



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

**IMPACTO DO SUPORTE SOCIAL E DAS ESTRATÉGIAS
DE *COPING* NO BEM-ESTAR SUBJECTIVO
EM SUJEITOS DEPRIMIDOS**

Dissertação para a obtenção de grau de mestre no ramo de Psicologia,
especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde

Elisabete Da Glória Fonseca Martinho

Orientador: Doutor Luís Sérgio Gonçalves Vieira

Constituição do Júri

Presidente: Doutor José Carlos Pestana dos Santos Cruz

Vogais: Doutor Luís Sérgio Gonçalves Vieira

Doutora Ida Manuela de Freitas Andrade Timóteo Lemos

Faro

2011



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

**IMPACTO DO SUPORTE SOCIAL E DAS ESTRATÉGIAS
DE *COPING* NO BEM-ESTAR SUBJECTIVO
EM SUJEITOS DEPRIMIDOS**

Dissertação para a obtenção de grau de mestre no ramo de Psicologia,
especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde

Elisabete Da Glória Fonseca Martinho

Orientador: Doutor Luís Sérgio Gonçalves Vieira

Constituição do Júri

Presidente: Doutor José Carlos Pestana dos Santos Cruz

Vogais: Doutor Luís Sérgio Gonçalves Vieira

Doutora Ida Manuela de Freitas Andrade Timóteo Lemos

Faro

2011

Elisabete Da Glória Fonseca Martinho

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Orientador: Professor Doutor Luís Sérgio Gonçalves Vieira

Data: 23 de Fevereiro de 2011

Título: Impacto do Suporte Social e das Estratégias de *Coping* no Bem-Estar Subjectivo em sujeitos deprimidos.

RESUMO

O objectivo da presente investigação é verificar o impacto de variáveis de natureza psicossocial, como o suporte social e estratégias de *coping* e de variáveis de natureza pessoal têm no bem-estar subjectivo, numa amostra de 50 sujeitos, com diagnóstico médico de depressão, em processo de tratamento clínico numa unidade hospitalar, repartidos de igual forma por regimes de internamento e ambulatório, com idades compreendidas entre 19 e 75 anos. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Satisfação com o Suporte Social, que inclui quatro subescalas (Satisfação com Amizades, Intimidade, Satisfação com a Família e Actividades Sociais), Questionário de Estratégias de *Coping* que inclui oito estratégias de *coping* (*coping* confrontativo, *coping* distanciamento, *coping* auto-controlo, *coping* procura de suporte social, *coping* aceitar a responsabilidade, *coping* fuga-evitamento, *coping* resolução planeada de problemas e reavaliação positiva), Escala da Afectividade Positiva e Negativa e a Escala da Satisfação com a Vida.

Os resultados demonstram que quanto maiores os índices de suporte social percebido, maiores os índices de bem-estar subjectivo e que a dimensão satisfação com os amigos é a que melhor explica o BES. As dimensões do *coping* que se correlacionam positiva e significativamente com o BES são, em sentido decrescente, a resolução planeada de problemas e a reavaliação positiva.

Palavras-chave: Bem-estar Subjectivo, Suporte Social, Estratégias de *Coping*, Depressão.

ABSTRACT

The purpose of this research is to examine the psychosocial variables impact, such as Social Support and *Coping* Strategies and personal variables that have on Subjective Well-Being, in a sample of fifty subjects with medical diagnosed depression, in the process of clinical treatment in a hospital unit, divided equally by a system of inpatients and outpatients and with ages between 19 and 75 years old.

The following instruments were used: Social Support Satisfaction Scale, which includes four subscales (Satisfaction with friendships, intimacy, Satisfaction with family and social activities), *Coping* Strategies Questionnaire that includes eight *coping* strategies (confrontational *coping*, distancing *coping*, self-control *coping*, planned resolution of problems *coping* and positive re-evaluation), Positive and Negative Affectivity Scale and Life Satisfaction Scale.

The results show that the higher the rates of perceives social support, higher the rates of subjective well-being and that the dimension Satisfaction with friendships is the best that explains Subjective Well-Being. the dimensions of *coping* that correlates positively and significantly with Subjective Well-Being are in a descendent order, the planned resolution of problems and the positive re-evaluation.

Key Words: Subjective Well-Being, Social Support, *Coping* Strategies, Depression

AGRADECIMENTOS:

A realização deste trabalho só foi possível devido ao apoio e ao estímulo recebido de várias pessoas e instituições.

Começo por agradecer ao meu orientador Professor Doutor Luís Sérgio Vieira, pelo seu acompanhamento, disponibilidade e sabedoria, tendo-se tornado num pilar essencial para alcançar a recta final.

A todos os doentes que aceitaram fazer parte deste estudo e que sem os quais este estudo não teria sido possível, expresso o meu reconhecimento e agradecimento.

À Direcção do Hospital de Faro E.P.E., à Comissão Científica, à Direcção do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, pelas autorizações concebidas ao meu pedido para a realização dos questionários, o meu muito obrigado.

O meu agradecimento á chefia de enfermagem dos serviços de internamento e consulta de psiquiatria e aos colegas pela disponibilidade e apoio prestado durante a realização dos questionários.

Aos colegas de Curso de Mestrado e em especial à Nélia, por toda a ajuda e essencialmente pela partilha de tristezas e alegrias durante a realização deste trabalho.

Aos meus pais, por todo o apoio e compreensão, e essencialmente pela preocupação manifestada durante a fase final desta investigação.

E por fim, ao meu marido Augusto, por todo o apoio, paciência e suporte afectivo, principalmente naqueles momentos mais difíceis.

“Felicidade é ter algo o que
fazer, ter algo que amar e algo que
esperar”

Aristóteles

ÍNDICE	
INTRODUÇÃO	2
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
CAPÍTULO I – BEM-ESTAR SUBJECTIVO EM SUJEITOS DEPRIMIDOS	8
1.1 – Perspectivas filosóficas do bem-estar subjectivo	8
1.2 – O construto bem-estar subjectivo	9
1.3 – Medidas do bem-estar subjectivo e seus significados	13
1.4 – As abordagens teóricas do bem-estar subjectivo	14
1.5 – Factores que explicam a variabilidade do bem-estar subjectivo	15
1.5.1 - Idade	16
1.5.2 - Género	17
1.5.3 - Estado civil	19
1.5.4 – Número de Filhos	19
1.5.5 - Educação	19
1.5.6 - Trabalho	20
1.5.7 - Rendimento	21
1.5.8 - Religião	22
1.5.9 - Saúde	23
1.6 - Depressão: conceito e associações com o suporte social e bem-estar subjectivo	25
CAPÍTULO II – REDES SOCIAIS, SUPORTE SOCIAL E ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	29
2.1 – Redes sociais: conceito e integrantes	29
2.2 – Redes sociais e saúde	31
2.3 – Suporte social	32
2.4 – Modelos teóricos e Medidas de suporte social	36
2.5 – Suporte social e saúde	38
2.6 – Estratégias de <i>coping</i>	39
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	47
CAPÍTULO III - METODOLOGIA	47
3.1- Pergunta de investigação	47
3.2 – Objectivos	47

3.3 - Hipóteses	47
3.4 - Amostra	48
3.4.1 – Caracterização da Amostra	48
3.5 - Instrumentos	50
3.5.1 - Questionário de dados biográficos	50
3.5.2 - Escala de satisfação com o suporte social	50
3.5.3 - Questionário de estratégias de <i>coping</i>	52
3.5.4 - Escala da afectividade positiva e negativa	55
3.5.5 - Escala da satisfação com a vida	56
3.6 - Procedimento	56
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
4.1 – Apresentação e análise estatística dos resultados	58
4.1.1. - Resultados na escala de satisfação com o suporte social	59
4.1.2 - Relação entre as características sócio-demográficas e a escala de satisfação com o suporte social	63
4.1.3- Resultados nas estratégias de <i>coping</i>	73
4.1.4 - Relação entre as características sócio-demográficas e as estratégias de <i>coping</i>	78
4.1.5 - Relação entre a escala de satisfação com o suporte social e as estratégias de <i>coping</i>	90
4.1.6 - Resultados no bem-estar subjectivo e suas componentes	91
4.1.7 -Relação entre as características sócio-demográficas e o bem-estar subjectivo	94
4.1.8 - Relação entre as características psicossociais e o bem-estar subjectivo	102
4.1.8.1 - Escala de satisfação com o suporte social e bem-estar subjectivo	102
4.1.8.2 - Estratégias de coping e bem-estar subjectivo	106
4.2 – Discussão dos resultados	109
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ANEXOS	136

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I-	Valores mínimo, máximo, média e desvio padrão da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e das suas subescalas	60
Tabela II-	Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e respectivas subescalas (SA- Satisfação com Amigos, IN- Intimidade, SF- Satisfação com a Família, AS- Actividades Sociais) para a amostra total	61
Tabela III-	Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e respectivas subescalas para os doentes em regime ambulatório (N = 25) e para os doentes em regime de internamento .	62
Tabela IV –	Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), respectivas subescalas e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório, NI- N° Internamentos Anteriores) para a amostra total.	63
Tabela V –	Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), respectivas subescalas e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório, NI- N° Internamentos Anteriores) para os doentes em regime ambulatório.	64
Tabela VI –	Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), respectivas subescalas e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório, NI- N° Internamentos Anteriores) para os doentes em regime de internamento.	64
Tabela VII –	Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), respectivas subescalas e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para a amostra total (N = 50).	65
Tabela VII –	Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), respectivas subescalas e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para os doentes em regime ambulatório (N = 25).	66
Tabela XIX –	Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), respectivas subescalas e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para os doentes em regime de internamento (N = 25).	66
Tabela X –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função do Género.	67
Tabela XI –	Resultados do Teste de Kruskal-Wallis: Estatística do teste, graus de liberdade e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social	67

(ESSS) em função do Estado Civil.

Tabela XII –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função de ter ou não filhos.	68
Tabela XIII –	Resultados do Teste de Kruskal-Wallis: Estatística do teste, graus de liberdade e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função da Situação Profissional.	68
Tabela XIV –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função de ter ou não abandonado o trabalho devido à doença.	69
Tabela XV –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função da Satisfação/ Insatisfação com o trabalho.	69
Tabela XVI.A –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função do trabalho ser ou não uma ajuda na recuperação da doença.	70
Tabela XVI.B –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney II: Média das Ordens e Soma das Ordens da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função do trabalho ser ou não uma ajuda na recuperação da doença.	70
Tabela XVII –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas entre doentes religiosos e não religiosos.	71
Tabela XVIII –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas entre indivíduos que procuram e que não procuram ajuda espiritual quando se sentem doentes.	71
Tabela XIX.A –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função do Regime de Tratamento.	72
Tabela XIX.B –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney II: Média das Ordens e Soma das Ordens da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função do Regime de Tratamento.	72
Tabela XX –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas entre doentes que tiveram e doentes que não tiveram internamentos anteriores	72
Tabela XXI -	Valores mínimo, máximo, média e desvio padrão das estratégias de <i>Coping</i> (AC- Auto-Controle, PSS- Procura de Suporte Social, FE- Fuga-Evitamento, RPP- Resolução Planeada de Problemas, RP- Reavaliação Positiva, AR- Aceitar a Responsabilidade, CC-	73

	<i>Coping</i> Confrontativo, D- Distanciamento)	
Tabela XXII –	Matriz de correlação linear das estratégias de <i>Coping</i> (N = 50).	75
Tabela XXIII –	Matriz de correlação linear das estratégias de <i>Coping</i> , para os doentes em regime ambulatorio (N = 25) e para os doentes em regime internamento (N=25)	76
Tabela XXIV –	Matriz de correlação linear das estratégias de <i>Coping</i> e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório, NI- N° Internamentos Anteriores) para a amostra total.	79
Tabela XXV –	Matriz de correlação linear das estratégias de <i>Coping</i> e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório, NI- N° Internamentos Anteriores) para os doentes em regime ambulatorio (N = 25).	79
Tabela XXVI –	Matriz de correlação linear das estratégias de <i>Coping</i> e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório, NI- N° Internamentos Anteriores) para os doentes em regime de internamento.	80
Tabela XXVII –	Matriz de correlação linear das estratégias de <i>Coping</i> e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para a amostra total.	80
Tabela XXVIII –	Matriz de correlação linear das estratégias de <i>Coping</i> e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para os doentes em regime ambulatorio.	80
Tabela XXIX –	Matriz de correlação linear das estratégias de <i>Coping</i> e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para os doentes em regime de internamento.	81
Tabela XXX –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (p) resultantes da comparação das estratégias de <i>Coping</i> em função do Género.	81
Tabela XXXI –	Resultados do Teste de Kruskal-Wallis: Estatística do teste, graus de liberdade e valor de significância (p) resultantes da comparação das estratégias de <i>Coping</i> em função do Estado Civil.	82
Tabela XXXII.A –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (p) resultantes da comparação das estratégias de <i>Coping</i> em função de ter ou não filhos.	82
Tabela XXXII.B –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney II: Média das Ordens e Soma das Ordens das estratégias de <i>Coping</i> em função de ter ou não filhos.	83
Tabela XXXIII.A –	Resultados do Teste de Kruskal-Wallis I: Estatística do teste, graus de liberdade e valor de significância (p) resultantes da comparação das estratégias de <i>Coping</i> em função da Situação Profissional.	83
Tabela XXXIII.B –	Resultados do Teste de Kruskal-Wallis II: Média das Ordens das estratégias de <i>Coping</i> em função da Situação Profissional.	84
Tabela XXXIV –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (p) resultantes da comparação das estratégias de <i>Coping</i> em função de ter ou não abandonado o trabalho devido à doença.	85
Tabela XXXV –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (p) resultantes da comparação das estratégias de <i>Coping</i> em função da Satisfação/ Insatisfação com o trabalho.	85
Tabela XXXVI –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (p) resultantes da comparação das estratégias de <i>Coping</i> em função do trabalho ser ou não uma ajuda na recuperação da doença.	86

Tabela XXXVII.A –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação das estratégias de <i>Coping</i> em função da religiosidade dos doentes.	86
Tabela XXXVII.B –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney II: Média das Ordens e Soma das Ordens das estratégias de <i>Coping</i> em função da religiosidade dos doentes da amostra total.	87
Tabela XXXVII.C –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney II: Média das Ordens e Soma das Ordens das estratégias de <i>Coping</i> em função da religiosidade dos doentes em regime ambulatorio e em regime de internamento.	88
Tabela XXXVIII –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação das estratégias de <i>Coping</i> entre indivíduos que procuram e que não procuram ajuda espiritual quando se sentem doentes.	89
Tabela XXXIX –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney : Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação das estratégias de <i>Coping</i> em função do Regime de Tratamento.	89
Tabela XL –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação das estratégias de <i>Coping</i> entre doentes que tiveram e doentes que não tiveram internamentos anteriores	89
Tabela XLI –	Matriz de correlação linear das estratégias de <i>Coping</i> , com a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas para a amostra total.	90
Tabela XLII –	Matriz de correlação linear das estratégias de <i>Coping</i> , com a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas, para os doentes em regime ambulatorio.	90
Tabela XLIII –	Matriz de correlação linear das estratégias de <i>Coping</i> , com a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas, para os doentes em regime de internamento.	91
Tabela XLIV –	Valores mínimo, máximo, média e desvio padrão do Bem-Estar Subjectivo e das suas componentes.	92
Tabela XLV –	Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e das suas componentes para a amostra total.	92
Tabela XLVI –	Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e das suas componentes para os doentes em regime ambulatorio e em regime de internamento.	93
Tabela XLVII –	Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo, das suas componentes e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatorio, NI- N° Internamentos Anteriores) para a amostra total.	94
Tabela XLVIII –	Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo, das suas componentes e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatorio, NI- N° Internamentos Anteriores) para os doentes em ambulatorio .	95
Tabela XLIX –	Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo, das suas componentes e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatorio, NI- N° Internamentos Anteriores) para os doentes em regime de internamento.	95
Tabela L –	Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo, das suas componentes e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para a amostra total.	96
Tabela LI –	Matriz de correlação linear linear do Bem-Estar Subjectivo, das suas componentes e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para os doentes em ambulatorio.	96
Tabela LII –	Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo, das suas componentes e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento	96

	Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para os doentes em regime de internamento.	
Tabela LIII –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, em função do género.	97
Tabela LIV –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney II: Média das Ordens e Soma das Ordens do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, em função do género.	97
Tabela LV –	Resultados do Teste de Kruskal-Wallis: Estatística do teste, graus de liberdade e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes em função do Estado Civil.	98
Tabela LVI –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes (em função de ter ou não filhos).	98
Tabela LVII –	Resultados do Teste de Kruskal-Wallis: Estatística do teste, graus de liberdade e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes em função da Situação Profissional.	99
Tabela LVIII –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes em função de ter ou não abandonado o trabalho devido à doença	99
Tabela LIX –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes em função da Satisfação/ Insatisfação com o trabalho.	100
Tabela LX –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes em função do trabalho ser ou não uma ajuda na recuperação da doença.	100
Tabela LXI –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes entre doentes religiosos e não religiosos.	101
Tabela LXII –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes entre indivíduos que procuram e que não procuram ajuda espiritual quando se sentem doentes.	101
Tabela LXIII –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes em função do Regime de Tratamento.	102
Tabela LXIV –	Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (<i>p</i>) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes entre doentes que tiveram e doentes que não tiveram internamentos anteriores.	102
Tabela LXV –	Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, com a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas para a amostra total.	104
Tabela LXVI –	Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, com a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas para os doentes em ambulatório.	105
Tabela LXVII –	Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, com a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas para os doentes em regime de internamento.	106
Tabela LXVIII –	Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, com as estratégias de <i>Coping</i> para a amostra total.	107

Tabela LXIX –	Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, com as estratégias de <i>Coping</i> para os doentes em ambulatório.	107
Tabela LXX –	Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, com as estratégias de <i>Coping</i> para os doentes em regime de internamento (N = 25).	108

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surgiu no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, sendo que um dos temas que mais fascínio nos causou foi o da felicidade. Inúmeras questões surgiram: o que é isto de felicidade? Ela existe? É a mesma coisa que satisfação com a vida? Enfim, uma série de questionamentos que, aliados a outras tantas perguntas de âmbito profissional, originaram e justificam a escolha do tema desta investigação. Qual o impacto que o suporte social e as estratégias de *coping* têm no bem-estar subjectivo em sujeitos deprimidos? Também houve a necessidade de estudar outras variáveis de natureza sócio-demográfica e a sua influência no bem-estar subjectivo.

Foi a Psicologia Humanista e, mais recentemente, a Psicologia Positiva, que estimulou e incentivou o interesse por uma vertente mais positiva da avaliação do indivíduo, tal como a felicidade e o optimismo (Marujo, Neto & Perloiro, 1999; Oliveira, 2000). A Psicologia Positiva é definida como o estudo científico de emoções positivas, forças e virtudes humanas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Sheldon & King, 2001, cit in Passareli & Silva, 2007).

A investigação sobre o bem-estar subjectivo diz-nos que as pessoas não apenas evitam o mal-estar mas procuram a felicidade. O conceito de bem-estar permitiu construir medidas que possibilitam uma avaliação mais fina dos indicadores da Saúde Mental, através de variáveis como a satisfação com a vida, a felicidade, o afecto positivo e o afecto negativo (Lucas, Diener, & Suh, 1996, cit in Galinha & Ribeiro, 2005).

No entanto, constata-se que pacientes deprimidos fazem avaliações das informações do ambiente, resultando numa maximização de aspectos negativos de situações da vida, inclusive identificando, por vezes, o que é positivo como neutro ou negativo (Lima, M. S., Knapp, P., Blaya, C., Quarantini, L.C., Oliveira, I.R., Lima, P.A.S.P., 2004). Garamoni, G.L., Reynolds, C. F., Thase, M.E., Frank, E., Berman, S.R., Fasiczka, A.L. (1991) referem que quanto maior a severidade dos sintomas, maior a frequência de afectos negativos sobre os positivos.

Variáveis psicossociais como o suporte social (SS) e mecanismos de *coping* face à doença tornam-se essenciais para retomar níveis prévios de funcionamento e bem-estar pessoal.

O suporte social encontra-se associado aos aspectos das relações sociais que conferem um efeito sobre a saúde física e psicológica do indivíduo. Kaplan, R., & Toshima, M. (1985) definem suporte social como o grau em que as necessidades básicas de uma pessoa são satisfeitas através da interacção com outras. O suporte social também pode ser definido em

função do grau de satisfação das necessidades básicas que incluem: o afecto, a estima, a pertença, a identidade e a segurança e são satisfeitas através da ajuda emocional e instrumental (Thoits, 1982).

Sarason (1988) considera relevante o grau em que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido socialmente (o suporte percebido). Acrescenta ainda que o suporte social prestado pelas relações sociais contribui para o ajustamento positivo e desenvolvimento pessoal e, que é protector contra os efeitos do stress.

Holahan e colaboradores (1995) citados por Coelho e Ribeiro (2000), verificaram que os recursos sociais são determinantes na compreensão da variabilidade individual quanto à incidência de sintomas depressivos, uma vez que a doença envolve uma série de eventos negativos que contribuem para a diminuição do nível de qualidade de vida, pelo que é de esperar que os esforços adaptativos beneficiem substancialmente com o suporte garantido pela rede social de apoio. Referem ainda que pacientes depressivos relatam receber menor apoio/suporte familiar que indivíduos não-depressivos. As relações positivas entre o suporte social e a saúde ocorrem devido ao facto de o suporte aumentar os níveis de saúde e bem-estar, qualquer que seja o nível de suporte presente, ou seja, o suporte protege as pessoas dos efeitos patogénicos dos acontecimentos de vida stressantes (Barriga, 2000).

O suporte social condiciona a reabilitação do sujeito em situação de doença, não só como estrutura protectora da saúde física e mental, mas também pelo seu efeito concomitante no plano do *coping*, isto é, pela acção facilitadora que pode desempenhar no confronto imediato com a crise, mobilizando os esforços adaptativos e incentivando formas mais adequadas de resolução dos problemas (Holahan et al., 1995, citados por Coelho e Ribeiro, 2000).

Endler (1997) considera estratégias de *coping*, a forma através da qual os sujeitos se confrontam ou lidam com situações consideradas stressantes, como seja a doença crónica.

O *coping* activo, orientado para a resolução de problemas, está positivamente relacionado com a qualidade de vida e nível superior de bem-estar, durante o período de recuperação (Sheier et al., 1989, cit in Coelho e Ribeiro, 2000). Pacientes que adoptem isto tipo de *coping*, apresentarão níveis de bem-estar subjectivo superiores aos outros.

Variáveis de natureza pessoal terão também influência na compreensão do bem-estar subjectivo. A teoria do ajustamento ao trabalho (Dawis, 2005; Dawis & Loftquist, 1984, cit in Vieira, 2007) e a teoria de Holland (1997), citadas por Vieira (2007) preconizam o

ajustamento pessoa-ambiente, resultante da interacção entre as características pessoais do indivíduo e as particularidades do ambiente de trabalho que vão ditar ou não a satisfação e o bem-estar.

Este trabalho tem como finalidade compreender o bem-estar subjectivo de utentes com depressão, tomando como referência variáveis de natureza pessoal, nomeadamente o trabalho e variáveis psicossociais que se centram no suporte social e estratégias de *coping*. Esperamos encontrar uma relação positiva entre o suporte social, as estratégias de *coping* e o bem-estar subjectivo, pensamos encontrar maiores índices de bem-estar subjectivo em sujeitos em ambulatório, devido à remissão da sua sintomatologia, tal como os que têm um diagnóstico definido há mais tempo. Esperamos, também, encontrar relações entre o bem-estar subjectivo e as variáveis de natureza sócio-demográfica que permitam uma melhor explicação do bem-estar subjectivo.

Em suma, a escolha deste tema inseriu-se na problemática de intervenção da Psicologia da Saúde e contextualiza-se na experiência profissional da prestação de cuidados de enfermagem a sujeitos deprimidos, como depressões graves, que limitam o universo pessoal e social do paciente. Este transtorno, caso não seja cuidadosamente tratado, pode ser incapacitante para o trabalho e para a vida. Pretende-se então, de alguma forma dar resposta a questões que são colocadas diariamente na prática ao tentar-se perceber de que forma estas variáveis psicossociais e de natureza pessoal influenciam o bem-estar subjectivo destes utentes.

A primeira parte, constituída por dois capítulos, fará uma revisão teórica acerca dos conceitos bem-estar subjectivo, suporte social e estratégias de *coping* que sustentam as nossas reflexões críticas. Como também, iremos fazer uma abordagem à patologia em causa, através da sua caracterização e implicações nos conceitos mencionados, de forma a enquadrar os objectivos a que nos propomos.

A segunda parte, organizada pelos capítulos III e IV, será dedicada à apresentação do estudo empírico, que inclui a metodologia, os resultados encontrados e a análise e discussão dos mesmos. A recolha de dados foi realizada nos serviços de internamento e de consulta de psiquiatria do Hospital de Faro E.P.E., a doentes com diagnóstico médico de depressão, aos quais foram aplicados um Questionário de Dados Biográficos, a Escala de Satisfação com o Suporte Social, o Questionário de Estratégias de *Coping*, a Escala da Afectividade Positiva e Negativa e a Escala da Satisfação com a Vida. Os resultados foram observados de acordo com

os nossos objectivos, de forma a percebermos qual o impacto que o Suporte Social e as Estratégias de *Coping* têm no Bem-Estar Subjectivo.

Acreditamos que este estudo pode contribuir para uma maior explicação do fenómeno depressivo e a sua intrínseca relação com o suporte social e o *coping*, e que de alguma forma esta presente investigação tenha contribuído para o alargamento do conhecimento científico neste domínio, tal como uma maior compreensão das variáveis estudadas em função do bem-estar subjectivo. Esperamos, que as conclusões deste estudo possam ser a base de trabalho para futuras investigações. Confiamos também discutir a pertinência desta investigação na área da Psicologia da Saúde e de que forma poderemos intervir para o alcance de um melhor bem-estar em sujeitos deprimidos.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - BEM-ESTAR SUBJECTIVO EM SUJEITOS DEPRIMIDOS

CAPÍTULO II – REDES SOCIAIS, SUPORTE SOCIAL E ESTRATÉGIAS
DE *COPING*

CAPÍTULO I - BEM-ESTAR SUBJECTIVO EM SUJEITOS DEPRIMIDOS

1.1 – Perspectivas filosóficas do bem-estar subjectivo

1.2 – O construto bem-estar subjectivo

1.3 – Medidas do bem-estar subjectivo e seu significado

1.4 – As abordagens teóricas do bem-estar subjectivo

1.5 – Factores que explicam a variabilidade do bem-estar subjectivo

1.6 - Depressão: conceito e associações com o suporte social e bem-estar subjectivo

CAPÍTULO I - BEM-ESTAR SUBJECTIVO EM SUJEITOS DEPRIMIDOS

O construto Bem-Estar Subjectivo – felicidade tem sido alvo ao longo do tempo de várias investigações (Diener, 2000; Llanes, 2001) e suscitado interesse por diferentes investigadores das ciências sociais e do comportamento. De certa forma, existe uma procura pelo conhecimento quer dos factores como dos processos subjacentes à felicidade.

As pesquisas acerca deste construto tiveram início por volta de 1960, tendo como base a perspectiva da Psicologia Positiva (Diener, 2000). Os estudos iniciais acerca da avaliação da felicidade tinham como ênfase as condições objectivas a ela relacionadas com os aspectos sócio-demográficos: estado civil, sexo, idade, rendimentos, etc. No entanto, não são apenas os indicadores objectivos que explicam o bem-estar das pessoas, mas a associação destes com os aspectos subjectivos do indivíduo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Gouveia, Chaves, Dias, Gouveia & Andrade, 2003, cit in Oliveira, Lima & Saldanha, 2007). Desta forma, conhecendo-se as condições que promoveriam o bem-estar, seria possível articular uma forma ampla do que seria vida satisfatória, bem como orientar as pessoas à vida saudável (Giacomoni, 2002, cit in Oliveira, Lima & Saldanha, 2007).

