000
	Empregada	.110	544	.000
SPS	Desempregada	.146	223	.000
	Empregada	.132	544	.000
SES	Desempregada	.110	223	.000
	Empregada	.113	544	.000

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; COR-E = *Conservation of Resources-Evaluation*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*

Tabela 4

Resultados da Análise da Normalidade das análises exploratórias (Estado civil)

Variáveis	Estado Civil	Kolmogorov-Smirnov		
		<i>statistic</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COR-E (score total)	Casada ou em União de facto	.146	464	.000
	Solteiras	.137	235	.000
	Divorciadas, separadas ou viúvas	.115	68	.026
CES-D (score total)	Casada ou em União de facto	.113	464	.000
	Solteiras	.113	235	.000
	Divorciadas, separadas ou viúvas	.107	68	.051
SPS	Casada ou em União de facto	.145	464	.000
	Solteiras	.132	235	.000
	Divorciadas, separadas ou viúvas	.118	68	.019
SES	Casada ou em União de facto	.105	464	.000
	Solteiras	.116	235	.000
	Divorciadas, separadas ou viúvas	.153	68	.000

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; COR-E = *Conservation of Resources-Evaluation*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*

Tabela 5

Resultados da Análise da Normalidade das análises exploratórias (Religiosidade)

Variáveis	Religiosidade	Kolmogorov-Smirnov		
		<i>statistic</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COR-E (score total)	Não religiosa	.147	70	.001
	Mais ou menos religiosas	.122	198	.000
	Religiosa	.144	499	.000
CES-D (score total)	Não religiosa	.168	70	.000
	Mais ou menos religiosas	.131	198	.000
	Religiosa	.100	499	.000
SPS	Não religiosa	.180	70	.000
	Mais ou menos religiosas	.152	198	.000
	Religiosa	.137	499	.000
SES	Não religiosa	.107	70	.045
	Mais ou menos religiosas	.123	198	.000
	Religiosa	.112	499	.000

Nota. CES-D = *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*; COR-E = *Conservation of Resources-Evaluation*; SPS= *Social Provisions Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*