Pretende-se então compreender o construto Bem-Estar Subjectivo (BES), a forma como este é medido e as abordagens teóricas em que assenta, bem como, explicar quais os factores que de certa forma estão na origem da variabilidade do BES.

1.1 – Perspectivas filosóficas do bem-estar subjectivo

Os estudos empíricos do bem-estar humano foram desenvolvidos a partir de duas perspectivas filosóficas distintas (Ryan & Deci, 2001).

A primeira perspectiva, chamada de hedonismo, iguala o bem-estar à sensação de prazer ou de felicidade (Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N., 1999). Concebe que o bem-estar/felicidade de uma pessoa compreende as mais diversas experiências de prazer e desprazer (e. g. prazer corporal, prazer emocional, desprazer corporal, desprazer emocional) além de julgamentos subjectivos a respeito de bons e maus elementos da vida (Kubovy, 1999; Ryan & Deci, 2001). Ainda que existam muitas formas de avaliar o prazer/dor num contínuo da experiência humana, os hedonistas utilizam o construto de BES para a avaliação do bem-estar e felicidade (Diener & Lucas, 1999).

A segunda perspectiva denominada eudaimonismo, concebe que o bem-estar é mais do que a felicidade em si, é algo que envolve a actualização de potenciais humanos. Segundo esta

teoria, nem toda a realidade de desejo resulta em bem-estar, visto que mesmo que haja a obtenção de prazer, muitas consequências podem não ser benéficas para as pessoas e, portanto, não promovem bem-estar. Deste modo, o bem-estar ocorre quando as atitudes e actividades de vida da pessoa estão em congruência com os valores morais (Waterman, 1993).

Actualmente considera-se o bem-estar como um fenómeno multidimensional que inclui aspectos tanto da concepção hedonista como da eudaimonista (Ryan & Deci, 2001).

Vários são os investigadores que têm realizado estudos considerando a contribuição prática e teórica de ambas as perspectivas. Diener, Scollon e Lucas (2003), para definirem o construto de BES, têm em conta as limitações da visão hedonista, ao referirem que as pessoas de uma maneira geral não têm como finalidade única uma vida com prazeres imutáveis e constantes, sem qualquer tipo de qualificação moral. Estas precisam de ter sentimentos de felicidade justificados, podendo por vezes sacrificar situações de momentâneo prazer por outras que valorizam mais.

1.2 – O construto bem-estar subjectivo

O bem-estar subjectivo é um construto que tem despertado grande interesse na comunidade científica, que visa conhecer e compreender os factores e processos da vida feliz dos indivíduos, sendo por isso um conceito central na Psicologia Positiva (Wallis, 2005).

Dada a relevância do papel do bem-estar na vida do indivíduo, e de como este é promotor de saúde, “ a Psicologia descobriu esta dimensão essencial do comportamento humano, que traduziu sob a forma de construtos, tais como o da satisfação com a vida, felicidade, bem-estar subjectivo ou psicológico” (Ferreira e Simões, 1999, p. 112). Tal facto, veio de alguma forma reformular o conceito de BES, sendo este constituído de um referencial teórico próprio e não apenas como a ausência de doença ou de mal-estar.

Entende-se então o BES como a análise científica da forma como o indivíduo avalia a sua vida, como sejam as reacções emocionais a eventos, o seu humor e os juízos que faz sobre a satisfação com a vida, a realização pessoal e satisfação em domínios específicos como o trabalho, a vida familiar e outros. Dito de outra forma, o estudo da felicidade (Diener, Oishi & Lucas, 2003; Diener et al., 1999; Kahneman, Diener & Schwarz, 1999).

Grande parte dos estudos conceptualizou a felicidade como representando o equilíbrio entre os afectos positivos e negativos, e a satisfação com a vida como dimensão mais cognitiva.

O BES é explicado por diversos modelos entre eles: o modelo unidimensional (e.g., Fordyce, 1986; Stones & Kozma, 1985); o modelo bidimensional (e.g., Watson & Tellegen,

1985); o modelo tridimensional (e.g., Diener & Diener, 1995; Heady & Wearing, 1989), e o modelo tetra-dimensional (Heady, Kelley & Wearing, 1989; citados por Heady & Wearing, 1989). No entanto, o modelo mais consensual é de que o BES é um construto com duas dimensões e que dele fazem parte factores de natureza mais cognitiva e outros de natureza afectiva.

Neste sentido uma das definições para o construto do BES, tido como referência para os investigadores, aponta-nos que este é entendido como uma reacção avaliativa das pessoas à sua própria vida, quer em termos da satisfação com a mesma, quer em termos de afectividade (Diener & Diener, 1995).

Assim, o BES tem como dimensões principais uma componente cognitiva e uma componente afectiva (Diener, 2000): *Satisfação com a Vida* – componente cognitiva – que consiste no julgamento cognitivo de algum domínio específico na vida da pessoa; e os *Afectos Positivos e Negativos* – componente afectiva – que se referem à frequência e à intensidade de afectos (emoções) positivos e negativos vivenciados pela pessoa. Fala-se em afectividade positiva (PA) quando a pessoa tem tendência em experimentar sentimentos e emoções agradáveis (alegria, entusiasmo, orgulho, felicidade), pelo contrário a afectividade negativa (NA) manifesta-se por experimentar sentimentos e emoções desagradáveis (vergonha, tristeza, ansiedade, depressão). Assim, quando uma pessoa possui níveis elevados de BES significa que experimenta satisfação com a vida, frequentes emoções de contentamento e pouca frequência de emoções negativas como: tristeza ou raiva (Giacomoni, 2002, cit in Oliveira, Lima & Saldanha, 2007).

Por essas dimensões, mediante complexa interacção, perpassam as percepções acerca das experiências vividas, à medida que o indivíduo faz balanço das experiências prazíveis e desprazíveis, bem como julgamento cognitivo de algum domínio específico, comparando a situação actual com padrão subjectivamente determinado por ele (Albuquerque & Troccóli, 2004; Schimmack, Radhakrishnan, Oishi & Dzokoto, 2002).

Como referido anteriormente, o modelo explicativo descrito é denominado de modelo bidimensional, no entanto, por vezes é referenciado como modelo tripartido ou dos três factores, uma vez que faz a separação da dimensão afectiva em duas componentes independentes (afectividade positiva e afectividade negativa) e considera unitária a sua dimensão cognitiva (satisfação com a vida). Nesta perspectiva, as suas três componentes estão relacionadas entre si mas independentes umas das outras. Sendo assim, é possível que um indivíduo manifeste com regularidade, emoções positivas e raras vezes emoções negativas, como pode apresentar níveis elevados em ambas as componentes de afectividade.

O estudo de Simões e colaboradores (2003) comprova isso mesmo. Ao avaliarem o valor preditivo de um conjunto de variáveis sociodemográficas e de personalidade, para cada uma das três componentes do BES, verificaram que, embora estejam relacionadas, são independentes umas das outras, devendo ser estudadas individualmente para se obter uma visão adequada do construto.

Relativamente aos afectos existem diversas abordagens, por um lado uns tendem a seguir uma orientação de afecto específico, onde cada emoção tem um significado próprio e independente das outras emoções, outros procuram uma perspectiva dimensional dos afectos. De acordo com estudos efectuados e diversas linhas de investigação, o modelo que sugerem ser o mais adequado é o modelo das duas dimensões de Watson e Tellegen (1985) para explicar a dimensão afectiva do BES. É este que reúne maior consenso dentro da comunidade científica, de acordo com as análises factoriais que apontam de forma consistente para a presença de duas componentes independentes do afecto: os afectos positivos e os afectos negativos.

Também Costa e McCrae (1980) afirmam que o equilíbrio entre afectos positivos e negativos do indivíduo indica o BES global alcançado por uma pessoa, pelo que, ambos os afectos positivos e negativos contribuem de forma independente para o BES.

No modelo circular bidimensional de Watson e Tellegen (1985), as duas dimensões da afectividade, a afectividade positiva e a afectividade negativa, formam dois eixos que se cruzam na perpendicular e representam os dois principais factores: afecto positivo elevado-afecto positivo reduzido e afecto negativo elevado-afecto negativo reduzido. Os eixos representados pelo prazer-desprazer e forte empenho-fraco empenho também se cruzam entre si na perpendicular e interceptam de forma intercalada com os eixos principais formando um octógono, surgindo com termos adjacentes aos de afecto positivo e negativo, que no conjunto apresentam uma disposição circular.

A afectividade positiva (PA) é a medida que reflecte o entusiasmo com a vida, traduzindo-se na tendência para experimentar sentimentos e emoções agradáveis, tais como: alegria, entusiasmo, orgulho e felicidade, por outro lado, a afectividade negativa (NA) é a medida que reflecte a indisposição ou perturbação, ou seja, é a tendência em experimentar sentimentos e emoções desagradáveis como sejam: culpa, vergonha, tristeza, ansiedade e depressão (Diener et al., 1999).

É este modelo, que apesar de não reunir consenso na comunidade científica, está na origem da criação de uma das escalas mais utilizadas e validadas no estudo da afectividade, a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

Fredrickson (2001) faz referência a pesquisas que sugerem que as emoções positivas promovem a longevidade, o funcionamento individual e colectivo, o bem-estar psicológico e a saúde física, intelectual e psicossocial. Este autor diz que o efeito das emoções positivas prevê um aumento da capacidade de recuperação e do optimismo, que podem ajudar a desfazer os efeitos danosos das emoções negativas sobre a mente e o corpo, ao afirmar que a utilização das emoções positivas como a alegria, o interesse e a satisfação, previne ou resolve os problemas das emoções negativas. As emoções negativas estreitam o pensamento, pelo contrário as positivas ampliam-no, permitindo ao indivíduo resistência, flexibilidade e bem-estar, elevando também os níveis de dopamina.

As emoções positivas desempenham também um papel importante, não só pela positividade que dão às pessoas na altura em que as manifestam, mas também por permitirem um sentimento de bem-estar num período mais alargado de tempo. Fredrickson (1998, 2001; Folkmann & Moskowitz, 2000) propôs o modelo *broaden-and-build* como forma de explicar o funcionamento das emoções positivas. De acordo com este modelo, o experienciar deste tipo de emoções alarga os reportórios do pensamento e de acção dos indivíduos. Por sua vez, estes reportórios mais alargados irão contribuir para o desenvolvimento de recursos sociais, intelectuais e físicos, recursos esses que podem ser utilizados em situações de stress.

Fredrickson (2001) propõe ainda que se as emoções negativas estão relacionadas com determinadas doenças (e.g. doenças coronárias) (Salovey, P.; Rothman, A.J.; Steward, W.T., 2000), então a presença de emoções positivas, uma vez que impedem as manifestações das primeiras, poderá funcionar como uma força que impede o desenvolvimento da doença, podendo assim desempenhar um papel fundamental quer no bem-estar físico, quer no bem-estar psicológico.

Analisando a dimensão cognitiva dos BES, esta é representada pela satisfação com a vida (SWLS). O indivíduo faz uma avaliação da sua vida no tempo, ou seja, avalia a sua satisfação com o passado, e analisa o presente manifestando desejo de mudança ou de contentamento com a sua vida. São então vários os domínios de satisfação com a vida: trabalho, família, lazer, saúde, finanças, etc. (Diener et al., 1999).

Segundo Simões (1992) existem três aspectos principais que caracterizam a componente cognitiva do BES. “Trata-se, em primeiro lugar, de um juízo subjectivo sobre a qualidade da própria vida, baseado, por conseguinte, num padrão estabelecido pelo sujeito, e não em critérios externos (por exemplo, a saúde, a riqueza), fixados por outrém. Em segundo lugar, a satisfação com a vida refere-se a aspectos positivos da própria vida, e não apenas à ausência de factores negativos, como acontece em muitos indicadores de saúde mental. Por

último, implica uma avaliação global das várias facetas da vida do indivíduo: o pressuposto é o de que ele atribui ponderações positivas e negativas a essas diversas facetas e, com base na soma algébrica das mesmas, formula um juízo de valor sobre a qualidade da sua própria existência (Pavot et al., 1991; Diener et al., 1985; Diener, 1984)” (Simões, 1992, p. 503 e 504).

Van Praag, Frijters e Ferrer-i-Carbonell (2003) assinalam o “modelo de dois níveis” (*two-layer model*) em que o BES global está relacionado com a satisfação em diferentes domínios específicos da vida como sejam: saúde, situação financeira, trabalho, lazer, habitação, e o ambiente onde a pessoa se insere. Tendo em conta um estudo efectuado numa extensa amostra de trabalhadores alemães, concluem que a satisfação com a vida deve ser vista como um todo, como um conceito agregado que pode ser desdobrado nos seus componentes.

Outro factor importante na compreensão deste construto são os indicadores materiais e objetivos que, embora não abarquem todas as dimensões do BES, mostram-se de suma importância (Llanes, 2001), uma vez que a percepção de bem-estar depende da qualidade de vida das pessoas, que representa tentativa de nomear algumas características da vida humana (Diogo, 2003). Portanto, indicadores materiais influenciam na avaliação cognitiva que as pessoas fazem de suas vidas e os aspectos sociodemográficos – rendimentos, idade, sexo, situação conjugal, entre outros – estão relacionados com variações no BES (Koo, Rie & Park, 2004). Nessa direcção, existem estudos que investigam ou relacionam o efeito da doença ou da saúde com a qualidade de vida e o BES tanto de crianças como de adultos (Diogo, 2003; Assumpção Junior, Kuczynski, Sprovieri & Aranha, 2000).

Analisando a relação da SWLS com outros instrumentos/construtos verifica-se que num estudo de Lawler-Row e Piferi (2006) a satisfação com a vida tem relações significativas e positivas com traços de perdão (*trait forgiveness*) (.22), comportamentos de saúde (.27), suporte social (.29), bem-estar religioso (.12), bem-estar existencial (.42) e bem-estar psicológico (.54) e relações significativas, mas negativas com sintomas físicos da doença (-.28), depressão (-.34) e stress (-.47). As análises de regressão indicaram que os comportamentos saudáveis ($p < 0.001$) e o apoio social ($p < 0.001$), o bem-estar religioso ($p < 0.004$) e o bem-estar existencial ($p < 0.001$) contribuem todos para a satisfação com a vida.

1.3– Medidas do bem-estar subjectivo e seus significados

Sabendo que não existe um consenso relativamente às dimensões do BES será tido em conta a medida das duas componentes cientificamente aceites como partes integrantes do

BES, a componente afectiva e a componente cognitiva, sendo que é feita de diversas formas e recorrendo a diversos instrumentos distintos.

No entanto, a presente investigação assenta que a avaliação do BES será sustentada na definição do construto em três dimensões independentes : uma avaliação cognitiva, que avaliará a qualidade de vida como um todo, como seja a felicidade ou a satisfação global, uma que avalie os afectos positivos e outra que avalie os afectos negativos que constituem a avaliação da afectividade. Tendo isso em conta mostra-se o interesse e utilização das medidas: *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988) e *Satisfaction With Life Scales* (SWLS; Diener et al., 1985). Portanto, segundo Diener e colaboradores (1999) um indivíduo com um elevado BES faz uma avaliação positiva da vida como um todo e apresenta um predomínio de afectos positivos sobre os afectos negativos.

O BES é determinado pela combinação da sua dimensão afectiva com a dimensão cognitiva, como se de um balanço entre as duas dimensões se trata-se. O balanço da afectividade é calculado através da subtração do valor das emoções desagradáveis às agradáveis e é representado pela formula: BA ou $PN=PA-NA$. A medida global de BES, é uma medida compósita calculada, após se transformarem os resultados brutos de cada uma das variáveis que determinam o BES em resultados padronizados (resultados z), através da fórmula:

$$BES = (PA-NA) + SWLS \text{ ou } ZBES = (Z_{swls} + Z_{pa}) - Z_{na}.$$

1.4 – As abordagens teóricas do bem-estar subjectivo

Existem diversas linhas de investigação que têm contribuído para a história do estudo do BES. De entre estas, uma das grandes influências vem da Psicologia Humanista e, mais recentemente, da Psicologia Positiva, que estimulou e incentivou o interesse por uma vertente mais positiva da avaliação do indivíduo, tal como a felicidade e o optimismo (Marujo, Neto & Perloiro, 1999; Oliveira, 2000).

O conceito BES apresenta como particularidade o facto do sujeito interpretar o bem-estar através da avaliação do seu nível de estado positivo e não pela ausência de indicadores de mal-estar. É definido também em termos de experiência interna da pessoa, ou seja, a percepção e convicção acerca do seu bem-estar. Por último, não se centra em episódios momentâneos, mas em estados a longo prazo (Diener, Suh, & Oishi, 1997).

Dos diversos modelos, há uma abordagem que tem sido frequentemente referida como uma das mais significativas na fundamentação teórica do construto, é a do par constituído pela teoria “topo-base” e pela teoria “base-topo”. “ *A abordagem base-topo (bottom-up)*

considera que o BES é o acumular de experiências positivas (no trabalho, na família, no lazer) ” (Simões et al., 2000, p. 246) como se a satisfação global com a vida fosse o somatório dos momentos considerados agradáveis. Nesta perspectiva enquadram-se as investigações centradas na avaliação das influências dos factores sócio-demográficos e bio-sociais (e.g., sexo, idade, nível sócio-económico), pelo que o BES é entendido como um efeito. No entanto, a avaliação afectiva e cognitiva que o indivíduo faz da sua vida não é o resultado apenas das mudanças nos acontecimentos de vida, uma vez que a felicidade permanece moderadamente estável ao longo do tempo apesar dos acontecimentos e das suas circunstâncias.

A “*abordagem topo-base (top-down)*” diz que “existe uma inclinação global para experienciar as coisas, de maneira positiva, influenciando essa inclinação as interações do momento entre indivíduos e o mundo. Portanto, a pessoa experimenta prazeres, porque é feliz, e não vice-versa” (Diener, 1984, p. 565). Deste modo, pode-se dizer que determinada experiência não é agradável ou desagradável, é antes a interpretação que dela faz o sujeito, que a torna tal” (Simões et al., p. 246). Esta teoria está relacionada com uma filosofia de tipo kantiano, que considera o sujeito um ser activo e organizador da experiência e não um ser passivo. Daí que “ não deverão ser as circunstâncias objectivas, mas as interpretações subjectivas das mesmas, as determinantes primárias do bem-estar subjectivo” (Simões et al., 2000, p.247). Então, a estabilidade do BES não é um simples produto dos relatos da avaliação global do indivíduo, antes, os seus próprios juízos reflectem mais do que uma mera resposta às circunstâncias momentâneas, mantendo uma certa consistência emocional (Diener & Lucas, 1999), o que caracteriza enquanto pessoa, com inclinação para experimentar e interpretar os acontecimentos e a vida em termos gerais, de uma maneira mais positiva ou mais negativa. Nesta perspectiva enquadra-se o interesse atribuído ao papel preponderante da personalidade na predição do BES, logo, o este é considerado como uma causa.

Feist e colaboradores (1995, citados por Simões et al., 2000) concluem que “tanto o modelo correspondente à abordagem *topo-base*, como a abordagem *base-topo*, são considerados bons ajustamentos aos dados, não havendo superioridade de um em relação ao outro (...) os dados indicam, por um lado, de corroborar a hipótese de que o BES é efeito daquelas variáveis e, por outro lado, de que ele próprio é causa das mesmas” (Feist et al., 1995, cit in Simões et al., p.248).

1.5 – Factores que explicam a variabilidade do bem-estar subjectivo

A literatura diz-nos que são vários os factores sociodemográficos que influenciam o BES, pelo que serão considerados aqueles ao qual este estudo faz referência: a idade, o

género, o estado civil, o número de filhos, a educação, o trabalho, a doença, o nível sócio-económico e a religiosidade.

1.5.1 - Idade

A maioria dos estudos aponta para uma baixa correlação entre o BES e a idade. Embora se saiba que existem algumas perdas com a idade, como sejam o suporte social (amigos, cônjuge), perdas financeiras, entre outras, no geral e em particular, os idosos, não apresentam declínio do BES. Deduz-se então que o BES não se correlaciona com a idade (Simões et al., 2000). Diener e Suh (1997; citados por Simões et al.) ao analisarem os seus estudos concluem: “ são que a satisfação com a vida não revela declínio com a idade; a afectividade positiva, por seu turno diminui ligeiramente, e a afectividade negativa mantém-se relativamente estável” (2003, p.7).

Argyle (1987) argumenta que a ideia de declínio do bem-estar com o envelhecimento encontra apoio em dados referentes à relação de aumento de idade e diminuição da prática de actividades agradáveis. Um estudo de Lewinsohn e MacPhillamy (1974), realizado com uma amostra americana, revelou queda na frequência média de prática de actividades prazerosas e de contentamento entre idosos.

Numa outra perspectiva temos a teoria da selectividade socioemocional, segundo a qual as emoções são mais bem reguladas à medida que as pessoas envelhecem (aumenta a afectividade positiva), o que proporcionaria bem-estar (Carstensen, 1995). As pessoas mais velhas tenderiam a maximizar os afectos positivos e a minimizar os afectos negativos, o que se daria através da adaptação aos eventos da vida e às alterações vivenciadas em contexto social.

O possível efeito positivo da idade sobre a felicidade e a satisfação com a vida pode ser explicado pela baixa discrepância entre as aspirações e realizações dos idosos o que indica maior ajustamento a situações de vida (Argyle, 1987). Pelo contrário os jovens têm expectativas grandiosas para o futuro e baixa realização (Campbell, Converse & Rodgers, 1976). Argyle (1987) considera que este processo seria mais fácil para aqueles indivíduos com baixa escolaridade, dada a menor hipótese de desenvolvimento de altas expectativas na juventude que a instrução parece implementar.

Ryff (1989) captou um índice de afecto, subtraindo afectos negativos de positivos que usou para comparar pessoas jovens, de meia-idade e idosas tendo concluído que os jovens eram menos felizes. Rossi e Rossi (1990) demonstrou que ambos os afectos declinam com o aumento da idade, sendo tal declínio mais forte em relação aos afectos negativos.

Quanto ao efeito da idade nos scores de felicidade, Watson (2000) observa que, embora haja a crença popular de uma típica “crise da meia-idade”, ou da “síndrome do ninho vazio” que diminuiria a felicidade em determinadas fases da vida, as pesquisas relatam uma variação muito pequena ao longo dessas etapas. Inglehart (1990) analisou seis faixas etárias distintas (dos 15 aos 24 anos, dos 25 aos 34, dos 35 aos 44, dos 45 aos 54, dos 55 aos 64 e dos 65 ou mais anos), obtendo níveis de satisfação com a vida virtualmente idênticos. Stocks et al. (1983) conduziram uma meta-análise investigando a correlação entre idade e bem-estar e concluíram que é praticamente nula.

Um estudo sobre o BES (Simões et al., 2003), com uma amostra de 1202 sujeitos, dividida em três níveis etários, 39,4% jovens adultos (com idade igual ou inferior a 30 anos), 51,2% indivíduos de meia-idade (com mais de 30 e menos de 65 anos) e 9,4% idosos (com 65 ou mais anos) mostra-nos uma tendência relativamente aos idosos em obterem pontuações inferiores na afectividade positiva, e pontuações ligeiramente superiores na afectividade negativa, em especial comparativamente com os adultos de meia-idade, por sua vez, os scores relativos à satisfação com a vida foram muitos próximos nos três grupos, e em sentido decrescente dos mais novos para os mais velhos.

1.5.2 - Género

Embora as mulheres sejam mais predispostas a transtornos ansiosos e depressivos (American Psychiatric Association, 2000), o género é outra característica sociodemográfica que não prediz a felicidade (Watson, 2000).

Haring e colaboradores (1984) realizaram uma meta-análise composta por 146 estudos e apontam que o género contribuiu com menos de 1% para a variação dos índices de bem-estar reportados. Inglehart (1990) entrevistou mais de 150 mil pessoas ao longo de 16 países, obtendo índices equivalentes de satisfação com a vida entre os dois géneros. Isso não quer dizer que eles se comportem de maneira idêntica afectivamente, pois sabe-se que as mulheres tendem a reportar índices de afectos positivos e negativos discretamente mais elevados do que os homens (Argyle, 1987; Diener, 1984; Myers e Diener, 1995).

Uma grande variedade de estudos revelam que as mulheres apresentam queixas subjectivas de saúde mais intensamente e em maior número do que os homens (Eriksen et al., 1999; 1998; Ihlebaek et al., 2002; Kroenke & Spitzer, 1998; Ladwig et al., 2000; Vassend & Skrandal, 1999) e são várias as hipóteses explicativas para estas diferenças de género. Há factores que podem influenciar estas diferenças tais como os biológicos (Riley et al., 1998), a maior prevalência de patologia depressiva e ansiosa no sexo feminino (Linzer et al., 1996)

que podem assumir um aspecto de somatização mais frequentemente nas mulheres do que nos homens (Silverstein & Blumenthal, 1997), ou simplesmente porque os homens podem ser menos expressivos ou ser mais reticentes a exprimir o seu desconforto ou queixas (Verbrugge, 1982). Por outro lado, pode ser socialmente mais aceitável que as mulheres reconheçam abertamente a sua dor (Gijsbers Van Wijk, Van Vliet, Kolk, & Everaerd, 1991) e, porque do ponto de vista social, se aceita melhor que o papel de doente seja desempenhado por elas (Ladwig et al., 2000).

Existem estudos que referem que as mulheres apresentam níveis mais elevados de afectividade negativa do que os homens (e.g. Lynn & Martin, 1997). Este aspecto pode também ser um factor de mediação da relação entre género e sintomas somáticos. Uma vez que a afectividade negativa está correlacionada com as queixas de sintomas (Kirmayer et al., 1994), e este traço da personalidade é mais proeminente nas mulheres (Lynn & Martin, 1997), o que contribui para as diferenças de género nas queixas de sintomas somáticos. Também em indivíduos em ambulatório verifica-se que as mulheres geralmente referem mais sintomas (Kroenke & Spitzer, 1998).

Simões (1992), nos estudos realizados para a aferição para a população portuguesa da escala da satisfação com a vida refere diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género, com os homens a obterem resultados superiores às mulheres. Neto (1999) num outro estudo com o mesmo instrumento psicológico não encontrou diferenças de género. Simões e colaboradores (2000) numa revisão de vários estudos verificaram magnitudes de efeito médio $r=.04$, ou inferiores, concluem que, admitindo que as diferenças de género existam, os dados indicam que são muito pequenas. E ao existirem, e sejam as mulheres as eleitas, a explicação surge no facto de ser nelas que a depressão mais prevalece e passa também pelo designado paradoxo do bem-estar subjectivo, “ uma explicação é a de que os indivíduos do sexo feminino experienciam, mais forte e mais frequentemente, quer emoções positivas, quer negativas. Deste modo, as emoções positivas mais intensas contrabalançam as emoções negativas fortes, resultando daí um nível de bem-estar subjectivo não muito diferente do dos homens” (Simões et al., 2000, p.272).

Também Lucas e Gohm (2000) compartilham a mesma opinião ao afirmarem que as diferenças observáveis dependem da componente do BES que está a ser avaliada e de que forma, pois em geral, as mulheres têm mais tendência para sentir a afectividade negativa de forma mais intensa e em maior frequência comparativamente ao sexo masculino.

De um modo geral, o género é uma variável onde o efeito sobre o BES é inexistente ou bastante modesto, dada a magnitude do efeito média ser muito pequena (Simões et al., 2000).

1.5.3 - Estado civil

Mais uma vez, Simões e colaboradores (2000), através de uma análise a diversos estudos afirmam, na generalidade “as pessoas casadas mostram ser significativamente mais felizes que as não casadas, quer estas sejam solteiras, viúvas, divorciadas ou separadas” (Simões et al., 2000, p.268), acrescentando ainda que a satisfação com o casamento é um preditor importante do BES. No cruzamento de algumas variáveis, verifica-se que a idade e a afectividade negativa não se correlacionam nas mulheres casadas, no entanto, “entre os homens casados, os mais jovens evidenciam níveis mais elevados de afectividade negativa que os mais velhos, enquanto os homens não casados revelam níveis estáveis (elevados) dessa variável, de um período etário para outro” (Simões et al., 2000, p.268).

Shields e Wooden (2003) e Argyle (1999), acreditam que o estado civil dos indivíduos é umas das variáveis sociodemográficas mais fortemente relacionadas com o BES, uma vez que os dados apontam que as pessoas casadas ou em união de facto são, em média, mais felizes que as outras (solteiras, viúvas, divorciadas, separadas).

Muitos estudos têm indicado que, comparadas às pessoas solteiras, as pessoas casadas têm melhor saúde física e psicológica, além de viverem mais (Burman & Margolin, 1992).

Evidências experimentais indicam que as pessoas tendem a apresentar sofrimento quando não fazem parte de nenhum tipo de grupo ou quando têm relações pobres dentro dos grupos a que pertencem (Diener & Seligman, 2004). Verificou-se, assim, que participar de grupos, como grupos de amigos, de trabalho, de apoio, é um factor favorável para o BES.

Argyle (1999) e Myers (1999) analisando as relações de amizades, referem correlações positivas entre os contactos de amizade e o BES.

1.5.4 – Número de Filhos

Quanto à presença de filhos, algumas investigações apontam que eles têm um efeito nulo ou fracamente negativo nos níveis de bem-estar (Diener, 1984). Myers e Diener (1995) aferiram que os filhos tendem a funcionar como um stressor da relação conjugal, de forma que o casamento costuma melhorar quando eles passam a morar fora da casa dos pais.

1.5.5 - Educação

A revisão efectuada por Simões e colaboradores (2000) indica-nos que a educação não é um forte preditor do BES. De acordo com a meta-análise de Witter et al. (1984) os dados indicam magnitudes do efeito médias de $r=.14$, tanto mais, que parte da relação pode explicar-se pela associação a outras variáveis, em particular o rendimento e o nível socioeconómico. O

cruzamento das variáveis educação e género mostra-nos que “... altos níveis de educação predizem níveis inferiores de afectividade positiva, nos homens (controlando as outras variáveis do modelo), mas a educação não estava relacionada com a afectividade positiva nas mulheres. O contrário se passava com afectividade negativa: a educação estava associada à mesma, no caso das mulheres, mas tal não acontecia com os homens. Quer dizer, as mulheres com níveis mais elevados de educação apresentam menos afectividade negativa, mas isso não acontecia com os homens” (Simões et al.2000, p. 269).

Ainda estes autores afirmam, ser “provável que a educação tenha influência indirecta sobre o BES, através das metas e das aspirações. Em particular, a educação pode condizer a fixar metas e a fomentar aspirações mais elevadas, cuja realização frustrada é susceptível de provocar efeitos mais negativos no BES” (Simões et al., 2000, pp. 269 e 270).

Argyle (1999) acrescenta que os estudos sugerem que o efeito da educação no BES está associado à cultura de pertença da pessoa, uma vez que os estudos revelam uma fraca relação em países desenvolvidos, enquanto noutros países mais pobres a relação é mais forte.

1.5.6 - Trabalho

Argyle (1999) diz-nos que das variáveis sociodemográficas, a situação de emprego e a classe social são as que têm um maior efeito preditivo sobre o BES.

O bem-estar psicológico dos indivíduos tem sido alvo cada vez mais de estudos, acerca de uma preocupação crescente que são o impacto que os processos de procura de trabalho (*job search*) e os fenómenos de perda de emprego (*job lass*) têm na vida do sujeito (Saks, 2005). Esta preocupação é justificada pelas consequências negativas que estes processos têm na saúde da pessoa, como sejam, desordem psíquica, angústia e depressão. Os estudos sugerem que é possível observar alterações do bem-estar em qualquer fase do processo: desemprego - procura de emprego - re-emprego, não havendo, portanto, uma associação entre bem-estar psicológico e um tempo específico no decurso da acção de procura de emprego.

Wanberg (1995) acrescenta que mesmo depois de obtido emprego, o aumento do bem-estar psicológico depende da qualidade e satisfação que o sujeito manifesta acerca do novo trabalho e não do facto exclusivo de ter um novo emprego. Os estudos levam a concluir que uma procura pró-activa de trabalho poderá ter efeitos adversos na saúde mental do indivíduo quando a situação é percebida como incontrolável (Saks, 2005; Wanberg, 1997).

1.5.7 - Rendimento

São muitos os estudos existente sobre a relação entre o rendimento e a felicidade. Existem duas tendências nestes estudos, a primeira dá ênfase a uma forte relação entre estas duas variáveis, sendo que a relação se torna mais estreita nas populações com menores recursos (pobres). Por sua vez, a segunda tendência desvaloriza esta associação argumentando que não são as variáveis socioeconómicas que explicam a maior parte da felicidade.

Diener e Oishi (2000) notam que existe uma relação entre o rendimento e o BES: entre nações, dentro de países, e com o passar do tempo. De uma forma geral, as nações ricas, estão em média, mais contentes que as pobres, o aumento do BES durante as últimas décadas foi pequeno nos países mais ricos, apesar do crescimento das suas riquezas ter sido espectacular. Relativamente aos países mais pobres, os estudos sugerem um aumento do BES à medida que cresceu a economia desses países. As desigualdades económicas entre países ou entre pessoas da mesma nação, não produz, necessariamente, efeitos negativos nos níveis de BES, pois os estudos sugerem que as pessoas pobres em países também pobres revelam índices normais de satisfação com a vida.

Inglehart e Klingemann (2000) e outros autores citados por Lever (2004), como sejam, Diener e Diener, (2001) e Easterlin, (2001) sugerem que o que influencia o BES são as condições sociais tais como sejam: igualdade, a alfabetização, a esperança de vida, a saúde, os direitos humanos, a democracia e reduzidas taxas de violência e de criminalidade *per si*, mais que as condições pessoais ou rendimento.

Estudos realizados em diferentes países sugerem uma baixa correlação entre indicadores económicos e diferentes componentes e formas de bem-estar, como felicidade, satisfação de vida e afecto positivo (Diener & Biswas-Diener, 2002).

A associação entre rendimento e BES não descreve uma relação linear, dado que o rendimento tem um impacto mais forte nas pessoas de mais baixos recursos financeiros (Lever, 2004).

Lever (2004) teve como objectivo comparar o BES de três grupos socioeconómicos: extremamente pobres, moderadamente pobres e não pobres. Para isso, contou com a participação de 918 participantes residentes no México. Os resultados indicaram diferenças estatísticas significativas em todos os factores do BES (trabalho, crianças/filhos, bem-estar económico, relação conjugal, família, desenvolvimento pessoal, sociabilidade, percepção pessoal, tempo livre, ambiente social e família de origem) em relação ao grupo socioeconómico a que os indivíduos pertenciam. Observou que as pessoas mais pobres apresentam menor bem-estar, seguido dos moderadamente pobres e por último das pessoas não pobres.

Este estudo demonstrou que o rendimento está mais associado aos BES em indivíduos mais pobres, diminuindo esta relação à medida que os rendimentos vão aumentando, para além de a relação entre as duas dimensões ser relativamente baixa (0.43), o que parece indicar que o poder explicativo dos rendimentos em relação ao BES é limitado. Outras diferenças foram encontradas na satisfação com as actividades de tempo livre, desenvolvimento pessoal, ambiente social e relação conjugal, onde a conjugação, mesmo depois de excluído o factor rendimento, permitia prever a constituição dos três grupos socioeconómicos. E, por fim, a investigadora também encontrou diferenças relacionadas o sexo e a idade, independentemente do grupo económico, verificando que os homens e os jovens estão mais satisfeitos com as suas vidas que as mulheres e as pessoas mais velhas.

A literatura aponta que tanto para nações quanto para indivíduos, superado um limiar de subsistência com dignidade (incluindo comida, água e saneamento básico), o aumento do poder aquisitivo não se correlaciona com um incremento significativo nos níveis de felicidade (Csikszentmihalyi, 1999; Veenhoven, 1991). Isto foi confirmado em um trabalho de revisão publicado em 2002 por Diener e Biswas-Diener. Mais recentemente, Kahneman e colaboradores (2006) demonstraram que pessoas com poder aquisitivo acima da média não são mais felizes do que a população geral, quando se medem experiências momento a momento. Esses indivíduos são mais tensos e não destinam mais tempo a actividades prazerosas.

Resumindo, os estudos parecem indicar que apenas nos países em que a maioria da população é pobre existe uma relação relativamente forte entre a segurança económica e o bem-estar, pelo contrário, em países não pobres considera-se como factores moderadores como as metas e os valores que influenciam a associação entre rendimento e BES.

1.5.8 - Religião

Um factor que está moderadamente associado a maiores índices de felicidade é o comprometimento com a fé, seja por meio da religiosidade, seja por meio da espiritualidade. Enquanto a religiosidade pressupõe um sistema organizado de crenças e de práticas ritualistas, a espiritualidade consiste numa busca pelo significado da vida e pelo estabelecimento de uma relação com o sagrado e o transcendental, sem necessariamente passar pelo desenvolvimento de práticas religiosas ou da participação numa comunidade. As pesquisas atestam que pessoas que se descrevem como religiosas ou espiritualistas tendem a reportar maiores índices de felicidade e satisfação com a vida (Argyle, 1987; Myers e Diener, 1995; Moreira-Almeida et al., 2006). Além disso, tais indivíduos parecem lidar melhor com eventos adversos que

ocorram no curso de suas vidas, como desemprego, doenças ou luto (McIntosh et al., 1993). Acredita-se que existam pelo menos dois motivos que explicariam essa associação. Primeiro: a espiritualidade provê um sentido e um propósito para as vidas das pessoas, respondendo a uma série de questionamentos existenciais que levam à angústia e à infelicidade. O segundo motivo é que, ao participarem de ritos em que há uma congregação de fiéis, os religiosos tendem a sentir-se menos solitários, e talvez por isso mais felizes (Watson, 2000).

Na área da saúde, a variável religiosidade tem sido objecto de estudo no sentido de verificar a sua influência nas estratégias de enfrentamento de pessoas que possuem alguma patologia. Pargament e colaboradores (2001), num estudo sobre a relação entre BES, enfrentamento e religiosidade de membros de uma igreja, verificaram associação alta entre enfrentamento religioso positivo e níveis elevados de emoções positivas. No contexto da HIV, um estudo feito por Faria e Seid (2006) com 110 pessoas HIV+, com o objetivo de investigar o enfrentamento religioso e a sua relação com o BES (afecto positivo e negativo), indicou que o enfrentamento religioso positivo foi um preditor satisfatório de afectos positivos, demonstrando a relevância de se investigar melhor a influência da religiosidade nos modos de lidar com a vivência do HIV.

Robbins e Kliewer (2000) nos seus estudos mostram existir uma relação moderada entre religião e a satisfação global com a vida, da ordem de $r=.26$, mas uma pequena relação positiva com o bem-estar emocional ($r=.15$). Simões e colaboradores (2000), falam em outros estudos que indicam que a religião apresenta, na generalidade, uma magnitude de efeito idêntico à da educação, da ordem de $r=.16$, ou inferior.

1.5.9 - Saúde

Finalmente o BES é associado à saúde e à longevidade, embora os caminhos ligando essas variáveis estejam longe de inteira compreensão (Diener & Seligman, 2004). Os estudos indicam, que é a percepção que a pessoa tem acerca do seu estado de saúde, a saúde subjectiva, que tem correlações mais fortes com o BES, e não a avaliação efectuada por um médico, a sua saúde objectiva (Simões et al., 2000). A variável saúde possui um poder preditivo significativo, pelo que a percepção de que se goza de boa saúde é um factor de promoção do BES (Simões et al., 2003).

Robbins e Kliewer (2000) verificaram que existe uma relação entre saúde e rendimento, embora indirecta com a satisfação com a vida e o lazer, dependendo da sua relação com as metas pessoais dos indivíduos. Referem ainda, que o estado de saúde apresenta uma correlação média de $.15$ com o BES e que a importância que os indivíduos

atribuem à saúde é influenciada pela sua auto-avaliação e por outros factores de personalidade.

Uma interessante explicação para a relação entre BES, saúde e longevidade seria o facto de que o afecto positivo estaria relacionado a perfis favoráveis de funcionamento em diversos sistemas biológicos e poderia, dessa maneira, ser relevante ao reduzir o risco de desenvolvimento de doenças físicas (Steptoe, Wardle & Marmot, 2005).

A associação entre saúde física e felicidade também já foi bastante testada e, a esse respeito, Salovey e colaboradores (2000) publicaram uma revisão, na qual concluem que muito mais se sabe acerca de como estados psicológicos negativos afectam a saúde física (especialmente fragilizando o sistema imunológico) do que como estados positivos podem protegê-la. Ainda assim, argumentam que substituir emoções negativas por emoções positivas pode ter efeitos terapêuticos e preventivos.

Outro aspecto discutido pela literatura é a relação entre felicidade e psicopatologia. Watson (2000) pontua que altos índices de afectos negativos estão amplamente associados com psicopatologia de diferentes tipos, constituindo-se como um factor de susceptibilidade inespecífico. Baixos índices de afectos positivos, por sua vez, parecem estar relacionados com transtornos do humor, particularmente a depressão melancólica.

Taylor e colaboradores (2000) realizaram um estudo que concluiu que ter crenças optimistas acerca do futuro pode proteger contra o agravamento de determinadas doenças. De facto, esses resultados mostram que pacientes com HIV que se mantêm optimistas (mesmo que contra os dados da realidade) sobrevivem mais tempo do que os que têm uma visão mais objectiva e realista em relação à sua saúde. Os investigadores explicam que o efeito positivo do optimismo seria intermediado primordialmente por mecanismos cognitivos: um paciente optimista tem maior probabilidade de aderir a hábitos que promovam a sua saúde, além de estar mais motivado, investindo activamente no seu tratamento. Além disso, sabe-se que uma atitude optimista costuma estimular mais a rede de suporte social adjacente ao doente, o qual pode ficar mais bem amparado para enfrentar as adversidades.

Para além dos indivíduos com mais espírito de luta apresentarem também mais afectividade positiva, tal como nos estudos de Classen e colaboradores (1996), é ainda de salientar que os indivíduos que tinham o diagnóstico da doença há mais tempo, relataram também mais afectividade positiva, ou seja, maior entusiasmo e determinação, comparativamente com os participantes cujo diagnóstico foi feito há menos tempo, o que é confirmado pelo estudo de Dunkerl-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S., & Falke, R. (1992).

Os índices de felicidade costumam ser relativamente estáveis ao longo do tempo na vida de cada indivíduo, dependendo menos de eventos externos do que se imagina. Mesmo eventos dramáticos ou extraordinários – como uma lesão medular causando tetraplegia, ou ganhar um prêmio de lotaria – não influenciam tanto nos níveis de felicidade reportados a longo prazo, como demonstraram Brickman e colaboradores (1978), concluindo que as pessoas reagem intensamente a eventos bons ou ruins, porém tendem a adaptar-se a estes rapidamente, voltando para um nível de felicidade relativamente estável e semelhante ao que era previamente.

1.6 - Depressão: conceito e associações com o suporte social e bem-estar subjectivo

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns, sendo um grande problema de saúde pública (Lima et al., 2004.). Estima-se que 15 a 20% dos adultos, em qualquer ponto das suas vidas, vão sofrer de sintomatologia depressiva, e que pelo menos 12% da população mundial apresentará depressão grave, sendo necessário algum tipo de tratamento (Fennel, 1997, cit in Fiquer, 2006).

Para Wilkinson, Moore e Moore (2003), a doença depressiva é um aumento exagerado das sensações diárias que acompanham a tristeza. Trata-se de uma perturbação do humor, de gravidade e duração variáveis, que é frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica. É caracterizada pelos seguintes sintomas: humor triste persistente; perturbações do sono; perda do interesse ou do prazer pelas actividades habituais; diminuição da energia e fadiga; perda do apetite ou do peso (raramente aumento); diminuição da eficiência; auto-recriminação e culpa; incapacidade para se concentrar e tomar decisões; postura e gestos característicos; diminuição do desejo e da função sexual, podendo também estar presente ansiedade, irritabilidade, agitação e lentidão.

Na depressão grave as características acima indicadas estão presentes com maior intensidade e podem ser acompanhadas por: ideação, planos ou tentativas de suicídio, recusa da alimentação; ideias delirantes e/ou alucinações. Todos estes sintomas acabam por comprometer a vida social, profissional e interpessoal do indivíduo.

Características emocionais e comportamentais da depressão podem ser percebidas em medidas de qualidade de vida. A frequente insatisfação social, física e emocional própria do

quadro depressivo, está associada a baixos scores de bem-estar (Broadhead et al., 1990; Cooke et al., 1996; Lehman, 1983; Pyne et al., 1997, cit in Fiquer, 2006).

Medidas de qualidade de vida subjectivas provenientes tanto de estudos comunitários (Goldney et al., 2000, cit in Fiquer, 2006), como estudos em cuidados primários (Ormel et al., 1999, cit in Fiquer, 2006) são particularmente pobres em pacientes deprimidos (Kueher; Buerger, 2005, cit in Fiquer, 2006). Os scores de pacientes deprimidos chegam a ser, em alguns casos, inferiores aos de utentes em condições médicas crónicas (e. g. doenças cardiovasculares) (Hays et al., 1995; Bonicatto et al., 2001, cit in Fiquer, 2006), sendo os mais baixos scores associados aos casos de sintomatologia depressiva mais severos (Koivumäki-Honkanen et al., 2001; Lasavia et al., 2002; Pyne et al., 2003, cit in Fiquer, 2006).

Além dos menores scores com a satisfação com a qualidade de vida, utentes deprimidos também referem ter mais problemas interpessoais. Lam et al. (2003), citado por Fiquer (2006) referem que utentes depressivos demonstram uma percepção mais negativa dos seus relacionamentos interpessoais quando comparados com grupos de controlo. Também Holahan et al. (1994), citados por Fiquer (2006) afirmam que pacientes depressivos relatam receber menor apoio/suporte familiar que indivíduos não-depressivos.

Desvios em equilíbrio de afectos positivos e negativos também são observados. Numa investigação efectuada por Garamoni et al. (1991), em 39 utentes com depressão maior e 43 de grupo de controlo, concluíram que equilíbrio entre afectos positivos e negativos em auto-relatos estava inversamente relacionado à severidade de sintomas depressivos mensurados na escala de depressão Beck e Hamilton. Quanto maior a severidade dos sintomas, maior a frequência de afectos negativos sobre os positivos.

Kueher e Buerger (2005) e Papakostas et al. (2004), citados por Fiquer (2006), através de avaliações realizadas após tratamento, afirmam que utentes sem remissão de sintomas relatavam percepções mais negativas da própria qualidade de vida quando comparados com utentes com remissões parciais ou totais de sintomas. Melhoria do quadro depressivo também se mostrou associada a relatos de melhoria de auto-estima e bem-estar social (Mann et al., 2004, cit in Fiquer, 2006).

Procidano e Heller (1983), por exemplo, através de um estudo de validação da sua escala de suporte social proveniente da família, encontraram correlação negativa entre suporte social familiar e depressão. Os mesmos autores comentam que o suporte social vem sendo explorado de forma intensa nos últimos anos, porém tem-se observado conceituações vagas sobre o mesmo. Sendo assim, na definição utilizada pelos autores, algumas variáveis inseridas

dentro do suporte familiar foram: a provisão de informações, conforto, suporte emocional proveniente da família e outros.

Segrin e Abranson (1994), citado por Fiquer (2006), referem que défices em comportamento social podem actuar como perpetuadores de processos depressivos, que resultam em elevado stress interpessoal e em falta de suporte social para o indivíduo, o que estará directamente relacionado com persistência e recorrência de depressão (Hepworth, Robinson, 1994, cit in Fiquer, 2006).

Lovisi. G. M., Milanil, I., Caetano, G., Abelha, L. e Morgado, A. F. (1996) argumentam que o suporte social, incluindo o suporte familiar, tem o objectivo de atenuar os efeitos de eventos stressantes do dia-a-dia. Sendo assim, aqueles que teriam a ausência do suporte social ou familiar, estariam mais predispostos a apresentarem um distúrbio psicológico/psiquiátrico quando submetidos a eventos stressantes.

Krause, Liang e Yatomi (1989) sugerem que as desordens psicológicas e, particularmente, os sintomas depressivos, podem ser influenciados por consequência da insatisfação do indivíduo com o suporte fornecido pelo seu grupo social.

CAPÍTULO II – REDES SOCIAIS, SUPORTE SOCIAL E ESTRATÉGIAS
DE *COPING*

2.1 – Redes sociais: conceito e integrantes

2.2 – Redes sociais e saúde

2.3 – Suporte social

2.4 – Modelos teóricos e Medidas de suporte social

2.5 – Suporte social e saúde

2.6 – Estratégias de *coping*

CAPÍTULO II – REDES SOCIAIS, SUPORTE SOCIAL E ESTRATÉGIAS DE *COPING*

O suporte social (SS) é um conceito complexo, dinâmico e entendido de diversas formas consoante as suas circunstâncias e os seus intervenientes. Apesar de muito estudado nas últimas décadas, ainda existem uma grande diversidade de concepções, do seu grau de abstracção e de instrumentos desenvolvidos para a sua avaliação muito diferentes (Hupcey, 1998). Tal como modelos explicativos nem sempre concordantes entre si.

Os investigadores têm promovido o debate em torno de alguns aspectos como sejam: a definição de SS, as suas principais dimensões, as suas funções, as formas de avaliação, os seus efeitos no bem-estar físico e psicológico e os potenciais mecanismos que ligam o SS à saúde, salientando a dificuldade existente em investigar este tema.

Actualmente esta temática suscita o interesse de diferentes áreas de investigação das ciências sociais e humanas, sendo um dos principais objectos de estudo da Psicologia da Saúde (e. g. Paixão e Oliveira, 1996; Ribeiro, 1999).

Pensar na influência do SS na saúde é ir de encontro ao conceito de saúde. A OMS (1984) ao definir saúde baseia-se num conceito biopsicossocial, o que permite afirmar existir relação entre saúde, doença e vida social. Portanto, pessoas bem integradas na sociedade tendem a viver mais tempo, pelo contrário o isolamento social torna-se um factor de risco para a saúde. Ao tratar um paciente não se deveria ter apenas em conta o tratamento da sintomatologia, mas também a sua reintegração na sociedade (McDowell & Newell, 1996, cit in Siqueira & Padovam, 2008).

Conclui-se então, que um indivíduo socialmente saudável seria mais hábil, teria mais sucesso para lidar com os desafios diários do convívio social, viveria em famílias mais estáveis, integradas e coesas, participaria mais em actividades na comunidade e conformava-se mais facilmente às normas sociais.

2.1 – Redes sociais: conceito e integrantes

Tendo em conta o conceito de saúde social, facilmente se percebe que as redes sociais são um importante factor para a compreensão de uma vida saudável. Entende-se então, como redes sociais o conjunto de pessoas que o indivíduo elege como padrão de identificação e de referência para a sua vida, que participam na sua vida e podem auxiliá-lo nos momentos em que necessitar, é a soma de todas as relações sociais que o indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anónima da sociedade (Berkman, 1995; Cohen, 2004; Sluzki, 2003).

Sluzki (2003) considera as redes sociais com as seguintes características:

- Tamanho - é o número de indivíduos que compõe a rede social de uma pessoa;
- Densidade - refere-se à conexão entre os integrantes da rede social, independente do membro principal;
- Composição - relaciona-se com a identificação dos membros, se são familiares, amigos ou colegas de trabalho;
- Dispersão - associada à acessibilidade entre os membros da rede social. Actualmente a internet modificou um pouco esta acessibilidade, uma vez que permite um contacto frequente mesmo quando a distância é grande;
- Homogeneidade ou heterogeneidade - características demográficas e socioculturais dos membros da rede social, tais como: idade, sexo, estado civil, região de residência, escolaridade e nível socioeconómico.

Ao longo do ciclo vital o indivíduo vai construindo a sua própria rede social, inicialmente com a família, posteriormente participará de outros grupos como os da escola, do trabalho, de clubes, de igrejas, entre outros. Aparece então o conceito de “comboio social” que delimita o conjunto de pessoas próximas ao indivíduo e que exercem influência na sua vida. No entanto, o vínculo que estabelece não é o mesmo com todas as pessoas. Sluzki (2003) classifica em três categorias as relações com os integrantes das redes sociais: relações íntimas (são interações com familiares directos e amigos próximos), relações pessoais (interações com menor grau de compromisso, as chamadas “amizades sociais”) e relações ocasionais (são as mantidas com as pessoas da escola ou do trabalho, vizinhos, familiares distantes ou membros de instituições como creches, igrejas ou clubes entre outras).

Para além destas categorias, fazem parte da rede social pessoas com o qual o indivíduo não mantém grande intimidade, que apenas interage ocasionalmente como por exemplo o carteiro. Cada indivíduo detém um determinado papel num grupo social e com o passar dos anos ele passa a fazer parte de outros grupos, actuando em diferentes papéis nesses grupos. O tipo de vínculo que o sujeito mantém com os outros componentes da sua rede social determina a intensidade e a durabilidade de cada relação. A intensidade refere-se ao grau de compromisso, de intimidade que ele mantém com as pessoas que pertencem à sua rede social, a durabilidade refere-se à frequência de contacto com esses membros da rede. Também é importante a história dos elementos da rede social, desde quando é que se conhecem e qual foi a experiência marcante para eles.

Bárron (1996) faz uma análise sobre os aspectos estruturais dos contactos sociais e das redes sociais. O SS é definido com base na existência, quantidade e propriedade das relações sociais que as pessoas mantêm. Pressupõe-se que ter relações sociais é equivalente a obter apoio das mesmas. Estudam-se então várias características das redes sociais como: as características dos participantes (em função de uma determinada fonte de apoio), o momento em que se dá o apoio, a duração do apoio prestado e a finalidade do apoio.

Petrini (2003) enfatiza a noção de pertença, associando-a à rede social significativa de cada pessoa através da família. O autor coloca a família como matriz do processo de civilização, como condição para a humanização e para a socialização das pessoas; como ponto original da construção da rede de pertença do indivíduo. Para o autor, a família constitui uma rede de relacionamentos, um território de pertença recíproco, um espaço dos mais significativos para a convivência humana, uma rede de solidariedade fundamental para a construção e o desenvolvimento da individualidade.

2.2 – Redes sociais e saúde

Uma rede social estável, activa e confiável protege as pessoas de doenças, actua como agente protector, acelera o processo de recuperação e aumenta a sobrevivência em casos de doenças graves (Sluzki, 2003). Pelo contrário, a ruptura de vínculos sociais aumenta a susceptibilidade a diversas doenças, tais como a depressão, hipertensão arterial, tuberculose, entre outras (Chor, D., Griep, R., Lopes, C. & Faerstein, E., 2001).

Pessoas com uma ampla rede social vivem mais tempo, têm menor declínio cognitivo com o envelhecimento, maior resistência a doenças infecciosas e melhor prognóstico face a doenças crónicas ou terminais (Cohen, 2004).

Um estudo epidemiológico longitudinal de nove anos, realizado com 6.928 adultos residentes na Califórnia concluiu que índices mais elevados de integração social (manter o casamento, contacto com amigos e vizinhos e pertencer a organizações sociais e religiosas) estavam inversamente associados à mortalidade (Berkman & Syme (1979).

Sentir-se amado e amparado por amigos está associado a baixos níveis de ansiedade, depressão e doenças somáticas, proporcionando uma melhor adaptação aos efeitos dos eventos de vida stressantes, o que possibilita que estes tenham menores consequências negativas sobre o organismo (Costa & Ludermir, 2005).

De acordo com o trabalho de Durkheim (1957), citado por Siqueira e Padovam (2008) existe uma maior possibilidade de suicídio entre indivíduos socialmente isolados em

comparação com aqueles que possuem integração social, ou seja, uma rede social ampla, acessível e integrada (Cohen, 2004; Sluzki, 2003).

Entende-se então, por integração social, a participação activa de um indivíduo em relacionamentos sociais, sendo este um conceito multidimensional, constituído por uma componente comportamental, isto é, empenho em actividades ou relacionamentos sociais e por uma componente cognitiva, sendo esta o sentido de comunidade e identificação com as regras sociais (Brissette, Cohen & Seeman, 2000). A integração social pode ser dividida em duas partes: rede de relacionamentos informais (amigos e relativos) e formais, como participação em organizações de trabalho, clubes e outras instituições. Este último tipo de relacionamento pode actuar positivamente sobre a pessoa, proporcionando uma sensação de bem-estar (Berkman, Michael, Colditz & Kawachi (2001). A dependência das redes sociais varia de indivíduo para indivíduo e pode determinar a sua saúde mental. Indivíduos mais dependentes da rede social teriam menos saúde mental do que os menos dependentes.

2.3 – Suporte social

O interesse pelo estudo do conceito de SS e a sua influência na saúde é relativamente recente, no entanto, em termos históricos este pode-se dividir em dois períodos distintos. O primeiro período centrou-se sobre características do ambiente e nos seus efeitos sobre a saúde dos indivíduos e decorreu no século XX até aos anos 60. Posteriormente até aos dias de hoje, é dado ênfase aos atributos pessoais do indivíduo como variável a ter em conta.

De acordo com a perspectiva psicológica, o SS de natureza cognitivista organiza-se nas seguintes crenças: a de que é amado e que existem pessoas preocupadas com ele, a de que é apreciado e valorizado e de que pertence a uma rede social (Coob, 1976). No entanto, devido à multidimensionalidade do construto, deve-se assumir a clara distinção entre os seus aspectos tangíveis, características da rede social de apoio, e a sua dimensão subjectiva, correspondendo esta à percepção do suporte disponível em caso de necessidade, ou seja, avalia o grau de satisfação dos indivíduos quanto à sua vida social. Estudos indicam-nos que é esta dimensão subjectiva que melhor explica os resultados de saúde, pois tem efectivas implicações sobre os processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e qualidade de vida (Wethington & Kessler, 1986, citados por Coelho e Ribeiro, 2000).

Kaplan e colaboradores (1985) definem SS como o grau em que as necessidades básicas de uma pessoa são satisfeitas através da interacção com outras. O SS também pode ser definido em função do grau de satisfação das necessidades básicas que incluem: o afecto, a

estima, a pertença, a identidade e a segurança e são satisfeitas através da ajuda emocional e instrumental (Thoits, 1982).

Coyne e DeLongis (1986) analisaram o papel das relações sociais no processo de adaptação, através do qual concluem que entre as pessoas que se mostram insatisfeitas com o grau de SS, existe um grande número de indivíduos que se apresentam particularmente desajustados às condições de vida. Portanto indivíduos que expressam grande desagrado face ao SS recebido são manifestamente mais alienados e cínicos, percebem o seu meio como menos confiante e auxiliador, têm reservas em discutir os seus problemas com os outros, e por isso mesmo, reportam maior nível de distress emocional.

Vaux (1988) conceptualiza o SS como um metaconstruto, constituído por três elementos conceptuais, que se relacionam num processo dinâmico de transacções entre o sujeito e o ambiente: os recursos da rede de apoio, as condutas de apoio (material e emocional) e as avaliações de apoio (valorizações subjectivas dos recursos da rede e das condutas). Este autor salienta factores pessoais (traços de personalidade, recursos pessoais e competências) e factores de contexto social (stressores, família, papéis sociais e comunidade), em que estes factores se relacionam entre si, influenciando os recursos da rede, as condutas de apoio e as avaliações. Desta forma, Vaux, propõe um modelo ecológico de SS.

Sarason (1988) considera relevante o grau em que o individuo se sente desejado, respeitado e envolvido socialmente (o suporte percebido). Acrescenta ainda que o SS prestado pelas relações sociais contribui para o ajustamento positivo e desenvolvimento pessoal e, que é protector contra os efeitos do stress.

Sarason e colaboradores (1990) salientam a polémica existente entre o SS percebido e o SS recebido ou real. O SS percebido é conceptualizado em termos cognitivos em que o indivíduo tem a percepção de que é amado, de que tem pessoas a quem recorrer em caso de necessidade e que lhes dariam ajuda. Acrescentam ainda que o SS é estudado como variável da personalidade, sendo estável ao longo do tempo e tendo a sua origem nas experiências de apego.

No entanto, Gibson e Brown (1992) alertam que, para que possa ser encarada a hipótese de o SS ser visto como um construto da personalidade, é necessário aprofundar a investigação e a intervenção nas transições de vida.

O SS condiciona a reabilitação do sujeito em situação de doença, não só como estrutura protectora da saúde física e mental, mas também pelo seu efeito concomitante no plano do *coping*, isto é, pela acção facilitadora que pode desempenhar no confronto imediato

com a crise, mobilizando os esforços adaptativos e incentivando formas mais adequadas de resolução dos problemas (Holahan et al., 1995, citados por Coelho e Ribeiro, 2000).

Holahan e colaboradores (1995), citados por Coelho e Ribeiro (2000) verificaram que os recursos sociais são determinantes na compreensão da variabilidade individual quanto à incidência de sintomas depressivos. Sabe-se que a doença está envolta numa série de eventos negativos que diminuem o nível de qualidade de vida, pelo que é de esperar que os esforços adaptativos beneficiem substancialmente com o suporte garantido pela rede social de apoio.

Cramer e colaboradores (1997) citados por Ribeiro (1999) dividem o conceito de SS em suporte social recebido (SS verdadeiramente recebido) e SS percebido (é o SS que o indivíduo percebe como disponível, em caso de necessidade).

O SS condiciona o estado de saúde, pois influência de forma significativa na recuperação de doenças de maior ou menor gravidade, sendo determinante para os comportamentos de doença, de resposta ao tratamento médico e para a própria adaptação às condições de uma doença crónica (Oliveira, R., Viveiros, A., Tenreiro, I., Abrantes, C., Laíns, J., & Paixão, R., 1999).

Verifica-se uma relação positiva entre o SS e a saúde, uma vez que o SS aumenta os níveis de saúde e bem-estar, qualquer que seja o nível de suporte presente. É o SS que protege os indivíduos dos efeitos patogénicos dos acontecimentos de vida stressantes (Barriga, 2000).

Bennett (2000), refere que indivíduos que vivenciam níveis mais elevados de stress, apresentam níveis mais baixos de sintomatologia psicológica e física, se tiverem melhor suporte do que aqueles que têm um suporte mais fraco.

Os tipos de recursos disponibilizados ao indivíduo pela sua rede social representam as três dimensões que constituem o SS, sendo elas: suporte emocional, instrumental (ou estrutural) e de informação (Rodriguez & Cohen, 1998). No entanto, estas dimensões não são de consenso geral entre os vários investigadores, referindo na sua maioria como mais importante o suporte emocional, seguido do instrumental.

O suporte emocional retrata o âmbito afectivo, e é constituído por pessoas com os quais mantemos fortes e significativos vínculos de amizade, pessoas em quem confiamos e com quem podemos contar para nos ouvir e apoiar, envolve comunicação verbal e não-verbal. Dito de outra forma, refere-se às coisas que as pessoas possam fazer ou falar em relação ao outro, de modo a que esta se sinta respeitada, amada e cuidada, sentir que alguém se preocupa com ela, que lhe dê um *feedback* positivo (Helgeson & Cohen, 1996; Seeman, 1998). As pessoas que constituem o suporte são escolhidas pelo indivíduo e actuam como fornecedores de suporte emocional (Berkman, 1995; Cohen & Hoberman, 1983).

O suporte emocional significa estar presente, confortar, dar segurança e atenção, auxilia na recuperação da auto-estima, reduz sentimentos pessoais de inadequação e reforça dignidade. Reduz também o stress, permite o aperfeiçoamento das relações interpessoais, dando assim propósito e significado às experiências de vida. Estudos revelam-nos que pessoas com altos níveis de suporte emocional têm um menor risco de depressão e stress (Helgeson & Cohen, 1996; Ribeiro, 1999; Seeman, 1998).

O suporte fornecido pelos contextos de trabalho e contexto sociais são primeiramente um tipo de suporte emocional, seguido pelo suporte instrumental, sendo que a família é a primeira a fornecer este suporte (Seeman, 1998).

O suporte instrumental ou estrutural refere-se aos vários tipos de auxílio (e.g. dinheiro emprestado) que um indivíduo possa receber de outra pessoa, disponibilizado este pela sua rede social ou por instituições (Rodriguez & Cohen, 1998; Seeman, 1998).

O suporte informacional confunde-se muitas vezes com o suporte instrumental. Fornece ao indivíduo informações importantes para ele, como sejam informações acerca de necessidades de saúde, trabalho, lazer, relações sociais, entre outras, dadas pela rede social (Rodriguez & Cohen, 1998).

Outros autores abordam as dimensões do SS. House e Khan (1985) dizem-nos que o SS é um conjunto de transacções interpessoais de vários níveis, emocional, instrumental e informacional. Estas transacções serão fornecidas pelo cônjuge, parentes, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, patrão, prestadores de cuidados ou outros profissionais.

Por sua vez, Schultz e Rau, (1985), argumentam três tipos de suporte: ajuda tangível, suporte informacional/informativo; suporte emocional, e três faixas etárias (jovens adultos, meia-idade e terceira idade), pelo que fazem a seguinte análise:

- Para os jovens adultos, os pais são a principal fonte de ajuda tangível; os amigos a maior fonte de suporte informacional/informativo e emocional; os outros familiares desempenham um papel secundário;
- Para os indivíduos de meia-idade, o conjugue é o principal prestador de ajuda tangível e suporte emocional; amigos, colegas e vizinhos prestam a maior parte do suporte informacional/informativo;
- Na terceira idade, os filhos adultos e o conjugue promovem a maior parte da ajuda tangível, suporte informacional/informativo; o suporte emocional é prestado pelos filhos, organizações formais, grupos especializados de suporte e amigos.

Lieberman (1982) citado por Raimundo (2003), após a realização de um estudo concluí que na resolução de problemas psicológicos, o conjugue representa a fonte mais eficaz de ajuda, seguido dos amigos, profissionais e grupos de auto-ajuda, sendo que os familiares provaram ser os menos suportantes a lidar com este tipo de problemas.

Um estudo desenvolvido por Ribeiro (1994) na população portuguesa de jovens, quanto às diferentes dimensões do SS, fornecidas por vários agentes, verificou que a fonte mais importante é a família.

2.4 – Modelos teóricos e Medidas de suporte social

Quanto aos modelos teóricos de SS, uma das taxonomias mais conhecidas é a de Cohen (1988), na qual classifica os modelos de SS com base nos efeitos deste na saúde e na doença, segundo três categorias:

- Modelos genéricos - baseiam-se na conceptualização de que o SS se relaciona com diferentes doenças, influenciando-as de duas formas. Por um lado através de padrões de comportamento, como a dieta, o álcool e o tabaco, que podem agravar o risco de sofrer de doenças. Por outro lado, através de acção nas respostas biológicas que incidem nestes transtornos (resposta neuro-endócrina, imunológica e hemodinâmica);
- Modelos centrados no *stress* – parte-se do princípio que o SS se relaciona com os diferentes transtornos, através de processos biológicos e ou comportamentais. Hipotetizam-se dois tipos de efeitos, directos ou protectores;
- Modelos de processo psicossocial - descrevem a natureza da mediação psicossocial da relação do SS com a saúde. Especificam os processos biológicos implicados nessa relação e avaliam separadamente, os efeitos directos e os efeitos protectores.

Mais tarde Rodriguez e Cohen (1998) abordam três modelos básicos sobre os efeitos do SS sobre a saúde face aos eventos stressores:

- Modelo do efeito directo – diz-nos que o SS tem a capacidade de fortalecer o bem-estar independentemente da exposição a factores stressantes;
- Modelo de protecção ao stress – este modelo diz que o SS actua como um amortecedor dos efeitos maléficos dos eventos stressores sobre a saúde e o bem-estar, admitindo-se a possibilidade dos seus efeitos benéficos apenas quando os indivíduos estão sujeitos ao stress;

- Modelo de stressores-recursos conjugados – os efeitos protectores do SS contra o stress ocorreriam na medida em que o indivíduo percebesse os recursos de suporte disponíveis como ajustados às suas necessidades produzidas pelo evento stressor.

Após se ter reconhecido a importância do SS para a saúde surgiu a necessidade do desenvolvimento de medidas para avaliá-lo. No entanto, esta associação nem sempre foi consensualmente aceite (Antonucci, 1985, citado por Siqueira & Padovam, 2008). Este facto deve-se às diferentes concepções que sustentam as suas medidas. As medidas de SS podem classificar-se em três categorias (Krause, Liang & Yatomi, 1989):

- As que avaliam o número de contactos sociais mantidos pelos indivíduos;
- As que identificam os tipos específicos de suporte social que são oferecidos às pessoas;
- As medidas que avaliam as necessidades de suporte social, conferindo o grau de satisfação com o suporte social recebido.

Quanto à primeira categoria, estas medidas avaliam o número de contactos sociais relacionados com as características estruturais da rede (tamanho, dispersão geográfica, densidade, integração) e a frequência e natureza dos contactos dentro da rede (reciprocidade, intimidade, participação social). A segunda categoria avalia os tipos de suporte social, enfatizando algumas variações na tipologia de suporte social (emocional, instrumental, informacional, interacções sociais positivas e socialização). Por último a terceira categoria avalia o grau de satisfação que o indivíduo percebe como oferecido, como também avalia os elementos integrantes da rede social que lhe ofereceram algum tipo de SS.

Seeman (1998) argumenta a existência de duas grandes categorias de medidas de SS, sendo elas: a qualitativa (focada essencialmente no suporte emocional) e a quantitativa (focada no suporte estrutural e de informação).

Neste estudo foi utilizada a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) desenvolvida por Ribeiro (1999) que a validou para a população portuguesa, que permite avaliar o suporte percebido (da família, amigos, intimidade e ainda com as actividades sociais), na assunção de que esta dimensão subjectiva é fundamental para o bem-estar e qualidade de vida, tanto em populações saudáveis como doentes.

2.5 – Suporte social e saúde

O SS encontra-se associado aos aspectos das relações sociais que conferem um efeito sobre a saúde física e psicológica do indivíduo. Para Martinez (2002), estes aspectos não correspondem tanto às necessidades materiais dos indivíduos, mas, sobretudo às necessidades mais subjectivas, particularmente no que refere à intensidade, confidencialidade, reciprocidade e interacção.

Foi nos anos setenta do século passado que se deu início às primeiras investigações acerca da influência do SS na saúde com Cobb (1976). Este autor diz-nos que o SS facilita a adaptação em situações de crises emocionais.

Seguiram-se uma diversidade de estudos que analisaram a influência do SS no ajustamento psicológico em indivíduos com diferentes doenças, como sejam: doenças cardíacas (Coelho & Ribeiro, 2000), stress (Cohen, 1988) e cancro (Nicola, 2005). Estudos indicam que indivíduos insatisfeitos com a quantidade de SS que recebem da sua rede social poderão sofrer de desordens psicológicas (Krause, Liang & Yatomi, 1989). Também, um indivíduo com distúrbios emocionais poderá estar menos satisfeito com o seu sistema de SS, comparativamente a indivíduos com uma boa saúde mental. Pessoas idosas demonstram estar menos satisfeitas com o SS, pois acreditam ter dado mais do que recebem actualmente. Por outro lado adultos pouco satisfeitos com o SS estão mais susceptíveis a sofrer de stress do que idosos satisfeitos com o seu SS. Portanto, pessoas sob stress podem perceber menos SS por causa dos problemas sociais devidos à deterioração da condição mental (Henderson, 1984; Lee, 1985; Krause, 1987, citados por Siqueira & Padovam, 2008).

Alguns autores falam-nos de aspectos negativos do SS, como sejam as perdas sociais (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007), as interações negativas (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001) e a solidão (Cacioppo, Hawkey, & Berntson, 2003) que podem ser prejudiciais para a saúde. O isolamento aparece associado a algumas doenças como a hipertensão, a diabetes e os comportamentos aditivos (como o tabaco e álcool), assim como favorecedor do decréscimo na saúde mental, vitalidade, funcionamento emocional e desempenho de papéis sociais (Achat et al., 1998; Billings & Moos, 1984; Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997; Caron, Tempier, Mercier, & Leouffre, 1998, citados por Santos, C., Ribeiro, J., & Lopes, C., 2003). Por outro lado, a satisfação com o SS, nomeadamente o relacionamento interpessoal (família, amigos e intimidade), parece ter um papel determinante na resistência psicológica ao stress da doença, manifestada através da percepção subjectiva de bem-estar (Coelho & Ribeiro, 2000).

Diferentes estudos da década de 80 (Dunken-Schetter, 1984; Tempelaar et al., 1989) descritos por Bishop (1994) referem-se à extraordinária importância do SS na adaptação à

doença oncológica, demonstrando que os doentes com níveis elevados de SS percebido apresentam processos de adaptação mais positivos. Mais tarde, Ell (1992) citado por Ribeiro (1999) num estudo com uma amostra sequencial de 369 doentes com cancro, concluíram que existem evidências de uma relação entre o SS, as relações sociais e a sobrevivência dessas pessoas. Nesta mesma linha, são inúmeros os trabalhos realizados na última década com doentes de foro oncológico que obtiveram resultados semelhantes, isto é, a grande importância do SS como recurso de *coping*, para uma melhoria dos resultados em saúde e qualidade de vida (Akechi, Okamura, Yamawaki, & Uchitomi, 1998; Sollner et al., 1999, citados por Santos et al., 2003). Estes estudos estenderam-se desde a fase de vigilância de saúde (Katapodi, Facione, Miaskowski, Dodd, & Waters, 2002, citados por Santos et al., 2003), à fase de diagnóstico de cancro da mama (Fridfinsdottir, 1997) e à fase de tratamento por quimioterapia (Ward, Leventhal, Easterling, Luchterhand, & Love, (1991), citados por Santos et al., 2003).

Cohen (2004) fala-nos de diversos estudos efectuados que comprovam o efeito benéfico do SS na saúde. Um estudo com 636 adultos trabalhadores conclui que o SS exerce um efeito benéfico sobre o bem-estar e funciona como uma espécie de amortecedor de stressores relacionados com o trabalho, como a insatisfação e o tédio. Este estudo acrescenta que os três tipos de SS (emocional, estrutural e de informação) fornecido por amigos, familiares e colegas de trabalho atenuavam os efeitos stressores do trabalho (Rodriguez & Cohen, 1998).

2.6 – Estratégias de *Coping*

O conceito de *coping* foi evoluindo ao longo do tempo, e a nível da Psicologia tem vindo a ganhar uma importância crescente, sendo actualmente foco de algumas psicoterapias e programas educacionais.

Lazarus e Folkman (1984) foram os autores que formularam a definição de *coping* mais referenciada na literatura. O seu modelo estrutural de *coping* prevê, uma definição cognitivo-relacional da resposta ao stress, referente aos esforços cognitivos e comportamentais que o sujeito desenvolve para lidar com as exigências específicas, avaliadas em função dos seus recursos pessoais. Segundo os autores, esta definição tem as seguintes características: é orientada para o processo, refere-se à gestão em vez de mestria, não faz julgamentos à priori acerca da qualidade do processo de *coping* e impõe uma distinção com base no stress entre *coping* e comportamentos adaptativos automáticos.

Sendo orientado para o processo, refere-se ao que as pessoas pensam ou fazem no momento em situações específicas e não ao que as pessoas fazem normalmente. Ou seja o *coping* não é um traço de personalidade, estável que se aplica às situações de vida em geral. Visto como um processo implica dinâmicas e mudanças em função de avaliações e reavaliações contínuas resultante das relações entre o indivíduo e o meio (Folkman & Lazarus, 1985)

Um aspecto a salientar deste conceito é o facto que o *coping* é definido independentemente do seu resultado, isto é, o *coping* refere-se a um esforço para gerir as exigências apesar dos resultados desse esforço (Folkman, 1984).

Monat e Lazarus (1986, cit. in Vaz Serra, 2000) acrescentam que o *coping* refere-se a esforços para lidar com as situações de dano, de ameaça ou de desafio, quando não há uma rotina ou uma resposta automática disponível. Existem diferenças entre estes três tipos de situação:

- A situação de **dano**, compreende tentativas de *coping* dirigidas ao presente em termos de tolerância, ou de reinterpretação do mal acontecido.
- uma situação de **ameaça**, refere-se a uma antecipação do que pode vir a acontecer, sendo os esforços de *coping* centralizados num futuro, de forma que o indivíduo consiga manter ou neutralizar os efeitos da situação.
- numa situação de **desafio** o indivíduo sente que as exigências podem ser alcançadas ou ultrapassadas.

O *coping* implica que cada indivíduo tenha uma forma própria de lidar com situações indutoras de stress, sendo que as classificações mais usuais dividem-se em duas dimensões:

- o *coping* focado-no-problema refere-se aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora da pessoa com o ambiente, que é fonte de stress, através de procura de informação, fixação de objectivos, entre outros.
- o *coping* focado-nas-emoções refere-se aos esforços desencadeados pelo indivíduo para regular emoções stressantes como sejam o pensamento positivo, aceitação, negação, etc (Ribeiro, J. & Santos, C., 2001).

Segundo os autores as pessoas recorrem a estratégias de *coping* diferentes consoante a situação. Geralmente as pessoas não usam uma ou outra estratégia de *coping*, elas tendem a utilizar simultaneamente várias estratégias de *coping* em quase todas as situações stressantes. É de salientar que uma não é melhor ou pior que a outra, as primeiras podem ser melhor

quando as circunstâncias são controláveis, por sua vez as segundas funcionam melhor quando as situações são incontroláveis (Folkman, 1984, Petersson, 2003).

Numa abordagem recente (Folkman e Moskowitz, 2000) explicam que as abordagens contextuais de *coping* convergem nos seguintes aspectos:

- O *coping* tem múltiplas funções incluindo, mas não só, a regulação do distress e a gestão dos problemas que estão na génese do distress;
- O *coping* é influenciado pela avaliação das características do contexto de stress incluindo a sua controlabilidade;
- O *coping* é influenciado pelas características de personalidade (*dispositions*), incluindo o optimismo, neuroticismo e a extroversão;
- O *coping* é influenciado pelos recursos sociais.

Também Holahn e Moos, (1987; cit. in Ribeiro & Rodrigues, 2004), já defendiam que os factores sócio-demográficos, tais como: educação, nível socioeconómico, características de personalidade e factores contextuais influenciavam o *coping*.

Endler, Parker e Summerfeldt (1998), explicam que de uma maneira geral a avaliação de estratégias de *coping* tende a ser feita, quer genericamente, quer em relação a situações específicas. Esta distinção tem sido denominada como abordagem inter individuais versus intra individuais, ou como abordagens disposicionais versus situacionais. As abordagens disposicionais aproximam-se da teoria do traço e focam as estratégias de *coping* que tendem a ser utilizadas pelos indivíduos em situações stressantes variadas. São avaliadas como medidas de auto-resposta, questionam o respondente acerca do modo habitual de responder perante situações stressantes. Em relação à abordagem situacional, visa identificar como mudam as estratégias de *coping* perante situações diferentes (Carver et al., 1989, cit in Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Carver e colaboradores (1989), citados por Ribeiro e Rodrigues (2004) reconhecem que “provavelmente óbvio” que existam estilos de *coping* dado que as pessoas abordam cada contexto de *coping* com um repertório de estratégias relativamente fixas através do tempo e das circunstâncias. A favor desta perspectiva, os autores defendem ainda que provavelmente, há modos preferidos de *coping* em função das dimensões de personalidade.

A importância das estratégias de *coping* advém do papel que ocupam em relação com a saúde mental do indivíduo. Se ele não for capaz de lidar com os problemas ou se os custos dessa estratégia forem muitos elevados, podem surgir distúrbios psíquicos (Fisher, 1986, cit. in Vaz Serra, 1990).

A década de 90 é marcada pelo interesse, que a comunidade científica, manifestou em estudar a importância e o impacto que as estratégias de *coping* têm na saúde dos indivíduos, sendo que foram muitas as investigações efectuadas nesse âmbito.

Endler (1997) considera estratégias de *coping*, a forma através da qual os sujeitos se confrontam ou lidam com situações consideradas stressantes, como seja a doença crónica.

No que se refere à eficácia dos estilos de *coping* nos problemas de saúde, de acordo com Merluzzi e Sanchez (1997), os indivíduos que utilizam estilos de *coping* funcionais, têm melhores aptidões de confronto perante as exigências envolvidas no diagnóstico da doença crónica, aderem melhor ao tratamento e estão melhor ajustados emocionalmente relativamente à doença.

Por sua vez, o *coping* activo orientado para a resolução do problema, tem um impacto francamente positivo com a qualidade de vida e um nível superior de bem-estar em doentes crónicos, durante o período de recuperação, para além deste tempo de recuperação ser mais breve (Miller, Brody & Summerton, 1988, cit in Coelho e Ribeiro, 2000; Sheier et al., 1989; Coelho & Ribeiro, 2000; Martins, 2005).

Por outro lado, verifica-se que, embora formas evitantes de *coping*, como a negação, possam por vezes ser úteis na redução da ansiedade, durante a fase inicial da crise de saúde, a longo prazo têm invariavelmente, consequências nefastas, porque resultam numa menor capacidade de lidar com as dificuldades crónicas (Levine et al., 1987, cit in Coelho e Ribeiro, 2000).

Geada (1996), diz-nos que os estilos de *coping*, que procuram interpretar, integrar e dar significado às experiências pessoais, estão associadas a uma maior resistência aos efeitos negativos dos stressores do meio externo e interno, parecendo contribuir para manter o equilíbrio físico interno associado à saúde.

Para Cooper e Faragher (1992), o recurso a várias estratégias aparentam dar um melhor diagnóstico, no entanto, em situações geradoras de stress as pessoas não adoptam grande número de estratégias, e por sua vez, as usadas podem não ser as melhores. A idade, pode ter um peso importante na selecção das estratégias usadas. Com o aumento da idade, o número de estratégias de *coping* diminui, tal como a capacidade de lidar com a doença.

A adaptação psicossocial à doença e o seu progresso é substancialmente comandado pela capacidade do paciente em cooperar com os problemas que surgem. Pacientes com estratégias de *coping* adaptativas aceitam melhor a doença e sentem-se capazes de continuar a dar apoio à família, de procurar apoio social e emocional e esforçar-se para manter o auto-controle sobre a doença. Por outro lado, pacientes com uma pobre adaptação à doença usam

estratégias de *coping* menos favoráveis. A ruminação, a resignação, a revolta, a culpa e a agressividade são características de indivíduos com fraca adaptação à doença (Edgar, Ladislav & Schaffner, 1997).

Face a isto, é importante referir a relação existente entre os estilos de *coping* e o suporte social dos sujeitos. Considerando as diferentes contingências sociais e o papel que estas ocupam sobre os estilos individuais de *coping*, pode-se assumir que a adaptação à doença e a percepção de bem-estar e qualidade de vida depende da resposta percebida pelo sujeito (Martins, 2005).

Billings e Moos (1981), citados por Coelho e Ribeiro (2000), verificaram que as pessoas que usam o comportamento evitante como estratégia de *coping* dominante, tendem a reportar menos recursos sociais. Estratégias de *coping* focadas na resolução de problemas, na procura de suporte e reavaliação positiva do acontecimento estão associadas a uma percepção mais satisfatória do SS recebido, enquanto o padrão de comportamento evitante aparece relacionado com menor grau de SS. Os autores referem que a dimensão do *coping* deve ser considerada como um elemento determinante do SS recebido, porque o mecanismo de reacção adoptado funciona como um sinal da necessidade ou desejo de apoio emocional. Com base nestes argumentos, a natureza e a capacidade de *coping*, em circunstâncias de stress, podem mediar o grau de satisfação face ao SS percebido.

São vários os factores que influenciam as estratégias de *coping* utilizadas individualmente por cada indivíduo. Sendo que, relação familiar estável, boas relações sociais, sentir-se integrado no meio em que reside traduz-se em menor vulnerabilidade a sintomas de distress. A percepção do SS tem um efeito directo no bem-estar psicológico que, por sua vez, influencia a capacidade do doente utilizar estratégias de *coping* (Pereira & Lopes, 2002).

Não descurando a relevância do stresse e das implicações das suas manifestações no indivíduo, tem-se enfatizado a ideia de que é o *coping* com o stresse, e não o stresse em si, que influencia o bem-estar psicológico, o funcionamento social e a saúde somática dos indivíduos. Com efeito, as estratégias de *coping* constituem uma condição indispensável para uma adaptação bem sucedida. Lidar com sucesso com as situações de stresse depende da percepção da disponibilidade e da eficácia de vários recursos de *coping* disponíveis (Lazarus e Folkman, 1984). Trata-se assim de um processo dinâmico que envolve o meio, a pessoa e a relação entre ambos.

É importante conhecer as estratégias usadas por cada indivíduo numa situação stressante e a sua habilidade em se ajustar a essa situação é um determinante importante para

o bem-estar (Cooper & Faragher, 1992). Os que se adaptam melhor à doença tendem a demonstrar uma atitude mais otimista, procurando toda a informação (Evans et al., 1993) como sejam o suporte informacional que é bastante útil, e com implicações importantes no decorrer da doença (Holland & Rowland, 2000).

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

3.1- Pergunta de investigação

3.2 – Objectivos

3.3 - Hipoteses

3.4 – Amostra

3.5 - Instrumentos

3.6 - Procedimento

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

Na segunda parte deste trabalho será apresentada a metodologia da presente investigação.

Apresentados que estão os fundamentos teóricos e seus subjacentes estudos, em seguida serão apresentados: a questão de investigação, a operacionalização das variáveis, os objectivos de estudo e a descrição dos instrumentos para a recolha de informação.

Note-se que esta investigação pretende dar o seu contributo à Psicologia, uma vez que tenta compreender o comportamento humano no contexto da saúde e da doença, mais concretamente à Psicologia da Saúde.

3.1- Pergunta de investigação

Qual o impacto que os factores pessoais, o Suporte Social e as estratégias de *coping* têm no Bem-Estar Subjectivo em sujeitos deprimidos no internamento e em ambulatório?

3.2 – Objectivos

Com base nos fundamentos teóricos e partindo da pergunta inicial, definiram-se os seguintes objectivos:

- Descrever e caracterizar o suporte social, as estratégias de *coping* e o bem-estar subjectivo;
- Determinar o valor preditivo dos factores pessoais no BES;
- Determinar qual a influência do trabalho no BES;
- Determinar qual a influencia do suporte social no BES;
- Determinar qual a influência das estratégias de *coping* no BES;
- Analisar a relações entre os factores pessoais (idade, género, trabalho), as variáveis psicossociais e o BES em sujeitos deprimidos em internamento e ambulatório;

3.3 - Hipoteses

H1- Os sujeitos deprimidos com maiores índices de SS e que usem adequadas estratégias de *coping* tendem a apresentar maiores índices de BES comparativamente aos outros sujeitos.

H2- Os utentes com diagnóstico de depressão em ambulatório tendem a apresentar índices de BES superiores aos utentes em regime de internamento.

H3- Os utentes com diagnóstico de depressão e com maior tempo de internamento tendem a apresentar níveis de BES mais elevados que os outros.

H4- Os sujeitos satisfeitos com a manutenção da actividade profissional tendem a apresentar maiores índices de BES comparativamente aos outros sujeitos.

H5- As características pessoais (idade; género e outros) do utente deprimido fornecem elementos explicativos do BES.

3.4 - Amostra

A amostra utilizada no presente estudo, é uma amostra de conveniência ou de acessibilidade (Poweroy, 1993, cit in Lourenço & Gomes, 2003) constituída por dois grupos de sujeitos de ambos os sexos, adultos, com diagnóstico de doença depressiva em tratamento, um deles em regime de internamento (25 utentes) no serviço de internamento de Psiquiatria e o outro seguido em consulta externa de Psiquiatria (25 utentes), ambos do Hospital de Faro, E.P.E..

Consideramos para o estudo, as condições de inclusão na amostra que são:

- Doentes com diagnóstico médico de depressão;
- Doentes internados, ou seguidos em consulta externa;
- Aceitar participar voluntariamente no estudo.

3.4.1 - Caracterização sócio-demográfica

A amostra é constituída por 50 doentes deprimidos, 25 dos quais em regime ambulatorio e os restantes 25 em regime de internamento.

Nos doentes em regime ambulatorio:

- As idades variam entre 19 e 68 anos, com média e desvio padrão de 47,44 e 11,808;
- Existem 23 mulheres (92%) e 2 homens (8%);
- A maioria (15; 60%) dos doentes está casada/união de facto e tem filhos (20; 80%), sendo a média e desvio padrão do nº de filhos $2,15 \pm 1,089$;
- Grande parte dos doentes tem religião (19; 76%), apesar de não praticar actos religiosos (18; 72%), nem procurar ajuda espiritual quando se sente doente (16; 64%);
- As principais habilitações literárias são o 2º Ciclo do Ensino Básico (8; 32%), o 1º Ciclo do Ensino Básico (7; 28%) e o Ensino Superior (4; 16%);

- O rendimento líquido mensal é maioritariamente até 500 Euros (19; 76%);
- A maior percentagem dos doentes tem emprego (10; 40%), seguindo-se os doentes desempregados (9; 36%) e por fim os reformados (6; 24%)
- Os doentes empregados consideram-se predominantemente insatisfeitos/ não realizados com o trabalho (Insatisfeitos: 6; 60%; Satisfeitos: 4; 40%) e não crêem que o trabalho os ajude a recuperar da doença (8; 80%);
- Mais de metade dos doentes desempregados e reformados não atribuem o abandono laboral à doença (8; 53%)
- A maioria dos doentes foi diagnosticada com a doença há mais de cinco anos (9; 36%) e há menos de um ano (7; 28%) e ainda não teve internado (18; 72%).

Nos doentes em regime de internamento:

- As idades variam entre 24 e 75 anos, com média e desvio padrão de 44,28 e 11,635;
- Existem 16 mulheres (64%) e 9 homens (34%);
- A maioria (14; 56%) dos doentes está casada/união de facto e tem filhos (19; 76%), sendo a média e desvio padrão do nº de filhos $1,84 \pm 0,765$;
- Grande parte dos doentes tem religião (18; 72%), apesar de não praticar actos religiosos (10; 40%), nem procurar ajuda espiritual quando se sente doente (13; 52%);
- As principais habilitações literárias são o 2º Ciclo do Ensino Básico (6; 24%), o 1º Ciclo do Ensino Básico (5; 20%) e o 3º Ciclo do Ensino Básico (5; 20%);
- O rendimento líquido mensal é maioritariamente até 500 Euros (12; 48%) e de 501 a 1000 Euros (7; 28%);
- A maior percentagem dos doentes tem emprego (12; 48%), seguindo-se os doentes desempregados (7; 28%) e por fim os reformados (6; 24%)
- Os doentes empregados consideram-se equitativamente satisfeitos/realizados (6; 50%) e insatisfeitos/ não realizados (6; 50%) com o trabalho e pouco mais de metade (6; 55%) dos doentes empregados crê que o trabalho os ajuda a recuperar da doença;
- Mais de metade dos doentes desempregados e reformados atribuem o abandono laboral à doença (9; 69%)

- A maioria dos doentes foi diagnosticada com a doença há mais de cinco anos (14; 56%) e já teve anteriormente internado (18; 72%).

A análise estatística dos dados que se segue, foi efectuada de acordo com os seguintes critérios: correlação positiva forte ($0,80 \leq R < 1,00$); correlação positiva moderada ($0,50 \leq R < 0,80$); correlação positiva fraca ($0 < R < 0,50$); correlação negativa fraca ($-0,50 < R < 0$); correlação negativa moderada ($-0,80 < R < -0,50$); correlação negativa forte ($-1,00 < R \leq -0,80$). A análise obedeceu aos seguintes níveis de significância: muito significativas ($p < 0,01$) e significativas ($0,01 < p < 0,05$).

3.5 - Instrumentos

Nesta investigação foram utilizados cinco instrumentos de avaliação. Um questionário de dados demográficos elaborado por nós que permitiu uma caracterização da amostra e quatro escalas que consideramos mais adequadas aos objectivos da investigação, pelo facto de estarem validadas e aferidas para a população portuguesa e terem sido aplicadas em diversas investigações no âmbito da Psicologia.

As escalas utilizadas foram: a **Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**, aferida e validada para a realidade portuguesa pelo Professor José Pais Ribeiro (1999), o **Questionário de Estratégias de Coping (Q.E.C.)**, adaptado pelos Professores José Pais Ribeiro e Carla Santos (Ribeiro & Santos, 2001), as **Escalas da Afectividade Positiva e Afectividade Negativa (*Positive and Negative*) (PANAS)**, adaptada por Simões (1993) e **Escala da Satisfação com a Vida (SWLS)**, adaptada por Simões (1992).

3.5.1 - Questionário de dados biográficos

A informação socio-demográfica permite a caracterização da amostra obtida através do questionário. Foi recolhida informação relativa à idade, género, estado civil, escolaridade, nível socioeconómico, trabalho, religiosidade, número de filhos, qual o regime de tratamento, tempo de internamento e à quanto tempo foi diagnosticada a doença.

3.5.2 - Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), de Ribeiro (1999)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi construída pelo Professor José Pais Ribeiro (1999), e pretende medir a percepção de SS, uma vez que, esta percepção é fundamental para os processos cognitivos e emocionais quando se abordam as temáticas de

bem-estar e qualidade de vida. Por outras palavras, determina o grau de satisfação dos sujeitos face ao SS proveniente de várias fontes, bem como relativamente às actividades sociais em que estão envolvidos.

Trata-se de uma escala multidimensional constituída por quinze itens, de resposta tipo Likert (segundo o grau de concordância), com quatro factores (sub-escalas) que explicam 63,1% da variância total, com valores de consistência interna que variam entre 0,64 e 0,83, sendo o valor para a escala global de 0,85. A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) nesta investigação apresentou um valor de consistência interna de 0,75, para 15 itens e 50 indivíduos.

A primeira sub-escala, designada por **“Satisfação com Amizades”**, mede a satisfação face às amizades/amigos que o sujeito tem (e.g., “Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria”, “Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho”); inclui cinco itens (3, 12,13,14 e 15), e apresenta um valor de consistência interna de 0,83. Este factor explica 35% da variância total, o valor de consistência interna encontrado neste estudo foi de 0,78.

A segunda sub-escala refere-se ao factor **“Intimidade”**, mede a percepção da existência de SS íntimo (e.g., Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer”, “Às vezes, sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”); inclui quatro itens (1,4,5 e 6), e mostra um valor de consistência interna de 0,74 e o factor explica 12,1% da variância total. O valor de consistência interna encontrado neste estudo foi de 0,51.

A terceira sub-escala diz respeito ao factor **“Satisfação com a família”**, mede a satisfação com o suporte familiar existente (e.g., “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”, “Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família”); inclui três itens (9,10 e 11), exhibe uma consistência interna de 0,74 e o factor explica 8,7% da variância total, e o valor de consistência interna encontrado neste estudo foi de 0,84.

A última sub-escala, referente a **“Actividades sociais”**, mede a satisfação pessoal com as actividades sociais que realiza (“não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria”, Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam”); inclui três itens (2, 7 e 8), apresenta uma consistência interna de 0,64 e o factor explica 7,3% da variância total, apresentando um valor de consistência interna de 0,52.

Segundo Ribeiro (1999) a “Satisfação com os Amigos” é o factor da escala que melhor explica os resultados obtidos, pois explica mais de metade da variância total da escala.

A versão final desta escala é constituída por 15 itens, que descrevem vários tipos de satisfação com as amizades/amigos, a família, actividades sociais que realiza e a percepção da existência de suporte social íntimo, avaliados numa escala tipo Likert com cinco letras de A a E: A- “Concordo totalmente” – 1 ponto; B- “Concordo na maior parte” – 2 pontos; C- “Não concordo nem discordo” – 3 pontos; D- “Discordo na maior parte” – 4 pontos; E – “Discordo totalmente” – 5 pontos. Esta cotação é adequada para todos os itens, excepto os casos dos itens invertidos (itens 4, 5, 9,10,11,12,13,14 e 15).

A nota de cada sub-escala/dimensão, resulta da soma dos itens que a constituem, a nota total da escala pode variar entre 15 e 75 pontos, que é o resultado da soma total dos itens, sendo que, quanto mais alta for a nota, maior é o Suporte Social percebido.

É de salientar que esta escala foi construída e validada com base numa amostra jovem, mas parece ser adequada a outros tipos de população, como se vai provando pela sua utilização em vários estudos que contemplam outros grupos (Ribeiro, 1999).

3.5.3 - Questionário de Estratégias de *Coping* (Q.E.C) (Ribeiro & Santos, 2001)

A versão original do *Ways of Coping Questionnaire* remonta à década de 70, da autoria de Folkman e Lazarus (1988). Inicialmente concebido como um instrumento de investigação acerca dos pensamentos e acções que os indivíduos utilizam para fazer face às exigências internas e externas quando confrontadas com situações de stress. De acordo com a revisão da literatura e tendo em conta a reflexão, os autores desenvolveram as 67 estratégias de *coping*, a que os sujeitos respondiam “sim” ou “não”, se tinham usado ou não aquela estratégia perante o problema em avaliação. Numa segunda etapa, os autores passaram de uma estratégia de construção do questionário baseado na teoria, para uma estratégia empírica. Construíram um questionário de 66 itens com resposta ordinal de quatro posições, permitindo aos sujeitos pontuar entre 0-3, a frequência com que utilizavam cada uma das estratégias apontadas.

Os itens foram classificados em duas grandes categorias de *coping*: focado no problema e focado nas emoções (Folkman & Lazarus, 1980). No entanto, os processos de *coping* humanos reflectem maior complexidade e riqueza do que é expressada nestas categorias, como também, muitas estratégias de *coping* encaixavam-se nas duas categorias. Este é, por exemplo, o caso da procura de aconselhamento que serve as funções focadas-no-problema, quando fornece informação concreta para ajudar a resolver um problema, e

simultaneamente, serve as funções focadas-nas-emoções se o processo de procurar aconselhamento ajudar o indivíduo a sentir-se apoiado emocionalmente.

Tal facto, foi motivo de inúmeras dificuldades sentidas na aplicação dos questionários, cuja solução encontrada pelos autores foi completar e identificar variedades de *coping*, tendo também em conta estudos de Coyne, Aldwin e Lazarus (1981), Folkman e Lazarus (1985), Lazarus, Gruen e DeLongis (1986) e na análise factorial, subdividiram a escala em oito sub-escalas de *coping*, composto por 48 questões, que obteve um alfa de Cronbach de .94(Folkman & Lazarus, 1986, cit in Ribeiro & Santos, 2001).

Lazarus e Folkman (Lazarus, 1992, cit in Ribeiro & Santos, 2001) referem na teoria do *coping* que a maior parte dos indivíduos recorre a cerca de oito estratégias de *coping* em todos os acontecimentos de stress, identificadas como:

- **Coping Confrontativo** – Descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco, com um alfa Cronbach - .52, da qual fazem parte os seguintes itens: 2,3,11,19,24,35;
- **Coping Distanciamento** – Descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação, com um alfa Cronbach - .75, da qual fazem parte os seguintes itens: 8, 10, 14, 30,33;
- **Coping Auto-Controlo** – Descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e acções, com um alfa Cronbach - .67, da qual fazem parte os seguintes itens: 6,9,25,32,42,47,48;
- **Coping Procura de Suporte Social** – Descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte social, com um alfa Cronbach - .79, da qual fazem parte os seguintes itens: 4,12,15,20,22,31,34;
- **Coping Aceitar a Responsabilidade** – Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas, com um alfa Cronbach - .57, da qual fazem parte os seguintes itens: 5, 17, 40;
- **Coping Fuga-Evitamento** – Descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema. Os itens desta escala, contrastam com os da escala de “Distanciamento”, que sugerem desprendimento, com um alfa Cronbach - .67 da qual fazem parte os seguintes itens: 7,23, 29, 36,39,44,45;
- **Coping Resolução Planeada do Problema** – Descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem

analítica de solução do problema, com um alfa Cronbach - .76, da qual fazem parte os seguintes itens: 1, 18,28,37,38,41;

- **Coping Reavaliação Positiva** – Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa, com um alfa Cronbach - .83, da qual fazem parte os seguintes itens: 13,16,21, 26,27,43,46.

Neste estudo, as Estratégias de *Coping* apresentaram valores de consistência interna, que variaram entre 0,38 (Fuga-Evitamento) e 0,72 (Resolução Planeada de Problemas).

Tabela - Valores de consistência interna (Alfa de Cronbach) das estratégias de *Coping*.

Estratégia de <i>Coping</i>	Alfa de Cronbach	Itens	N
Auto-Controlo (AC)	0,57	7	50
Procura de Suporte Social (PSS)	0,71	7	50
Fuga-Evitamento (FE)	0,38	7	50
Resolução Planeada de Problemas (RPP)	0,72	6	50
Reavaliação Positiva (RP)	0,68	7	50
Aceitar a Responsabilidade (AR)	0,64	3	50
<i>Coping</i> Confrontativo (CC)	0,40	6	50
Distanciamento (D)	0,51	5	50

Os itens do questionário foram criados para serem respondidos relativamente a um acontecimento de stress específico. A medição do instrumento é contextual, orientada por um processo, e transaccional.

Os autores sugerem que pode ser efectuada uma entrevista prévia à sua aplicação de forma a ajudar o sujeito a reconstruir o acontecimento stressante, pelo que dão a seguinte instrução: “ por uns momentos concentre-se na maior situação de stress que viveu na última semana. Por situação de stress entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque se esforçou bastante para lidar com a situação (...) “ (Folkman & Lazarus, 1988, p. 10 cit in Ribeiro & Santos, 2001).

O tempo de resposta ao questionário é cerca de 10 minutos, em que os sujeitos respondem a cada item numa escala ordinal, indicando com que frequências usam cada estratégia: 0 – nunca usei; 1- usei de alguma forma; 2- usei algumas vezes; 3 – usei muitas vezes.

Existem dois métodos de pontuar o questionário: pontuações absolutas e relativas. As pontuações absolutas são o somatório das respostas dos sujeitos dos itens que compõem a escala e a relativa descreve e proporção do esforço representado por cada tipo de *coping*.

3.5.4 - Escala da Afectividade Positiva e Negativa (PANAS), (Simões, 1993)

As escalas da Afectividade Positiva e Afectividade Negativa (PANAS), desenvolvidas por Watson, Clark e Tellegen (1988), foram traduzidas e validadas, pela primeira vez, para a população portuguesa, por Simões (1993). Tem como finalidade avaliar a componente afectiva do BES.

É uma escala de auto-avaliação composta por vinte itens metade dos quais para avaliar a componente positiva e a outra metade para avaliar a componente negativa da afectividade, na sua versão original. A versão portuguesa é constituída por vinte e dois itens, onze para cada uma das escalas, uma vez que pareceu a Simões (1993) que alguns itens originais não ficavam adequadamente traduzidos em termos de conteúdo. Inclusive, o autor pôde verificar que a inclusão melhorava os *alphas* e que os itens acrescentados revelaram boas correlações item/total, nalguns casos até melhores que os originais que medem o humor (afectividade positiva e negativa) em diferentes períodos de tempo. A aplicação da PANAS permite a adaptação de diferentes referências temporais.

A escala de Afecto Positivo é constituída por itens como entusiasmado, activo, alerta e determinado. A escala de Afecto Negativo engloba itens como aflito, assustado e perturbado. Os vinte e dois itens que compõem a escala são avaliados individualmente numa escala tipo Likert de cinco pontos, a qual varia entre “Nada ou muito ligeiramente” e “Extremamente”. No que respeita às suas características psicométricas, Watson e colaboradores (1988) encontraram valores de consistência interna, entre 0,84 e 0,90. Neste estudo, na componente de Afectividade Positiva, obteve-se um valor de consistência interna de 0,83, para 11 itens e 50 doentes. A componente de Afectividade Negativa, apresentou um valor de consistência interna de 0,80, para 11 itens e 50 doentes.

3.5.5 - Escala da Satisfação com a Vida (SWLS), (Simões, 1992)

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), elaborada por Diener e colaboradores (1985), teve uma última revisão da tradução e validação para a população portuguesa efectuada por Simões (1992), depois de um primeiro estudo de validade efectuada por Neto, Barros e Barros (1990).

É um instrumento utilizado para avaliação da componente cognitiva do BES. A escala é composta por cinco itens, para os quais se oferece, nesta segunda versão portuguesa, cinco alternativas de resposta: *discordo muito* (1), *discordo pouco* (2), *não concordo, nem discordo* (3), *concordo um pouco* (4) e *concordo muito* (5). Os resultados possíveis de obter oscilam

entre um mínimo de cinco e um máximo de vinte e cinco, indicando tanto maior satisfação com a vida, quanto mais elevado for o resultado obtido. Simões (1992) pôde verificar, em conformidade com a literatura, que a apreciação subjectiva que o sujeito faz do seu estado de saúde e da sua situação económica são razoáveis preditores de satisfação com a vida. As características psicométricas da escala SWLS apontadas por Neto, Barros e Barros (1990) são reforçadas no estudo de Simões (1992), cujos resultados parecem indicar que a SWLS revela boas qualidades psicométricas para avaliar a satisfação com a vida.

Na Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) registou-se uma consistência interna de 0,67, para 5 itens e 50 doentes.

3.6 - Procedimento

O instrumento utilizado neste estudo (ver anexo) foi passado durante os meses de Janeiro a Abril de 2010.

Foi pedida autorização para a aplicação dos questionários, à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do Hospital de Faro, sendo que foi comunicado o objectivo deste trabalho de investigação.

Os utentes envolvidos neste estudo foram informados e livres de decidir sobre a sua participação, não usufruindo de qualquer benefício ou retaliação, segundo a sua tomada de decisão.

Cada participante recebeu um envelope que continha os instrumentos e uma carta que explica a importância da investigação, os seus objectivos e onde é fornecida a informação necessária para um correcto preenchimento dos diversos testes. Os dados foram recolhidos no serviço de internamento de Psiquiatria e na Consulta Externa de Psiquiatria do Hospital de Faro E.P.E..

Foram seleccionados os doentes que reuniam as condições necessárias para participarem no estudo, ou seja, doentes lúcidos e orientados no tempo e no espaço, com diagnóstico médico de depressão. Caso o doente aceitasse participar no estudo, os questionários eram preenchidos pelo doente nas enfermarias ou gabinetes que estivessem disponíveis, onde a investigadora esteve sempre presente, caso surgir-se alguma dúvida foi esclarecida no momento. A entrega dos questionários foi imediata e no caso de algum doente apresentar diminuição da acuidade visual que o impedia de ler e escrever, o entrevistador leu as perguntas em voz alta e anotou a resposta.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1- Apresentação e análise dos resultados

4.2 – Discussão dos resultados

4.1 – Apresentação e análise estatística dos resultados

A informação recolhida foi organizada e analisada de acordo com os objectivos de estudo.

O tratamento e a análise estatística de dados recolhidos nos questionários foram efectuados com recurso ao software estatístico SPSS, versão 18.

Inicialmente, procedeu-se à caracterização das variáveis em termos de medidas de estatística descritiva. Para as variáveis qualitativas calcularam-se as frequências absolutas e as frequências relativas, enquanto que para as variáveis quantitativas determinaram-se como medidas descritivas o valor mínimo, o valor máximo, a média e o desvio padrão.

A consistência interna das escalas e subescalas utilizadas (ESSS, Estratégias de *Coping*, PA, NA e SWLS) foi determinada com base no coeficiente Alfa de Cronbach.

O estudo das relações entre o BES e as variáveis independentes de natureza quantitativa (ESSS, Estratégias de *Coping*, Idade, Nº de Filhos, Tempo de Internamento, Tempo de Ambulatório, Nº Internamentos Anteriores) foi realizado com base na determinação do coeficiente de correlação de Pearson. Nos casos em que as variáveis independentes eram ordinais (Habilitações Literárias, Rendimento Líquido Mensal, Frequência de Actos Religiosos, Tempo de Diagnóstico) recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman (Petrie & Sabin, 2000; Aguiar, 2007; Daily & Bourke, 2007).

Para as variáveis que apresentaram uma correlação linear significativa com o BES foi aplicado o modelo de regressão linear simples, separadamente para cada variável de forma a determinar o seu poder explicativo relativamente ao BES. As variáveis independentes que se revelaram explicativas foram integradas num modelo de regressão linear múltipla (Petrie & Sabin, 2000; Aguiar, 2007; Daily & Bourke, 2007).

A influência das variáveis qualitativas nominais (Género, Estado Civil, Ter ou não Filhos, Situação Profissional, Abandono laboral devido à doença, Satisfação/Insatisfação no Trabalho, Trabalho ajuda ou não a recuperar da doença, Religiosidade, Procura Espiritual, Regime de Tratamento, Internamentos Anteriores) no BES foi analisada através dos testes não paramétricos de Mann-Whitney (dois grupos independentes) e de Kruskal-Wallis (três ou mais grupos independentes). A utilização de testes não paramétricos teve que ver com o facto de alguns dos grupos que se pretendiam comparar terem dimensões pequenas e com o incumprimento dos pressupostos de aplicação dos testes paramétricos no que diz respeito à normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias. Quer a normalidade das distribuições quer a homogeneidade das variâncias foram previamente testadas através do

Teste de Shapiro-Wilk (amostras/grupos com efectivo inferior a 50) e do Teste de Levene, respectivamente (Petrie & Sabin, 2000; Aguiar, 2007; Daily & Bourke, 2007).

Para os testes de hipóteses executados consideraram-se níveis de significância (α) de 0,05 e 0,01.

Todas as análises foram efectuadas para a amostra total, para os doentes em regime ambulatorio e para os doentes em regime de internamento separadamente.

4.7.1. - Resultados na Escala de Satisfação com o Suporte Social

Os valores da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) variaram entre 27 (internamento) e 71 (ambulatorio e internamento), sendo a média e o desvio padrão da amostra total igual a 52,02 e 9,045, respectivamente (Tabela I). Os doentes em regime ambulatorio apresentaram uma média superior (53,96) à dos doentes em regime de internamento (50,08).

Na subescala de Satisfação com os Amigos (SA), registaram-se valores entre 5 (internamento) e 25 (ambulatorio e internamento), com média 16,48 e desvio padrão 4,446. A média dos doentes em ambulatorio (17,68) foi superior à média dos doentes em regime de internamento (15,28).

A subescala de Intimidade (IN) apresentou um mínimo de 8 (internamento) e um máximo de 20 (ambulatorio e internamento), uma média de 14,00 e um desvio padrão de 3,037. Para os doentes em regime ambulatorio foi determinado um valor de média (14,24) superior ao dos doentes em regime de internamento (13,76).

Com a subescala de Satisfação com a Família (SF), os valores calculados variaram entre 3 e 15, quer nos doentes em ambulatorio quer nos doentes internados, sendo a média e o desvio padrão da amostra total $10,50 \pm 3,309$. Nos doentes em regime ambulatorio, a média (11,36) foi superior à dos doentes em regime de internamento (9,64).

Na subescala de Actividades Sociais (AS), obteve-se um valor mínimo de 7 (ambulatorio e internamento) e um valor máximo de 15 (ambulatorio e internamento), com média de 11,04 e desvio padrão de 2,563. Para os doentes em ambulatorio foi encontrada uma média (10,68) inferior à dos doentes em regime de internamento (11,40).

Tabela I- Valores mínimo, máximo, média e desvio padrão da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e das suas subescalas.

		Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	Amostra total (N = 50)	27	71	52,02	9,045
	Ambulatório (N = 25)	42	71	53,96	6,798
	Internamento (N = 25)	27	71	50,08	10,630
Satisfação com Amigos (SA)	Amostra total (N = 50)	5	25	16,48	4,446
	Ambulatório (N = 25)	9	25	17,68	3,794
	Internamento (N = 25)	5	25	15,28	4,792
Intimidade (IN)	Amostra total (N = 50)	8	20	14,00	3,037
	Ambulatório (N = 25)	9	20	14,24	2,712
	Internamento (N = 25)	8	20	13,76	3,370
Satisfação com a Família (SF)	Amostra total (N = 50)	3	15	10,50	3,309
	Ambulatório (N = 25)	3	15	11,36	2,580
	Internamento (N = 25)	3	15	9,64	3,762
Actividades Sociais (AS)	Amostra total (N = 50)	7	15	11,04	2,563
	Ambulatório (N = 25)	7	15	10,68	2,479
	Internamento (N = 25)	7	15	11,40	2,646

A relação entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e as suas subescalas foi estudada através do coeficiente de correlação linear de Pearson.

Na amostra total (Tabela II), foram encontradas correlações muito significativas entre a ESSS e as suas subescalas. As correlações são positivas moderadas $R=.80$, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Satisfação com Amigos (SA), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Intimidade (IN) $R=.70$, e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Satisfação com a Família (SF) $R=.68$. Entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e as Actividades Sociais existe uma correlação positiva fraca $R=.45$. Os doentes deprimidos com maiores valores de Satisfação com Amigos, Intimidade, Satisfação com a Família e Actividades Sociais apresentam tendencialmente maiores valores da Escala de Satisfação com o Suporte Social, e vice-versa.

Entre as subescalas foram igualmente detectadas algumas correlações lineares, nomeadamente:

- Correlação positiva fraca $R=.37$, muito significativa, entre a Satisfação com Amigos (SA) e a Intimidade (IN). Os doentes deprimidos com maiores valores de Satisfação com Amigos apresentam tendencialmente maiores valores de Intimidade e vice-versa.

- Correlação positiva fraca $R=.41$, muito significativa, entre a Satisfação com Amigos (SA) e Satisfação com a Família (SF). Os doentes deprimidos com maiores valores de Satisfação com Amigos apresentam tendencialmente maiores valores de Satisfação com a Família e vice-versa.
- Correlação positiva fraca $R=.28$, significativa, entre a Intimidade (IN) e as Actividades Sociais (AS). Os doentes deprimidos com maiores valores de Intimidade apresentam tendencialmente maiores valores de Actividades Sociais, e vice-versa.

Tabela II- Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e respectivas subescalas (SA- Satisfação com Amigos, IN- Intimidade, SF- Satisfação com a Família, AS- Actividades Sociais) para a amostra total (N = 50).

Coef. Pearson	ESSS	SA	IN	SF	AS
ESSS	1	,80**	,70**	,68**	,45**
SA		1	,37**	,41**	,12
IN			1	,27	,28*
SF				1	,051
AS					1

* $p<.05$ ** $p<.01$

Para os doentes em regime ambulatorio (Tabela III.), os valores do coeficiente de Pearson indicam que existe:

- Correlação positiva moderada $R=.67$, muito significativa entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Satisfação com Amigos (SA). Os doentes em ambulatorio com maiores valores de Satisfação com Amigos tendem a apresentar maiores valores de Escala de Satisfação com o Suporte Social e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.71$, muito significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Intimidade (IN). Os doentes em ambulatorio com maiores valores de Intimidade tendem a apresentar maiores valores de Escala de Satisfação com o Suporte Social e vice-versa.
- Correlação positiva fraca $R=.49$, significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Satisfação com a Família (SF). Os doentes em ambulatorio com maiores valores de Satisfação com a Família apresentam tendencialmente maiores valores de Escala de Satisfação com o Suporte Social, e vice-versa.
- Correlação positiva fraca $R=.43$, significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e as Actividades Sociais (AS). Os doentes em ambulatorio

com maiores valores de Actividades Sociais apresentam tendencialmente maiores valores de Escala de Satisfação com o Suporte Social, e vice-versa.

Tabela III- Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e respectivas subescalas para os doentes em regime ambulatorio (N = 25) e para os doentes em regime de internamento (N = 25).

Coef. Pearson		Internamento				
		ESSS	SA	IN	SF	AS
Ambulatório	ESSS	1	,85	,70	,73	,55
	SA	,67**	1	,44	,48	,35
	IN	,71**	,25	1	,35	,25
	SF	,49*	,14	,11	1	,18
	AS	,43*	-,11	,36	-,03	1

*p<0,05 **p<0,01

Considerando os doentes em regime de internamento (Tabela III), os valores do coeficiente de Pearson indicam que existe:

- Correlação positiva forte $R=.85$, muito significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Satisfação com Amigos (SA). Os doentes internados com maiores valores de Satisfação com Amigos tendem a apresentar maiores valores de Escala de Satisfação com o Suporte Social e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.70$, muito significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Intimidade (IN). Os doentes internados com maiores valores de Intimidade tendem a apresentar maiores valores de Escala de Satisfação com o Suporte Social e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.73$, muito significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Satisfação com a Família (SF). Os doentes internados com maiores valores de Satisfação com a Família apresentam tendencialmente maiores valores de Escala de Satisfação com o Suporte Social e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.55$, muito significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e as Actividades Sociais (AS). Os doentes internados com maiores valores de Actividades Sociais apresentam tendencialmente maiores valores de Escala de Satisfação com o Suporte Social e vice-versa.
- Correlação positiva fraca $R=.44$, significativa, entre a Satisfação com Amigos (SA) e a Intimidade (IN). Os doentes internados com maiores valores de Satisfação com Amigos apresentam tendencialmente maiores valores de Intimidade e vice-versa.

- Correlação positiva fraca $R=.48$, significativa, entre a Satisfação com Amigos (SA) e Satisfação com a Família (SF). Os doentes internados com maiores valores de Satisfação com Amigos apresentam tendencialmente maiores valores de Satisfação com a Família e vice-versa.

4.1.2 - Relação entre as características sócio-demográficas e a Escala de Satisfação com o Suporte Social

A existência de relações entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), as suas subescalas e as características sócio-demográficas de natureza quantitativa (I-Idade, NF- N° de Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório; NI- N° de Internamentos Anteriores) foi averiguada com base no estudo da correlação linear de Pearson.

De acordo com os valores do coeficiente de Pearson obtidos para a amostra total (Tabela IV), existe uma correlação negativa fraca $R=-.45$, significativa, entre o N° Internamentos Anteriores (NI) e a Satisfação com Amigos (SA). Os doentes deprimidos com maior N° Internamentos Anteriores são os que, de um modo geral, têm menores valores de Satisfação com Amigos.

Relativamente às restantes características sócio-demográficas de natureza quantitativa (I-Idade, NF- N° de Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório), não foram encontradas correlações lineares significativas entre as mesmas, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e respectivas subescalas.

Tabela IV – Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), respectivas subescalas e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório, NI- N° Internamentos Anteriores) para a amostra total.

		ESSS	SA	IN	SF	AS	I	NF	TI	TA	NI
I	Coef. Pearson	,10	,10	,08	-,03	,13	1				
	N	50	50	50	50	50	50				
NF	Coef. Pearson	-,01	-,26	,05	,29	-,04	-,07	1			
	N	39	39	39	39	39	39	39			
TI	Coef. Pearson	-,10	-,15	-,16	-,14	,26	-,01	-,26	1		
	N	25	25	25	25	25	25	19	25		
TA	Coef. Pearson	,09	-,03	,13	,07	,07	,33	,23		1	
	N	25	25	25	25	25	25	20	0	25	
NI	Coef. Pearson	-,13	-,45*	,21	,24	-,37	-,24	,43	-,21	-,71	1
	N	25	25	25	25	25	25	20	18	7	25

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Para os doentes em regime ambulatorio (Tabela V):

- Existe uma correlação negativa fraca $R=-.50$, significativa, entre o N° Filhos (NF) e a Satisfação com Amigos (SA). Os doentes em ambulatorio com menor N° Filhos tendem a apresentar maior Satisfação com Amigos.
- Existe uma correlação negativa forte $R=-.94$, muito significativa, entre a Idade (I) e o N° Internamentos Anteriores (NI). Os doentes em ambulatorio com menor Idade tendem a apresentar maior N° Internamentos Anteriores.
- Não existem correlações lineares significativas entre as restantes variáveis.

Tabela V – Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), respectivas subescalas e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatorio, NI- N° Internamentos Anteriores) para os doentes em regime ambulatorio.

		ESSS	SA	IN	SF	AS	I	NF	TA	NI	
Ambulatorio	I	Coef. Pearson	-.00	,10	,10	-.26	,01	1			
		N	25	25	25	25	25				
	NF	Coef. Pearson	-.30	-.50*	-.29	,27	-.06	-.33	1		
		N	20	20	20	20	20	20			
	TA	Coef. Pearson	,09	-.03	,13	,07	,07	,33	,23	1	
		N	25	25	25	25	25	25	20	25	
	NI	Coef. Pearson	,22	,01	,65	,24	-.44	-.94**	,02	-.71	1
		N	7	7	7	7	7	7	6	7	7

* $p<.05$ ** $p<.01$

Para os doentes em regime de internamento (Tabela VI), apenas foi encontrada uma correlação negativa fraca $R=-.50$, entre o N° Internamentos Anteriores (NI) e a Satisfação com Amigos (SA). Os doentes internados com maior N° Internamentos Anteriores são os que tendencialmente apresentam menores valores de Satisfação com Amigos.

Tabela VI – Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), respectivas subescalas e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatorio, NI- N° Internamentos Anteriores) para os doentes em regime de internamento.

		ESSS	SA	IN	SF	AS	I	NF	TI	NI	
Internamento	I	Coef. Pearson	,13	,04	,05	,07	,28	1			
		N	25	25	25	25	25				
	NF	Coef. Pearson	,16	-.15	,37	,29	,04	,26	1		
		N	19	19	19	19	19	19			
	TI	Coef. Pearson	-.10	-.15	-.16	-.14	,26	-.01	-.26	1	
		N	25	25	25	25	25	25	19	25	
	NI	Coef. Pearson	-.17	-.50*	,14	,25	-.36	-.08	,52	-.21	1
		N	18	18	18	18	18	18	14	18	18

* $p<.05$ ** $p<.01$

A fim de investigar a existência de relações entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), as suas subescalas e as características sócio-demográficas de natureza ordinal (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) recorreu-se ao coeficiente de correlação linear de Spearman.

Com base nos valores do coeficiente de correlação de Spearman para a amostra total (Tabela VII), a Satisfação com a Família (SF) está correlacionada de forma negativa fraca $R=-.46$, muito significativa, com o Tempo de Diagnóstico (TD). Os doentes deprimidos com um maior Tempo de Diagnóstico tendem a apresentar menor Satisfação com a Família e vice-versa. Entre as características sócio-demográficas Habilitações Literárias (HL) e o Rendimento Líquido Mensal (RLM) determinou-se uma correlação positiva fraca $R=.40$, muito significativa. Os doentes deprimidos com maiores Habilitações Literárias são os que, de um modo geral, apresentam maior Rendimento Líquido Mensal.

Para as restantes variáveis não foram encontradas correlações lineares significativas.

Tabela VII – Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), respectivas subescalas e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para a amostra total (N = 50).

Coef. Spearman	ESSS	SA	IN	SF	AS	HL	RLM	FAR	TD
HL	-,08	-,11	-,00	-,18	,18	1,0			
RLM	-,03	-,06	-,01	-,16	,27	,40**	1,0		
FAR	-,06	,01	-,12	-,11	,02	,18	,03	1,0	
TD	-,16	-,14	,01	-,46**	-,05	-,17	-,18	,08	1,0

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Nos doentes em ambulatório (Tabela VII):

- Existe uma correlação negativa fraca $R=-.53$, muito significativa, entre a Satisfação com a Família (SF) e o Tempo de Diagnóstico (TD). Os doentes em ambulatório com um maior Tempo de Diagnóstico tendem a apresentar menor Satisfação com a Família e vice-versa.
- Existe uma correlação positiva fraca $R=.45$, significativa, entre as Habilitações Literárias (HL) e as Actividades Sociais (AS). Os doentes em ambulatório com maiores Habilitações Literárias tendem a apresentar maiores valores de Actividades Sociais e vice-versa.
- Não existem correlações lineares significativas entre as restantes variáveis.

Tabela VIII – Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), respectivas subescalas e características sócio-demográficas (HL- Habilidades Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para os doentes em regime ambulatorio (N = 25).

Coef. Spearman		ESSS	SA	IN	SF	AS	HL	RLM	FAR	TD
Ambulatório	HL	,19	,07	,22	,07	,45	1,0			
	RLM	-,23	-,28	-,17	-,23	,15	,32	1,0		
	FAR	,02	,16	,12	-,10	-,12	-,14	-,15	1,0	
	TD	-,09	,03	,17	-,53**	-,16	-,14	-,05	,12	1,0

*p<0,05 **p<0,01

Nos doentes em regime de internamento (Tabela XIX):

- Existe uma correlação negativa fraca $R=-.42$, significativa, entre a Satisfação com a Família (SF) e o Tempo de Diagnóstico (TD). Os doentes internados com um maior Tempo de Diagnóstico tendem a apresentar menor Satisfação com a Família e vice-versa.
- Existe uma correlação negativa fraca $R=-.44$, significativa, entre o Tempo de Diagnóstico (TD) e o Rendimento Líquido Mensal (RLM). Os doentes internados com um maior Tempo de Diagnóstico tendem a apresentar menor Rendimento Líquido Mensal e vice-versa.
- Existe uma correlação positiva fraca $R=.43$, significativa, entre as Habilidades Literárias (HL) e o Rendimento Líquido Mensal (RLM). Os doentes internados com maiores Habilidades Literárias tendem a apresentar maiores valores de Rendimento Líquido Mensal e vice-versa.
- Existe uma correlação positiva fraca $R=.44$, significativa, entre as Habilidades Literárias (HL) e a Frequência de Actos Religiosos (FAR). Os doentes internados com maiores Habilidades Literárias são os que de um modo geral têm maior Frequência de Actos Religiosos e vice-versa.

Tabela XIX – Matriz de correlação linear da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), respectivas subescalas e características sócio-demográficas (HL- Habilidades Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para os doentes em regime de internamento (N = 25).

Coef. Spearman		ESSS	SA	IN	SF	AS	HL	RLM	FAR	TD
Internamento	HL	-,23	-,23	-,18	-,24	-,08	1,0			
	RLM	,25	,23	,16	,04	,31	,43*	1,0		
	FAR	-,02	,05	-,28	,05	-,00	,44*	,00	1,0	
	TD	-,25	-,21	-,07	-,42*	,04	-,30	-,44*	-,06	1,0

*p<0,05 **p<0,01

A análise da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e das subescalas em função do Género dos doentes foi desenvolvida através do Teste de Mann-Whitney.

Quer para a amostra total quer para os doentes em regime ambulatorio quer para os doentes em regime de internamento (Tabela X), o Teste de Mann-Whitney não detectou diferenças estatisticamente significativas na Escala de Satisfação com o Suporte Social e suas subescalas, entre géneros.

Tabela X – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função do Género.

		ESSS	SA	IN	SF	AS
Amostra Total	Mann-Whitney U	184,50	178,00	167,50	176,50	155,00
	Significância (<i>p</i>)	,48	,39	,27	,37	,16
Ambulatório	Mann-Whitney U	14,50	19,00	14,00	15,50	11,50
	Significância (<i>p</i>)	,39	,69	,36	,44	,24
Internamento	Mann-Whitney U	52,50	41,50	51,00	46,00	60,00
	Significância (<i>p</i>)	,27	,08	,23	,14	,49

A fim de determinar a influência do Estado Civil na Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e nas suas subescalas recorreu-se ao Teste de Kruskal-Wallis.

Os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em ambulatorio e para os doentes em internamento (Tabela XI), não revelam diferenças estatisticamente significativas na Escala de Satisfação com o Suporte Social e suas subescalas, em função do estado civil.

Tabela XI – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis: Estatística do teste, graus de liberdade e valor de significância (*p*) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) em função do Estado Civil.

		ESSS	SA	IN	SF	AS
Amostra Total	Qui-Quadrado	1,02	3,17	2,53	1,46	1,66
	Graus de Liberdade	3	3	3	3	3
	Significância (<i>p</i>)	,80	,37	,47	,69	,68
Ambulatório	Qui-Quadrado	1,20	2,93	3,34	,25	1,80
	Graus de Liberdade	3	3	3	3	3
	Significância (<i>p</i>)	,75	,40	,34	,97	,62
Internamento	Qui-Quadrado	1,84	,91	2,64	3,25	2,86
	Graus de Liberdade	3	3	3	3	3
	Significância (<i>p</i>)	,61	,82	,45	,36	,41

A influência da variável Filhos (ter ou não filhos) na Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi estudada através do Teste de Mann-Whitney.

resultados para a amostra total, para os doentes em ambulatorio e para os doentes internados (Tabela XII) indicam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na

Escala de Satisfação com o Suporte Social e suas subescalas, em função dos doentes terem ou não filhos.

Tabela XII – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função de ter ou não filhos.

		ESSS	SA	IN	SF	AS
Amostra Total	Mann-Whitney U	190,00	182,00	167,00	208,00	194,50
	Significância (<i>p</i>)	,57	,45	,26	,88	,64
Ambulatório	Mann-Whitney U	46,00	45,00	32,50	43,50	49,50
	Significância (<i>p</i>)	,79	,73	,23	,65	,97
Internamento	Mann-Whitney U	54,500	50,500	57,000	55,000	45,500
	Significância (<i>p</i>)	,87	,68	1,00	,90	,46

A comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e das suas subescalas em função da Situação Profissional dos doentes foi efectuada com recurso ao Teste de Kruskal-Wallis.

Os resultados para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes em regime de internamento (Tabela XIII) não mostram evidências da existência de diferenças estatisticamente significativas na Escala de Satisfação com o Suporte Social e suas subescalas, em função da situação profissional.

Tabela XIII – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis: Estatística do teste, graus de liberdade e valor de significância (*p*) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função da Situação Profissional.

		ESSS	SA	IN	SF	AS
Amostra Total	Qui-Quadrado	1,05	3,85	,50	,09	1,09
	Graus de Liberdade	2	2	2	2	2
	Significância (<i>p</i>)	,59	,15	,78	,96	,58
Ambulatório	Qui-Quadrado	2,14	3,14	1,86	,19	,01
	Graus de Liberdade	2	2	2	2	2
	Significância (<i>p</i>)	,34	,21	,39	,91	,99
Internamento	Qui-Quadrado	3,10	2,03	4,00	,08	1,90
	Graus de Liberdade	2	2	2	2	2
	Significância (<i>p</i>)	,21	,36	,14	,96	,39

Com o intuito de averiguar se o Abandono Laboral devido à Doença interfere na Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e nas suas subescalas, procedeu-se ao Teste de Mann-Whitney.

Os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes internados (Tabela XIV) demonstram que não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas na Escala de Satisfação com o Suporte Social e suas

subescalas, entre os doentes que abandonaram e os que não abandonaram o seu trabalho devido à doença.

Tabela XIV – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função de ter ou não abandonado o trabalho devido à doença.

		ESSS	SA	IN	SF	AS
Amostra Total	Mann-Whitney U	71,50	74,50	54,50	94,00	94,50
	Significância (<i>p</i>)	,25	,31	,05	,93	,94
Ambulatório	Mann-Whitney U	27,50	24,50	24,50	23,00	22,00
	Significância (<i>p</i>)	,95	,68	,68	,55	,48
Internamento	Mann-Whitney U	9,50	13,00	3,50	17,00	12,50
	Significância (<i>p</i>)	,31	,37	,89	,52	,27

Para determinar a influência da Satisfação/Insatisfação com o Trabalho na Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e nas suas subescalas, utilizou-se o Teste de Mann-Whitney.

Os resultados para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes internados (Tabela XV) apontam para inexistência de diferenças estatisticamente significativas na Escala de Satisfação com o Suporte Social e suas subescalas, em função da satisfação ou insatisfação com o trabalho.

Tabela XV – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função da Satisfação/ Insatisfação com o trabalho.

		ESSS	SA	IN	SF	AS
Amostra Total	Mann-Whitney U	44,50	46,50	58,00	50,50	43,50
	Significância (<i>p</i>)	,31	,37	,89	,52	,27
Ambulatório	Mann-Whitney U	11,50	10,00	12,00	10,00	7,00
	Significância (<i>p</i>)	,92	,67	1,00	,66	,28
Internamento	Mann-Whitney U	10,50	7,00	16,50	13,50	15,00
	Significância (<i>p</i>)	,23	,08	,80	,46	,63

A análise da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e das suas subescalas em função dos doentes considerarem ou não que o trabalho os ajuda a recuperar da doença, foi realizada com recurso ao Teste de Mann-Whitney.

Os resultados para os doentes em regime ambulatório (Tabelas XVI.A e XVI.B) indicam que, os valores médios (Médias das Ordens) de Satisfação com Família (SF) diferem de forma significativa entre os doentes que consideram e os que não consideram que o trabalho os ajuda a recuperar. Os doentes que consideram que o trabalho os ajuda a recuperar apresentam um valor médio de Satisfação com Família superior (9,50) ao dos doentes que não

consideram que o trabalho os ajuda a recuperar (4,50). Há que ter em atenção que estes resultados podem estar condicionados pela reduzida dimensão dos dois grupos comparados.

Para a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e para as subescalas Intimidade (I), Satisfação com Amigos (SA) e Actividades Sociais (AS), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela XVI.A – Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função do trabalho ser ou não uma ajuda na recuperação da doença.

		ESSS	SA	IN	SF	AS
Amostra Total	Mann-Whitney U	47,00	50,50	42,00	43,50	28,50
	Significância (<i>p</i>)	,72	,91	,46	,53	,08
Ambulatório	Mann-Whitney U	4,50	8,00	7,50	,00	5,50
	Significância (<i>p</i>)	,36	1,00	,90	,03	,51
Internamento	Mann-Whitney U	12,50	10,00	14,50	7,50	7,00
	Significância (<i>p</i>)	,65	,36	,92	,17	,17

Tabela XVI.B – Resultados do Teste U de Mann-Whitney II: Média das Ordens e Soma das Ordens da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função do trabalho ser ou não uma ajuda na recuperação da doença.

		O trabalho o ajuda na recuperação da doença	N	Média das Ordens	Soma das Ordens
Ambulatório	Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	Sim	2	7,25	14,50
		Não	8	5,06	40,50
	Satisfação com Amigos (SA)	Sim	2	5,50	11,00
		Não	8	5,50	44,00
	Intimidade (IN)	Sim	2	5,75	11,50
		Não	8	5,44	43,50
	Satisfação com a Família (SF)	Sim	2	9,50	19,00
		Não	8	4,50	36,00
	Actividades Sociais (AS)	Sim	2	6,75	13,50
		Não	8	5,19	41,50

A comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e das suas subescalas em função da Religiosidade dos doentes foi realizada através do Teste de Mann-Whitney.

Os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em regime ambulatório e para os doentes em regime de internamento (Tabela XVII) são indicadores da inexistência de diferenças estatisticamente significativas na Escala de Satisfação com o Suporte Social e suas subescalas, entre doentes religiosos e não religiosos.

Tabela XVII – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas entre doentes religiosos e não religiosos.

		ESSS	SA	IN	SF	AS
Amostra Total	Mann-Whitney U	197,50	183,00	240,00	191,00	228,50
	Significância (<i>p</i>)	,34	,20	,99	,27	,79
Ambulatório	Mann-Whitney U	44,00	43,50	55,50	44,00	51,00
	Significância (<i>p</i>)	,41	,39	,92	,40	,70
Internamento	Mann-Whitney U	52,00	50,50	57,00	49,50	51,50
	Significância (<i>p</i>)	,50	,45	,71	,41	,48

A análise da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e das suas subescalas em indivíduos que procuram e indivíduos que não procuram ajuda espiritual quando se sentem doentes baseou-se na aplicação do Teste de Mann-Whitney.

Os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em regime ambulatorio e para os doentes em regime de internamento (Tabela XVIII) não revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas na Escala de Satisfação com o Suporte Social e suas subescalas, entre indivíduos que procuram e indivíduos que não procuram ajuda espiritual quando se sentem doentes.

Tabela XVIII – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas entre indivíduos que procuram e que não procuram ajuda espiritual quando se sentem doentes.

		ESSS	SA	IN	SF	AS
Amostra Total	Mann-Whitney U	243,00	239,00	283,50	223,50	298,00
	Significância (<i>p</i>)	,23	,20	,68	,11	,90
Ambulatório	Mann-Whitney U	43,50	37,00	55,00	43,00	67,50
	Significância (<i>p</i>)	,11	,05	,33	,10	,80
Internamento	Mann-Whitney U	69,50	74,50	75,50	57,50	76,00
	Significância (<i>p</i>)	,64	,85	,89	,26	,91

A influência do Regime de Tratamento na Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e nas suas subescalas foi analisada através do Teste de Mann-Whitney.

Os resultados para a amostra total (Tabelas XIX.A e XIX.B) indicam que, os valores médios (Médias das Ordens) de Satisfação com Amigos (SA) diferem de forma significativa entre Regimes de Tratamento. Os doentes em regime de internamento apresentam um valor médio de Satisfação com Amigos inferior (21,34) ao dos doentes em regime de ambulatório (29,66).

Para a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e para as subescalas Intimidade (I), Satisfação com a Família (SF) e Actividades Sociais (AS), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do regime de tratamento.

Tabela XIX.A – Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função do Regime de Tratamento.

		ESSS	SA	IN	SF	AS
Amostra Total	Mann-Whitney U	243,50	208,50	263,50	224,00	267,50
	Significância (<i>p</i>)	,18	,04	,34	,08	,38

Tabela XIX.B – Resultados do Teste U de Mann-Whitney II: Média das Ordens e Soma das Ordens da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas em função do Regime de Tratamento.

	Regime tratamento actual	N	Média das Ordens	Soma das Ordens
Escala de Satisfação com o Suporte Social (Total)	Internamento	25	22,74	568,50
	Ambulatório	25	28,26	706,50
Satisfação com Amigos (SA)	Internamento	25	21,34	533,50
	Ambulatório	25	29,66	741,50
Intimidade (IN)	Internamento	25	23,54	588,50
	Ambulatório	25	27,46	686,50
Satisfação com a Família (SF)	Internamento	25	21,96	549,00
	Ambulatório	25	29,04	726,00
Actividades Sociais (AS)	Internamento	25	27,30	682,50
	Ambulatório	25	23,70	592,50

A fim de averiguar se a ocorrência de Internamentos Anteriores tem alguma influência na Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e nas suas subescalas aplicou-se o Teste de Mann-Whitney.

De acordo com os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes internados (Tabela XX), não existem diferenças estatisticamente significativas na Escala de Satisfação com o Suporte Social e suas subescalas, entre doentes que tiveram e doentes que não tiveram internamentos anteriores.

Tabela XX – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas entre doentes que tiveram e doentes que não tiveram internamentos anteriores

		ESSS	SA	IN	SF	AS
Amostra Total	Mann-Whitney U	292,50	302,50	274,50	273,00	288,00
	Significância (<i>p</i>)	,70	,85	,46	,44	,63
Ambulatório	Mann-Whitney U	48,00	45,50	42,00	49,00	51,00
	Significância (<i>p</i>)	,36	,28	,20	,39	,46
Internamento	Mann-Whitney U	55,00	52,50	52,00	55,50	56,00
	Significância (<i>p</i>)	,63	,52	,50	,65	,67

4.1.3- Resultados nas Estratégias de Coping

Tabela XXI - Valores mínimo, máximo, média e desvio padrão das estratégias de *Coping* (AC- Auto-Controlo, PSS- Procura de Suporte Social, FE- Fuga-Evitamento, RPP- Resolução Planeada de Problemas, RP- Reavaliação Positiva, AR- Aceitar a Responsabilidade, CC- *Coping* Confrontativo, D- Distanciamento).

		Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Auto-Controlo (AC)	Amostra total	8	24	17,12	3,788
	Ambulatório	8	24	17,00	3,797
	Internamento	9	24	17,24	3,854
Procura de Suporte Social (PSS)	Amostra total	9	28	18,40	4,233
	Ambulatório	12	27	18,80	3,215
	Internamento	9	28	18,00	5,091
Fuga-Evitamento (FE)	Amostra total	7	21	13,96	3,213
	Ambulatório	9	20	13,72	2,993
	Internamento	7	21	14,20	3,464
Resolução Planeada de Problemas (RPP)	Amostra total	6	24	13,60	4,046
	Ambulatório	7	20	13,44	3,809
	Internamento	6	24	13,76	4,342
Reavaliação Positiva (RP)	Amostra total	8	26	15,50	4,311
	Ambulatório	8	26	15,60	4,796
	Internamento	9	25	15,40	3,862
Aceitar a Responsabilidade (AR)	Amostra total	3	12	7,90	2,533
	Ambulatório	3	12	7,84	2,528
	Internamento	3	12	7,96	2,599
<i>Coping</i> Confrontativo (CC)	Amostra total	8	21	13,68	3,248
	Ambulatório	8	18	13,04	2,777
	Internamento	9	21	14,32	3,602
Distanciamento (D)	Amostra total	5	20	11,26	3,250
	Ambulatório	5	17	11,00	3,317
	Internamento	5	20	11,52	3,229

À excepção da Procura de Suporte Social e da Reavaliação Positiva, as restantes estratégias de *Coping* apresentaram valores de média superiores nos doentes em regime de internamento (Tabela XXI).

As relações entre as estratégias de *Coping* foram analisadas através do coeficiente de correlação linear de Pearson.

Na amostra total (Tabela XXII), foram encontradas as seguintes correlações

- Correlação positiva fraca $R=.35$, significativa, entre Auto-Controlo (AC) e Fuga-Evitamento (FE). Os doentes deprimidos com maiores valores de Auto-Controlo apresentam tendencialmente maiores valores de Fuga-Evitamento e vice-versa.

- Correlação positiva fraca, muito significativa, entre Auto-Controlo (AC) e as estratégias Resolução Planeada de Problemas (RPP), $R=.38$ e Aceitar a Responsabilidade (AR), $R=.44$. Os doentes deprimidos com maiores valores de Auto-Controlo apresentam tendencialmente maiores valores de Resolução Planeada de Problemas e Aceitar a Responsabilidade e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.56$, muito significativa, entre Auto-Controlo (AC) e Distanciamento (D) Os doentes deprimidos com maiores valores de Auto-Controlo (AC) apresentam tendencialmente maiores valores de Distanciamento e vice-versa.
- Correlação positiva fraca $R=.40$, muito significativa, entre o Auto-Controlo (AC) e a estratégia Reavaliação Positiva (RP). Os doentes deprimidos com maiores valores de Auto-Controlo apresentam tendencialmente maiores valores de Reavaliação Positiva e vice-versa.
- Correlação positiva fraca $R=.44$, muito significativa, entre Procura de Suporte Social (PSS) e a estratégia Reavaliação Positiva (RP). Os doentes deprimidos com maiores valores de Procura de Suporte Social apresentam tendencialmente maiores valores de Reavaliação Positiva e vice-versa.
- Correlação positiva fraca, muito significativa, entre Procura de Suporte Social (PSS) e as estratégias Resolução Planeada de Problemas (RPP), $R=.40$ e *Coping* Confrontativo (CC), $R=.42$. Os doentes deprimidos com maiores valores de Procura de Suporte Social apresentam tendencialmente maiores valores de Resolução Planeada de Problemas e *Coping* Confrontativo e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.59$, muito significativa, entre Procura de Suporte Social (PSS) e Aceitar a Responsabilidade (AR). Os doentes deprimidos com maiores valores de Procura de Suporte Social apresentam tendencialmente maiores valores de Aceitar a Responsabilidade e vice-versa.
- Correlação positiva fraca $R=.33$, significativa, entre Fuga-Evitamento (FE) e Aceitar a Responsabilidade (AR). Os doentes deprimidos com maiores valores de Fuga-Evitamento apresentam tendencialmente maiores valores de Aceitar a Responsabilidade e vice-versa.
- Correlação positiva moderada, muito significativa, entre Resolução Planeada de Problemas (RPP) e as estratégias Reavaliação Positiva (RP), $R=.58$, Aceitar a Responsabilidade (AR), $R=.54$ e *Coping* Confrontativo (CC), $R=.54$. Os doentes

deprimidos com maiores valores de Resolução Planeada de Problemas apresentam tendencialmente maiores valores de Reavaliação Positiva, Aceitar a Responsabilidade e *Coping* Confrontativo e vice-versa.

- Correlação positiva moderada, muito significativa, entre Reavaliação Positiva (RP) e as estratégias Aceitar a Responsabilidade (AR) $R=.59$ e *Coping* Confrontativo (CC) $R=.59$. Os doentes deprimidos com maiores valores de Reavaliação Positiva apresentam tendencialmente maiores valores de Aceitar a Responsabilidade e *Coping* Confrontativo e vice-versa.
- Correlação positiva fraca, $R=.29$, significativa, entre Reavaliação Positiva (RP) e Distanciamento (D). Os doentes deprimidos com maiores valores de Reavaliação Positiva apresentam tendencialmente maiores valores de Distanciamento e vice-versa.
- Correlação positiva fraca, $R=.43$, muito significativa, entre Aceitar a Responsabilidade (AR) e *Coping* Confrontativo (CC). Os doentes deprimidos com maiores valores de Aceitar a Responsabilidade apresentam tendencialmente maiores valores de *Coping* Confrontativo e vice-versa.

Tabela XXII – Matriz de correlação linear das estratégias de *Coping* (N = 50).

C. Pearson	AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
AC	1							
PSS	,15	1						
FE	,34*	,15	1					
RPP	,38**	,39**	,09	1				
RP	,40**	,44**	,28	,58**	1			
AR	,44**	,59**	,33*	,54**	,59**	1		
CC	,19	,42**	,13	,541	,59**	,43**	1	
D	,55**	-,02	,26	,27	,29*	,24	,16	1

* $p<.05$ ** $p<.01$

Para os doentes em regime ambulatorio (Tabela XXIII), os valores do coeficiente de Pearson indicam que existe:

- Correlação positiva fraca, significativa, entre Auto-Controlo (AC) e as estratégias Resolução Planeada de Problemas (RPP), $R=.41$ e Reavaliação Positiva (RP), $R=.41$. Os doentes em ambulatorio com maiores valores de Auto-Controlo apresentam tendencialmente maiores valores de Resolução Planeada de Problemas e Reavaliação Positiva e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.55$, muito significativa, entre Auto-Controlo (AC) e Aceitar a Responsabilidade (AR) Os doentes em ambulatorio com maiores

valores de Auto-Controlo (AC) apresentam tendencialmente maiores valores de Aceitar a Responsabilidade e vice-versa.

- Correlação positiva fraca $R=.41$, significativa, entre Procura de Suporte Social (PSS) e Reavaliação Positiva (RP). Os doentes em ambulatório com maiores valores de Procura de Suporte Social apresentam tendencialmente maiores valores de Reavaliação Positiva e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.52$, muito significativa, entre Procura de Suporte Social (PSS) e Aceitar as Responsabilidades (AR). Os doentes em ambulatório com maiores valores de Procura de Suporte Social apresentam tendencialmente maiores valores de Aceitar as Responsabilidades e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.57$, muito significativa, entre Resolução Planeada de Problemas (RPP) e Reavaliação Positiva (RP). Os doentes em ambulatório com maiores valores de Resolução Planeada de Problemas apresentam tendencialmente maiores valores de Reavaliação Positiva e vice-versa.
- Correlação positiva fraca $R=.49$, significativa, entre Reavaliação Positiva (RP) e Aceitar as Responsabilidades (AR). Os doentes em ambulatório com maiores valores de Reavaliação Positiva apresentam tendencialmente maiores valores de Aceitar as Responsabilidades e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.52$, muito significativa, entre Reavaliação Positiva (RP) e *Coping* Confrontativo (CC). Os doentes em ambulatório com maiores valores de Reavaliação Positiva apresentam tendencialmente maiores valores de *Coping* Confrontativo e vice-versa.

Tabela XXIII – Matriz de correlação linear das estratégias de *Coping*, para os doentes em regime ambulatório (N = 25) e para os doentes em regime internamento (N=25).

C. Pearson		Internamento							
		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Ambulatório	AC	1	,15	,32	,35	,39	,34	,34	,66**
	PSS	,18	1	,26	,47*	,52**	,66**	,50*	,06
	FE	,37	-,01	1	,33	,44*	,50*	,18	,36
	RPP	,41*	,29	-,23	1	,61**	,61**	,65**	,26
	RP	,41*	,41*	,14	,57**	1	,72**	,72**	,45*
	AR	,55**	,52**	,13	,46*	,49*	1	,61**	,31
	CC	-,01	,34	,02	,39	,52**	,22	1	,33
	D	,45*	-,11	,14	,27	,18	,17	-,08	1

* $p<.05$ ** $p<.01$

Considerando os doentes em regime de internamento (Tabela XXIII), os valores do coeficiente de Pearson indicam que existe:

- Correlação positiva moderada $R=.66$, muito significativa, entre Auto-Controlo (AC) e Distanciamento (D). Os doentes internados com maiores valores de Auto-Controlo (AC) apresentam tendencialmente maiores valores de Distanciamento e vice-versa.
- Correlação positiva fraca $R=.47$, significativa, entre Procura de Suporte Social (PSS) e Resolução Planeada de Problemas (RPP). Os doentes internados com maiores valores de Procura de Suporte Social apresentam tendencialmente maiores valores de Resolução Planeada de Problemas e vice-versa.
- Correlação positiva moderada, muito significativa, entre Procura de Suporte Social (PSS) e as estratégias Reavaliação Positiva (RP), $R=.52$, Aceitar a Responsabilidade (AR), $R=.66$ e *Coping* Confrontativo (CC) $R=.50$. Os doentes internados com maiores valores de Procura de Suporte Social apresentam tendencialmente maiores valores de Reavaliação Positiva, Aceitar a Responsabilidade e *Coping* Confrontativo e vice-versa.
- Correlação positiva fraca $R=.44$, significativa, entre Fuga-Evitamento (FE) e Reavaliação Positiva (RP). Os doentes internados com maiores valores de Fuga-Evitamento apresentam tendencialmente maiores valores de Reavaliação Positiva e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.50$, significativa, entre Fuga-Evitamento (FE) e Aceitar a Responsabilidade (AR). Os doentes internados com maiores valores de Fuga-Evitamento apresentam tendencialmente maiores valores de Aceitar a Responsabilidade e vice-versa.
- Correlação positiva moderada, muito significativa, entre Resolução Planeada de Problemas (RPP) e as estratégias Reavaliação Positiva (RP) $R=.61$, Aceitar a Responsabilidade (AR) $R=.61$ e *Coping* Confrontativo (CC) $R=.65$. Os doentes internados com maiores valores de Resolução Planeada de Problemas apresentam tendencialmente maiores valores de Reavaliação Positiva, Aceitar a Responsabilidade e *Coping* Confrontativo e vice-versa.
- Correlação positiva moderada, muito significativa, entre Reavaliação Positiva (RP) e as estratégias Aceitar a Responsabilidade (AR) $R=-.72$ e *Coping* Confrontativo (CC) $R=.72$. Os doentes internados com maiores valores de Reavaliação Positiva

apresentam tendencialmente maiores valores de Aceitar a Responsabilidade e *Coping* Confrontativo e vice-versa.

- Correlação positiva fraca $R=.45$, significativa, entre Reavaliação Positiva (RP) e Distanciamento (D). Os doentes internados com maiores valores de Reavaliação Positiva apresentam tendencialmente maiores valores de Distanciamento e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.61$, muito significativa, entre Aceitar a Responsabilidade (AR) e *Coping* Confrontativo (CC). Os doentes internados com maiores valores de Aceitar a Responsabilidade apresentam tendencialmente maiores valores de *Coping* Confrontativo e vice-versa.

4.1.4 - Relação entre as características sócio-demográficas e as estratégias de Coping

A existência de relações entre as estratégias de *Coping* e as características sócio-demográficas de natureza quantitativa (I-Idade, NF- N° de Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório; NI- N° de Internamentos Anteriores) foi averiguada com base no estudo da correlação linear de Pearson.

De acordo com os valores do coeficiente de Pearson obtidos para a amostra total (Tabela XXIV), existem correlações negativas fracas, significativas, entre o N° Internamentos Anteriores (NI) e as estratégias Resolução Planeada de Problemas (RPP) $R=-.48$ e Aceitar a Responsabilidade (AR) $R=-.40$. Os doentes deprimidos com maior N° Internamentos Anteriores são os que, de um modo geral, têm menores valores de Resolução Planeada de Problemas e Aceitar a Responsabilidade.

Existem também correlações negativas fracas, significativas, entre o N° Filhos (NF) e a Estratégia Procura de Suporte Social (PSS) $R=-0,32$. Os doentes deprimidos com maior N° Filhos são os que, de um modo geral, têm menores valores de Estratégia Procura de Suporte Social.

Relativamente às restantes características sócio-demográficas de natureza quantitativa (I-Idade, NF- N° de Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório), não foram encontradas correlações lineares significativas entre as mesmas e as estratégias de *Coping*.

Tabela XXIV – Matriz de correlação linear das estratégias de *Coping* e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório, NI- N° Internamentos Anteriores) para a amostra total.

C. Pearson	AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
I	,09	,08	-,19	,26	-,06	,03	,08	-,03
NF	-,16	-,32*	-,13	-,13	-,11	-,17	-,20	-,04
TI	,23	,19	,00	-,12	-,19	,02	-,13	-,04
TA	,18	,144	,10	,26	,10	,25	-,09	-,11
NI	-,30	-,31	-,21	-,48*	-,24	-,40*	-,29	-,16

*p<0,05 **p<0,01

Nos doentes em regime ambulatório (Tabela XXV) apenas foi encontrada uma correlação positiva $R=-,47$, significativa, entre a Idade (I) e a Resolução Planeada de Problemas (RPP), que se traduz na tendência dos doentes com maior Idade apresentarem maior Resolução Planeada de Problemas.

Tabela XXV – Matriz de correlação linear das estratégias de *Coping* e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório, NI- N° Internamentos Anteriores) para os doentes em regime ambulatório (N = 25).

		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D	
Ambulatório	I	C. Pearson	,14	-,03	-,17	,47*	,07	,21	,11	-,05
		N	25	25	25	25	25	25	25	25
	NF	C. Pearson	-,04	-,15	,18	,04	,07	,04	-,21	,07
		N	20	20	20	20	20	20	20	20
	TA	C. Pearson	,18	,14	,10	,26	,10	,25	-,09	-,11
		N	25	25	25	25	25	25	25	25
	NI	C. Pearson	-,34	,32	-,01	-,40	,41	,37	,14	,07
		N	7	7	7	7	7	7	7	7

*p<0,05 **p<0,01

Nos doentes em regime de internamento (Tabela XXVI):

- Existe uma correlação negativa moderada $R=-,60$, muito significativa, entre o N° Filhos (NF) e a Procura de Suporte Social (PSS). Os doentes internados com menor N° Filhos tendem a apresentar maior Procura de Suporte Social.
- Existe uma correlação negativa fraca, significativa, entre N° Filhos (NF) e as estratégias Fuga-Evitamento (FE), $R=-,56$ e Aceitar a Responsabilidade (AR), $R=-,53$. Os doentes internados com menor N° Filhos tendem a apresentar maior valor de Fuga-Evitamento e Aceitar a Responsabilidade.
- Existe uma correlação negativa fraca, significativa, entre N° Internamentos Anteriores (NI) e as estratégias Resolução Planeada de Problemas (RPP), $R=-,49$ e Aceitar a Responsabilidade (AR) $R=-,50$. Os doentes internados com menor N°

Internamentos Anteriores tendem a apresentar maior valor de Resolução Planeada de Problemas e Aceitar a Responsabilidade.

Tabela XXVI – Matriz de correlação linear das estratégias de *Coping* e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- Nº Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório, NI- Nº Internamentos Anteriores) para os doentes em regime de internamento.

C. Pearson		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Internamento	I	,06	,12	-,20	,10	-,24	-,15	,12	,01
	NF	-,32	-,61**	-,56*	-,33	-,45	-,53*	-,15	-,16
	TI	,23	,19	,00	-,12	-,19	,02	-,13	-,04
	NI	-,29	-,43	-,26	-,49*	-,42	-,50*	-,38	-,26

*p<0,05 **p<0,01

A fim de investigar a existência de relações entre as estratégias de *Coping* e as características sócio-demográficas de natureza ordinal (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) recorreu-se ao coeficiente de correlação linear de Spearman.

Com base nos valores do coeficiente de correlação de Spearman para a amostra total R=.34 e para os doentes em ambulatório R=.43 (Tabelas XXVII e XXVIII), o Distanciamento (D) está correlacionado de forma positiva fraca, significativa, com as Habilitações Literárias (HL). Os doentes com um maiores Habilitações Literárias tendem a apresentar maior Distanciamento e vice-versa.

Tabela XXVII – Matriz de correlação linear das estratégias de *Coping* e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para a amostra total.

Coef. Spearman	AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
HL	,06	-,01	,09	,09	,16	,26	-,01	,34*
RLM	,14	-,04	-,19	,24	,24	,24	,16	,14
FAR	,06	,11	,02	,06	,08	,03	-,02	-,05
TD	,06	,10	,03	,12	-,13	,07	,11	-,06

*p<0,05 **p<0,01

Tabela XXVIII- Matriz de correlação linear das estratégias de *Coping* e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para os doentes em regime ambulatório.

Coef. Spearman		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Ambulatório	HL	-,09	-,14	-,19	,07	-,06	-,02	-,15	,43*
	RLM	-,09	-,06	-,31	,35	,32	,32	,15	-,07
	FAR	-,11	-,08	-,08	-,01	-,21	-,32	-,24	-,1
	TD	,16	,20	,04	,17	-,18	,15	-,20	-,27

*p<0,05 **p<0,01

Nos doentes internados (Tabela XXIX), as Habilitações Literárias (HL) estão correlacionadas de forma positiva fraca, significativa, com a Reavaliação Positiva (RP) $R=.46$ e correlacionadas de forma positiva moderada, muito significativa, com Aceitar a Responsabilidade (AR) $R=.53$. Os doentes internados com um maiores Habilitações Literárias tendem a apresentar maiores valores de Reavaliação Positiva e Aceitar a Responsabilidade e vice-versa.

Tabela XXIX – Matriz de correlação linear das estratégias de *Coping* e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para os doentes em regime de internamento.

Coef. Spearman		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Internamento	HL	,20	,14	,31	,07	,46*	,53**	,07	,23
	RLM	,25	,00	-,20	,12	,17	,20	,11	,22
	FAR	,17	,35	,04	,14	,39	,34	,05	,02
	TD	-,02	,04	,02	,06	-,08	-,06	,31	,12

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

A análise das estratégias de *Coping* em função do Género dos doentes foi desenvolvida através do Teste de Mann-Whitney.

Quer para a amostra total quer para os doentes em regime ambulatorio quer para os doentes em regime de internamento (Tabela XXX), o Teste de Mann-Whitney não detectou diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *Coping* entre géneros.

Tabela XXX – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (p) resultantes da comparação das estratégias de *Coping* em função do Género.

		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Amostra Total	Mann-Whitney U	192,00	171,00	179,50	144,00	185,00	208,00	185,50	194,00
	Significância (p)	,60	,31	,41	,10	,49	,88	,49	,63
Ambulatório	Mann-Whitney U	8,50	20,00	9,50	20,00	16,00	18,00	22,00	20,00
	Significância (p)	,14	,76	,17	,76	,48	,61	,92	,76
Internamento	Mann-Whitney U	49,00	43,00	62,50	39,00	66,50	62,50	62,50	63,00
	Significância (p)	,19	,10	,59	,06	,75	,59	,59	,61

A fim de determinar a influência do Estado Civil nas estratégias de *Coping* recorreu-se ao Teste de Kruskal-Wallis.

Os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em ambulatorio e para os doentes em internamento (Tabela XXXI), não revelam diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *Coping* em função do estado civil.

Tabela XXXI – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis: Estatística do teste, graus de liberdade e valor de significância (*p*) resultantes da comparação das estratégias de *Coping* em função do Estado Civil.

		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Amostra Total	Qui-Quadrado	1,02	1,29	,82	2,90	2,33	1,53	5,31	,66
	Graus de Liberdade	3	3	3	3	3	3	3	3
	Significância (<i>p</i>)	,80	,73	,84	,41	,51	,68	,15	,88
Ambulatório	Qui-Quadrado	2,59	,58	3,40	5,11	3,04	,79	1,15	2,74
	Graus de Liberdade	3	3	3	3	3	3	3	3
	Significância (<i>p</i>)	,46	,90	,33	,16	,39	,85	,77	,43
Internamento	Qui-Quadrado	,28	1,82	1,78	,57	3,77	1,08	4,87	,59
	Graus de Liberdade	3	3	3	3	3	3	3	3
	Significância (<i>p</i>)	,96	,61	,62	,90	,29	,78	,18	,90

A influência da variável Filhos (ter ou não filhos) nas estratégias de *Coping* foi estudada através do Teste de Mann-Whitney.

Os resultados para a amostra total (Tabelas XXXII.A e XXII.B) indicam que, os valores médios (Médias das Ordens) de Distanciamento (D) diferem de forma significativa, entre os doentes que têm e não têm filhos. Os doentes que têm filhos apresentam um valor médio de Distanciamento superior (27,69) ao dos doentes que não têm filhos (17,73).

Para as restantes estratégias de *Coping* não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela XXXII.A – Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação das estratégias de *Coping* em função de ter ou não filhos.

		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Amostra Total	Mann-Whitney U	188,00	203,00	169,00	214,50	152,00	204,00	185,50	129,00
	Significância (<i>p</i>)	,53	,79	,28	1,00	,14	,80	,49	,04
Ambulatório	Mann-Whitney U	46,00	49,50	47,00	39,00	36,50	45,50	49,50	30,50
	Significância (<i>p</i>)	,78	,97	,84	,45	,36	,76	,97	,18
Internamento	Mann-Whitney U	40,50	49,50	37,50	52,50	40,50	47,50	42,00	37,50
	Significância (<i>p</i>)	,29	,63	,21	,77	,29	,54	,34	,21

Tabela XXXII.B – Resultados do Teste U de Mann-Whitney II: Média das Ordens e Soma das Ordens das estratégias de *Coping* em função de ter ou não filhos.

	Tem Filhos	N	Média das Ordens	Soma das Ordens
Auto-Controlo (AC)	Sim	39	26,18	1021,00
	Não	11	23,09	254,00
Procura de Suporte Social (PSS)	Sim	39	25,21	983,00
	Não	11	26,55	292,00
Fuga-Evitamento (FE)	Sim	39	24,33	949,00
	Não	11	29,64	326,00
Resolução Planeada de Problemas (RPP)	Sim	39	25,50	994,50
	Não	11	25,50	280,50
Reavaliação Positiva (RP)	Sim	39	27,10	1057,00
	Não	11	19,82	218,00
Aceitar a Responsabilidade (AR)	Sim	39	25,23	984,00
	Não	11	26,45	291,00
<i>Coping</i> Confrontativo (CC)	Sim	39	26,24	1023,50
	Não	11	22,86	251,50
Distanciamento (D)	Sim	39	27,69	1080,00
	Não	11	17,73	195,00

A comparação das estratégias de *Coping* em função da Situação Profissional dos doentes foi efectuada com recurso ao Teste de Kruskal-Wallis.

Os resultados para os doentes em regime de internamento (Tabelas XXXIII.A e XXXIII.B) evidenciam a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre os valores médios (Médias das Ordens) da Procura de Suporte Social Escala de Satisfação com o Suporte Social e suas subescalas, em função da situação profissional. Os doentes desempregados apresentam o menor valor médio de Procura de Suporte Social (8,21) e os doentes reformados apresentam o maior.

Tabela XXXIII.A – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis I: Estatística do teste, graus de liberdade e valor de significância (*p*) resultantes da comparação das estratégias de *Coping* em função da Situação Profissional.

	AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D	
Amostra Total	Qui-Quadrado	,11	4,06	,05	3,63	,68	,96	,14	5,88
	Graus de Liberdade	2	2	2	2	2	2	2	2
	Significância (<i>p</i>)	,95	,13	,98	,16	,71	,62	,93	,05
Ambulatório	Qui-Quadrado	,21	,46	,41	2,10	1,95	1,89	,07	2,06
	Graus de Liberdade	2	2	2	2	2	2	2	2
	Significância (<i>p</i>)	,90	,80	,82	,35	,38	,39	,97	,36
Internamento	Qui-Quadrado	,39	6,17	,49	1,98	,63	,03	,38	4,25
	Graus de Liberdade	2	2	2	2	2	2	2	2
	Significância (<i>p</i>)	,82	,05	,78	,37	,73	,99	,83	,12

Tabela XXXIII.B – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis II: Média das Ordens das estratégias de *Coping* em função da Situação Profissional.

		Situação Profissional	N	Média das Ordens
Internamento	Auto-Controlo (AC)	Empregado	12	12,96
		Desempregado	7	14,21
		Reformado	6	11,67
	Procura de Suporte Social (PSS)	Empregado	12	13,13
		Desempregado	7	8,21
		Reformado	6	18,33
	Fuga-Evitamento (FE)	Empregado	12	11,96
		Desempregado	7	13,71
		Reformado	6	14,25
	Resolução Planeada de Problemas (RPP)	Empregado	12	12,25
		Desempregado	7	11,21
		Reformado	6	16,58
	Reavaliação Positiva (RP)	Empregado	12	13,38
		Desempregado	7	14,07
		Reformado	6	11,00
	Aceitar a Responsabilidade (AR)	Empregado	12	12,96
		Desempregado	7	12,71
		Reformado	6	13,42
	<i>Coping</i> Confrontativo (CC)	Empregado	12	12,54
		Desempregado	7	14,43
		Reformado	6	12,25
	Distanciamento (D)	Empregado	12	12,00
		Desempregado	7	17,57
		Reformado	6	9,67

Com o intuito de averiguar se o Abandono Laboral devido à Doença interfere nas estratégias de *Coping* procedeu-se ao Teste de Mann-Whitney.

Os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes internados (Tabela XXXIV) demonstram que não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *Coping*, entre os doentes que abandonaram e os que não abandonaram o seu trabalho devido à doença.

Tabela XXXIV – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação das estratégias de *Coping* em função de ter ou não abandonado o trabalho devido à doença.

		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Amostra Total	Mann-Whitney U	70,50	83,00	82,50	56,50	57,00	82,00	78,00	64,00
	Significância (<i>p</i>)	,23	,55	,53	,07	,07	,51	,40	,14
Ambulatório	Mann-Whitney U	16,00	22,50	22,50	18,50	12,50	25,00	19,50	18,50
	Significância (<i>p</i>)	,16	,52	,52	,27	,07	,73	,31	,27
Internamento	Mann-Whitney U	15,00	8,00	9,50	8,00	15,00	10,00	18,00	9,50
	Significância (<i>p</i>)	,64	,12	,19	,12	,64	,21	1,00	,18

Para determinar a influência da Satisfação/Insatisfação com o Trabalho nas estratégias de *Coping*, utilizou-se o Teste de Mann-Whitney.

Os resultados para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes internados (Tabela XXXV) apontam para inexistência de diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *Coping*, em função da satisfação ou insatisfação com o trabalho.

Tabela XXXV – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação das estratégias de *Coping* em função da Satisfação/ Insatisfação com o trabalho.

		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Amostra Total	Mann-Whitney U	56,50	41,50	53,50	50,50	53,00	50,50	46,50	45,50
	Significância (<i>p</i>)	,82	,22	,67	,53	,64	,53	,37	,34
Ambulatório	Mann-Whitney U	11,00	6,00	8,50	11,50	12,00	9,50	6,50	8,50
	Significância (<i>p</i>)	,83	,20	,45	,92	1,00	,59	,23	,45
Internamento	Mann-Whitney U	16,50	16,00	17,50	14,00	14,00	15,50	15,50	14,00
	Significância (<i>p</i>)	,81	,75	,94	,52	,52	,69	,69	,58

A análise das estratégias de *Coping* em função dos doentes considerarem ou não que o trabalho os ajuda a recuperar da doença, foi realizada com recurso ao Teste de Mann-Whitney.

Os resultados para os doentes em regime ambulatorio (Tabela XXXVI) indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *Coping*, entre os doentes que consideram e os que não consideram que o trabalho os ajuda a recuperar.

Tabela XXXVI – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação das estratégias de *Coping* em função do trabalho ser ou não uma ajuda na recuperação da doença.

		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Amostra Total	Mann-Whitney U	26,50	42,50	44,50	35,00	45,50	44,00	47,50	35,50
	Significância (<i>p</i>)	,06	,49	,58	,22	,64	,56	,74	,23
Ambulatório	Mann-Whitney U	2,50	7,00	7,00	5,50	7,00	7,50	7,50	6,50
	Significância (<i>p</i>)	,15	,79	,79	,51	,79	,90	,89	,69
Internamento	Mann-Whitney U	8,00	13,50	11,50	9,00	11,00	12,50	14,00	8,50
	Significância (<i>p</i>)	,20	,78	,52	,27	,46	,64	,85	,23

A comparação das estratégias de *Coping* em função da Religiosidade dos doentes foi realizada através do Teste de Mann-Whitney.

Os resultados obtidos para a amostra total (Tabelas XXXVII.A e XXXVII.B) revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre os valores médios (Médias das Ordens) da estratégia de Fuga-Evitamento (FE), em função da religiosidade dos doentes. Os doentes religiosos apresentam um valor médio menor (22,93) de Fuga-Evitamento relativamente aos doentes não religiosos (32,81).

Tabela XXXVII.A – Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação das estratégias de *Coping* em função da religiosidade dos doentes.

		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Amostra Total	Mann-Whitney U	231,50	199,00	145,50	218,50	185,50	240,00	214,50	192,00
	Significância (<i>p</i>)	,84	,36	,04	,63	,22	,99	,56	,28
Ambulatório	Mann-Whitney U	17,00	41,00	20,00	53,00	51,00	39,00	56,00	20,50
	Significância (<i>p</i>)	,01	,31	,02	,80	,70	,25	,95	,02
Internamento	Mann-Whitney U	28,00	31,00	51,00	55,00	27,50	46,00	46,00	51,00
	Significância (<i>p</i>)	,03	,05	,46	,63	,03	,30	,30	,46

Tabela XXXVII.B – Resultados do Teste U de Mann-Whitney II: Média das Ordens e Soma das Ordens das estratégias de *Coping* em função da religiosidade dos doentes da amostra total.

		Tem alguma crença ou religião	N	Média das Ordens	Soma das Ordens
Amostra Total	Auto-Controlo (AC)	Sim	37	25,26	934,50
		Não	13	26,19	340,50
	Procura de Suporte Social (PSS)	Sim	37	26,62	985,00
		Não	13	22,31	290,00
	Fuga-Evitamento (FE)	Sim	37	22,93	848,50
		Não	13	32,81	426,50
	Resolução Planeada de Problemas (RPP)	Sim	37	26,09	965,50
		Não	13	23,81	309,50
	Reavaliação Positiva (RP)	Sim	37	26,99	998,50
		Não	13	21,27	276,50
	Aceitar a Responsabilidade (AR)	Sim	37	25,49	943,00
		Não	13	25,54	332,00
	Coping Confrontativo (CC)	Sim	37	26,20	969,50
		Não	13	23,50	305,50
Distanciamento (D)	Sim	37	24,19	895,00	
	Não	13	29,23	380,00	

Nos doentes em ambulatório (Tabelas XXXVII.A e XXXVII.C) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre os valores médios (Médias das Ordens) das estratégias de Auto-Controlo (AC) e de Fuga-Evitamento (FE), em função da religiosidade dos doentes. Os doentes em regime ambulatório não religiosos têm valores médios de Auto-Controlo (19,67) e de Fuga-Evitamento (19,17) superiores aos dos doentes religiosos (AC-10,89 e FE-11,05).

Para os doentes em regime de internamento (Tabelas XXXVII.A e XXXVII.C), determinaram-se diferenças estatisticamente significativas, entre os valores médios (Médias das Ordens) das estratégias de Auto-Controlo (AC) e de Reavaliação Positiva (RP), em função da religiosidade dos doentes. Os doentes internados que são religiosos apresentam valores médios de Auto-Controlo (14,94) e de Reavaliação Positiva (14,97) superiores aos valores médios dos doentes internados que não são religiosos (AC-8,00 e RP-7,93).

Tabela XXXVII.C – Resultados do Teste U de Mann-Whitney II: Média das Ordens e Soma das Ordens das estratégias de *Coping* em função da religiosidade dos doentes em regime ambulatorio e em regime de internamento.

		Tem alguma crença ou religião	N	Média das Ordens	Soma das Ordens
Internamento	Auto-Controlo (AC)	Sim	18	14,94	269,00
		Não	7	8,00	56,00
	Procura de Suporte Social (PSS)	Sim	18	14,78	266,00
		Não	7	8,43	59,00
	Fuga-Evitamento (FE)	Sim	18	12,33	222,00
		Não	7	14,71	103,00
	Resolução Planeada de Problemas (RPP)	Sim	18	13,44	242,00
		Não	7	11,86	83,00
	Reavaliação Positiva (RP)	Sim	18	14,97	269,50
		Não	7	7,93	55,50
	Aceitar a Responsabilidade (AR)	Sim	18	13,94	251,00
		Não	7	10,57	74,00
	Coping Confrontativo (CC)	Sim	18	13,94	251,00
		Não	7	10,57	74,00
Distanciamento (D)	Sim	18	13,67	246,00	
	Não	7	11,29	79,00	
Ambulatorio	Auto-Controlo (AC)	Sim	19	10,89	207,00
		Não	6	19,67	118,00
	Procura de Suporte Social (PSS)	Sim	19	12,16	231,00
		Não	6	15,67	94,00
	Fuga-Evitamento (FE)	Sim	19	11,05	210,00
		Não	6	19,17	115,00
	Resolução Planeada de Problemas (RPP)	Sim	19	13,21	251,00
		Não	6	12,33	74,00
	Reavaliação Positiva (RP)	Sim	19	12,68	241,00
		Não	6	14,00	84,00
	Aceitar a Responsabilidade (AR)	Sim	19	12,05	229,00
		Não	6	16,00	96,00
	Coping Confrontativo (CC)	Sim	19	12,95	246,00
		Não	6	13,17	79,00
Distanciamento (D)	Sim	19	11,08	210,50	
	Não	6	19,08	114,50	

A análise das estratégias de *Coping* em indivíduos que procuram e indivíduos que não procuram ajuda espiritual quando se sentem doentes baseou-se na aplicação do Teste de Mann-Whitney.

Os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em regime ambulatorio e para os doentes em regime de internamento (Tabela XXXVIII) não revelam a existência de

diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *Coping*, entre indivíduos que procuram e indivíduos que não procuram ajuda espiritual quando se sentem doentes.

Tabela XXXVIII – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação das estratégias de *Coping* entre indivíduos que procuram e que não procuram ajuda espiritual quando se sentem doentes.

		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Amostra Total	Mann-Whitney U	278,50	283,00	270,50	283,50	239,00	287,00	258,50	286,50
	Significância (<i>p</i>)	,61	,67	,50	,68	,20	,73	,36	,72
Ambulatório	Mann-Whitney U	46,00	69,50	67,50	63,50	67,50	54,00	67,50	51,00
	Significância (<i>p</i>)	,14	,89	,80	,63	,80	,30	,80	,23
Internamento	Mann-Whitney U	66,00	67,00	69,00	73,00	47,50	69,50	63,00	68,50
	Significância (<i>p</i>)	,51	,55	,62	,79	,10	,64	,41	,60

A influência do Regime de Tratamento nas estratégias de *Coping* foi analisada através do Teste de Mann-Whitney.

Os resultados para a amostra total (Tabela XXXIX) indicam que, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *Coping* em função do regime de tratamento.

Tabela XXXIX – Resultados do Teste U de Mann-Whitney : Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação das estratégias de *Coping* em função do Regime de Tratamento.

		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Amostra Total	Mann-Whitney U	300,00	263,00	283,00	292,50	308,50	307,00	252,00	295,50
	Significância (<i>p</i>)	,81	,34	,57	,70	,94	,91	,24	,74

A fim de averiguar se a ocorrência de Internamentos Anteriores tem alguma influência nas estratégias de *Coping* aplicou-se o Teste de Mann-Whitney.

De acordo com os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes internados (Tabela XL), não existem diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *Coping*, entre doentes que tiveram e doentes que não tiveram internamentos anteriores.

Tabela XL – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação das estratégias de *Coping* entre doentes que tiveram e doentes que não tiveram internamentos anteriores

		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Amostra Total	Mann-Whitney U	280,50	283,50	296,50	243,00	277,50	284,50	245,50	288,50
	Significância (<i>p</i>)	,53	,57	,76	,18	,50	,58	,19	,64
Ambulatório	Mann-Whitney U	61,50	57,00	55,00	39,50	39,50	52,50	54,00	52,50
	Significância (<i>p</i>)	,93	,72	,63	,15	,15	,52	,58	,52
Internamento	Mann-Whitney U	44,50	46,50	56,50	54,00	55,00	60,50	50,50	56,50
	Significância (<i>p</i>)	,26	,32	,69	,58	,63	,88	,45	,69

4.1.5 - Relação entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social e as Estratégias de *Coping*

As relações entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), as suas subescalas e as estratégias de *Coping* foram estudadas através do coeficiente de correlação linear de Pearson.

Na amostra total (Tabela XLI), apenas a subescala Intimidade (IN) surge significativamente correlacionada $R=.30$, de forma positiva fraca, com a estratégia Distanciamento (D). Os doentes deprimidos com maiores valores de Intimidade tendem a apresentar menores valores de Distanciamento e vice-versa.

Para os doentes em regime ambulatorio (Tabela XLII) não foram encontradas correlações significativas, entre as estratégias de *Coping*, a Escala de Satisfação com o Suporte Social e as suas subescalas.

Nos doentes em regime de internamento (Tabela XLIII), a subescala de Satisfação com Amigos está correlacionada de forma positiva fraca, significativa, com as estratégias de Resolução Planeada de Problemas (RPP), $R=.44$ e de Reavaliação Positiva (RP), $R=.45$. Os doentes internados com maior Satisfação com Amigos tendem a apresentar maior Resolução Planeada de Problemas e Reavaliação Positiva e vice-versa.

Tabela XLI – Matriz de correlação linear das estratégias de *Coping*, com a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas para a amostra total.

C. Pearson	AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
ESSS	,02	,06	-,08	,14	,15	-,05	,09	,17
SA	,01	,09	-,09	,18	,11	-,04	,04	,08
IN	,09	,06	,03	,05	,15	,13	,05	,30*
SF	-,18	-,07	-,05	-,01	,09	-,22	-,03	-,14
AS	,16	,07	-,09	,14	,06	,05	,21	,27

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tabela XLII – Matriz de correlação linear das estratégias de *Coping*, com a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas, para os doentes em regime ambulatorio.

C. Pearson	AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D	
Ambulatorio	ESSS	-,11	-,12	-,00	-,10	-,01	-,26	-,15	,15
	SA	-,16	-,28	-,25	-,14	-,24	-,34	-,28	-,08
	IN	,15	,16	,18	-,06	,10	,17	-,27	,32
	SF	-,18	-,12	,15	-,19	,20	-,27	,25	-,08
	AS	-,04	,03	,02	,21	,03	-,08	,07	,27

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tabela XLIII – Matriz de correlação linear das estratégias de *Coping*, com a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas, para os doentes em regime de internamento.

C. Pearson		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Internamento	ESSS	,11	,11	-,10	,30	,30	,09	,28	,23
	SA	,15	,24	,04	,44*	,45*	,20	,34	,26
	IN	,05	,00	-,06	,14	,20	,09	,28	,31
	SF	-,17	-,10	-,14	,11	-,01	-,19	-,09	-,16
	AS	,35	,12	-,20	,08	,11	,16	,27	,25

*p<0,05 **p<0,01

4.1.6 - Resultados no Bem-Estar Subjectivo e suas componentes

Os valores do Bem-Estar Subjectivo (Tabela XLIV) variaram entre -4,55 (internamento) e 7,35 (internamento). Os doentes em regime ambulatorio apresentaram uma média superior (0,10) à dos doentes em regime de internamento (-0,10).

Na componente de Afectividade Positiva (PA), registaram-se valores entre 15 (ambulatorio) e 47 (internamento), com média 28,36 e desvio padrão 8,290. A média dos doentes em regime de internamento (28,92) foi superior à média dos doentes em ambulatorio (27,80).

A componente de Afectividade Negativa (NA) apresentou um mínimo de 15 (internamento) e um máximo de 50 (internamento), uma média de 31,18 e um desvio padrão de 8,361. Para os doentes em regime de internamento foi determinado um valor de média (31,68) superior ao dos doentes em regime em ambulatorio (30,68).

Na Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) obteve-se um valor mínimo de 5 (ambulatorio e internamento) e um valor máximo de 25 (internamento), com média de 11,34 e desvio padrão de 4,158. Para os doentes em ambulatorio foi encontrada uma média (11,80) superior à dos doentes em regime de internamento (10,88).

Tabela XLIV - Valores mínimo, máximo, média e desvio padrão do Bem-Estar Subjectivo e das suas componentes.

		Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Bem-Estar Subjectivo (BES)	Amostra total (N = 50)	-4,55	7,35	0,00	2,004
	Ambulatório (N = 25)	-2,26	3,02	0,10	1,394
	Internamento (N = 25)	-4,55	7,35	- 0,10	2,497
Afectividade Positiva (PA)	Amostra total (N = 50)	15	47	28,36	8,290
	Ambulatório (N = 25)	15	42	27,80	7,810
	Internamento (N = 25)	16	47	28,92	8,869
Afectividade Negativa (AN)	Amostra total (N = 50)	15	50	31,18	8,361
	Ambulatório (N = 25)	21	48	30,68	7,931
	Internamento (N = 25)	15	50	31,68	8,906
Satisfação com a Vida (SWLS)	Amostra total (N = 50)	5	25	11,34	4,158
	Ambulatório (N = 25)	5	22	11,80	3,958
	Internamento (N = 25)	5	25	10,88	4,381

A relação entre o Bem-Estar Subjectivo (BES) e as suas componentes, foi estudada através do coeficiente de correlação linear de Pearson.

Na amostra total (Tabela XLV), foram encontradas correlações muito significativas entre o Bem-Estar Subjectivo (BES) e as suas componentes. As correlações são positivas moderadas entre o Bem-Estar Subjectivo (BES) e as componentes Afectividade Positiva (PA), $R=,72$ e Satisfação com a Vida (SWLS), $R=,73$. Os doentes deprimidos com maiores valores de Afectividade Positiva e Satisfação com a Vida apresentam tendencialmente maiores valores de Bem-Estar Subjectivo e vice-versa.

Entre o Bem-Estar Subjectivo (BES) e a Afectividade Negativa (NA) existe uma correlação negativa moderada $R=-,56$. Os doentes deprimidos com maiores valores de Afectividade Negativa apresentam tendencialmente menores valores de Bem-Estar Subjectivo e vice-versa.

Entre as componentes Afectividade Positiva (PA) e Satisfação com a Vida (SWLS) foi ainda detectada uma correlação positiva fraca $R=,40$ muito significativa.

Tabela XLV- Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e das suas componentes para a amostra total.

C. Pearson	BES	PA	NA	SWLS
BES	1			
PA	,72**	1		
NA	-,56**	-,04	1	
SWLS	,73**	,40**	-,07	1

* $p<,05$ ** $p<,01$

De acordo com os valores do coeficiente de Pearson, nos doentes em regime ambulatório (Tabela XLVI) foram determinadas correlações positivas moderadas, entre o

Bem-Estar Subjectivo (BES) e as componentes Afectividade Positiva (PA), $R=.64$ e Satisfação com a Vida (SWLS), $R=.58$. Os doentes em ambulatório com maiores valores de Afectividade Positiva e Satisfação com a Vida apresentam tendencialmente maiores valores de Bem-Estar Subjectivo e vice-versa.

Tabela XLVI – Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e das suas componentes para os doentes em regime ambulatório e em regime internamento.

C. Pearson		Internamento			
		BES	PA	NA	SWLS
Ambulatório	BES	1	,79**	-,72**	,84**
	PA	,64**	1	-,28	,57**
	NA	-,26	,25	1	-,41*
	SWLS	,57**	,20	,36	1

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Considerando os doentes em regime de internamento (Tabela XLVI), os valores do coeficiente de Pearson indicam que existe:

- Correlação positiva moderada, $R=.79$, muito significativa, entre o Bem-Estar Subjectivo (BES) e a Afectividade Positiva (PA). Os doentes internados com maiores valores de Afectividade Positiva tendem a apresentar maiores valores de Bem-Estar Subjectivo e vice-versa.
- Correlação positiva forte, $R=.84$, muito significativa, entre o Bem-Estar Subjectivo (BES) e a Satisfação com a Vida (SWLS). Os doentes internados com maiores valores de Satisfação com a Vida tendem a apresentar maiores valores de Bem-Estar Subjectivo e vice-versa.
- Correlação negativa moderada $R=-.72$, muito significativa, entre o Bem-Estar Subjectivo (BES) e a Afectividade Negativa (NA). Os doentes internados com maiores valores de Afectividade Negativa tendem a apresentar menores valores de Bem-Estar Subjectivo e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.57$, muito significativa, entre a Afectividade Positiva (PA) a Satisfação com a Vida (SWLS). Os doentes internados com maiores valores de Afectividade Positiva tendem a apresentar maiores valores de Satisfação com a Vida e vice-versa.

- Correlação negativa fraca $R = -.41$, significativa, entre a Afectividade Negativa e a Satisfação com a Vida (SWLS). Os doentes internados com maiores valores de Afectividade Negativa tendem a apresentar menores valores de Satisfação com a Vida e vice-versa.

4.1.7 - Relação entre as características sócio-demográficas e o Bem-Estar Subjectivo

A existência de relações entre Bem-Estar Subjectivo (BES), as suas componentes e as características sócio-demográficas de natureza quantitativa (I-Idade, NF- N° de Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório; NI- N° de Internamentos Anteriores) foi averiguada com base no estudo da correlação linear de Pearson.

De acordo com os valores do coeficiente de Pearson obtidos para a amostra total (Tabela XLVII), apenas existe uma correlação negativa fraca $R = -.40$, significativa, entre o N° Internamentos Anteriores (NI) e a Afectividade Positiva (PA). Os doentes deprimidos com maior N° Internamentos Anteriores são os que, de um modo geral, têm menores valores de Afectividade Positiva.

Tabela XLVII – Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo, das suas componentes e características sócio-demográficas (I-Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório, NI- N° Internamentos Anteriores) para a amostra total.

C. Pearson	BES	PA	NA	SWLS
I	,03	,02	-,07	-,02
NF	-,05	-,10	-,05	-,04
TI	,02	-,16	-,17	,03
TA	-,04	-,10	-,15	-,11
NI	-,34	-,40*	,11	-,22

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Quer para os doentes em ambulatório (Tabela XLVIII) quer para os doentes em regime de internamento (Tabela XLIX) não foram encontradas correlações lineares significativas, entre as características sócio-demográficas de natureza quantitativa (I-Idade, NF- N° de Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório), o Bem-Estar Subjectivo (BES) e as suas componentes.

Tabela XLVIII – Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo, das suas componentes e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório, NI- N° Internamentos Anteriores) para os doentes em ambulatório .

		BES	PA	NA	SWLS	
Ambulatório	I	C. Pearson	,22	,17	-,26	-,11
		N	25	25	25	25
	NF	C. Pearson	-,14	-,19	-,08	-,08
		N	20	20	20	20
	TA	C. Pearson	-,04	-,10	-,15	-,11
		N	25	25	25	25
	NI	C. Pearson	-,52	-,48	-,50	-,47
		N	7	7	7	7

*p<0,05 **p<0,01

Tabela XLIX – Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo, das suas componentes e características sócio-demográficas (I- Idade, NF- N° Filhos, TI- Tempo de Internamento, TA- Tempo de Ambulatório, NI- N° Internamentos Anteriores) para os doentes em regime de internamento.

		BES	PA	NA	SWLS	
Internamento	I	C. Pearson	-,08	-,10	,12	,03
		N	25	25	25	25
	NF	C. Pearson	-,01	,05	,04	-,04
		N	19	19	19	19
	TI	C. Pearson	,02	-,16	-,17	,03
		N	25	25	25	25
	NI	C. Pearson	-,31	-,41	,20	-,17
		N	18	18	18	18

*p<0,05 **p<0,01

A fim de investigar a existência de relações entre Bem-Estar Subjectivo (BES), as suas componentes e as características sócio-demográficas de natureza ordinal (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) recorreu-se ao coeficiente de correlação linear de Spearman.

Com base nos valores do coeficiente de correlação de Spearman para a amostra total (Tabela L), a Satisfação com a Vida (SWLS) está correlacionada de forma negativa fraca $R=-.37$, muito significativa, com o Tempo de Diagnóstico (TD). Os doentes deprimidos com um maior Tempo de Diagnóstico tendem a apresentar menor Satisfação com a Vida e vice-versa. Entre o Bem-Estar Subjectivo (BES) e o Tempo de Diagnóstico (TD) existe igualmente uma correlação negativa fraca $R=-.36$, mas significativa. Os doentes deprimidos com maior Tempo de Diagnóstico são os que, de um modo geral, apresentam menor Bem-Estar Subjectivo e vice-versa.

Tabela L – Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo, das suas componentes e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para a amostra total.

Coef. Spearman	BES	PA	NA	SWLS
HL	-,03	-,14	-,14	-,12
RLM	,13	-,03	-,23	,01
FAR	,08	,12	,17	,10
TD	-,36*	-,07	,27	-,37**

*p<0,05 **p<0,01

Nos doentes em ambulatório (Tabela LI) não foram encontradas correlações lineares significativas.

Para os doentes em regime de internamento (Tabela LII) foi determinada uma correlação negativa moderada $R=-,55$, muito significativa, entre o Bem-Estar Subjectivo (BES) e o Tempo de Diagnóstico (TD). Os doentes internados com maior Tempo de Diagnóstico são os que, de um modo geral, apresentam menor Bem-Estar Subjectivo.

O Tempo de Diagnóstico (TD) e a Afectividade Negativa (NA) surgem igualmente correlacionados, mas de forma positiva moderada $R=,52$, muito significativa. Os doentes internados com maior Tempo de Diagnóstico são os que, de um modo geral, apresentam maior Afectividade Negativa.

Tabela LI – Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo, das suas componentes e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para os doentes em ambulatório.

Coef. Spearman	BES	PA	NA	SWLS	
Ambulatório	HL	-,07	-,31	-,36	-,04
	RLM	,13	-,10	-,31	-,07
	FAR	-,01	-,03	,16	,29
	TD	-,17	,04	,01	-,35

*p<0,05 **p<0,01

Tabela LII – Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo, das suas componentes e características sócio-demográficas (HL- Habilitações Literárias, RLM- Rendimento Líquido Mensal, FAR- Frequência com que pratica Actos Religiosos, TD- Tempo de Diagnóstico) para os doentes em regime de internamento.

Coef. Spearman	BES	PA	NA	SWLS	
Internamento	HL	,00	-,02	,06	-,17
	RLM	,16	-,04	-,13	,08
	FAR	,13	,23	,14	,05
	TD	-,55**	-,23	,52**	-,34

*p<0,05 **p<0,01

A análise do Bem-Estar Subjectivo (BES) e das suas componentes em função do Género dos doentes foi desenvolvida através do Teste de Mann-Whitney.

Quer para a amostra total quer para os doentes em regime de internamento (Tabelas LIII e LIV), o Teste de Mann-Whitney não detectou diferenças estatisticamente significativas no Bem-Estar Subjectivo (BES) e nas suas componentes, entre géneros.

Os resultados para os doentes em ambulatório indicam que, os valores médios (Médias das Ordens) de Afectividade Positiva (PA) diferem de forma significativa entre géneros. Os doentes em ambulatório do género feminino apresentam um valor médio de Afectividade Positiva superior (13,91) ao dos doentes do género masculino (2,50). Porém, estes resultados poderão estar afectados pelo facto do efectivo do género masculino em ambulatório ser de apenas dois doentes.

Tabela LIII – Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, em função do género.

		BES	PA	NA	SWLS
Amostra Total	Mann-Whitney U	203,00	175,50	158,00	191,50
	Significância (<i>p</i>)	,79	,36	,19	,59
Ambulatório	Mann-Whitney U	13,00	2,00	8,50	14,50
	Significância (<i>p</i>)	,32	,04	,15	,39
Internamento	Mann-Whitney U	59,00	71,50	51,50	48,50
	Significância (<i>p</i>)	,46	,98	,25	,18

Tabela LIV – Resultados do Teste U de Mann-Whitney II: Média das Ordens e Soma das Ordens do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, em função do género.

Regime tratamento actual	Género	N	Média das Ordens	Soma das Ordens
Bem Estar Subjectivo (BES)	Feminino	23	13,43	309,00
	Masculino	2	8,00	16,00
Afectividade Positiva (PA)	Feminino	23	13,91	320,00
	Masculino	2	2,50	5,00
Afectividade Negativa (NA)	Feminino	23	13,63	313,50
	Masculino	2	5,75	11,50
Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	Feminino	23	13,37	307,50
	Masculino	2	8,75	17,50

A fim de determinar a influência do Estado Civil no Bem-Estar Subjectivo (BES) e nas suas componentes recorreu-se ao Teste de Kruskal-Wallis.

Os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes em internamento (Tabela LV), não revelam diferenças estatisticamente significativas no Bem-Estar Subjectivo e nas suas componentes, em função do estado civil.

Tabela LV – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis: Estatística do teste, graus de liberdade e valor de significância (p) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes em função do Estado Civil.

		BES	PA	NA	SWLS
Amostra Total	Qui-Quadrado	4,372	2,389	,027	1,700
	Graus de Liberdade	3	3	3	3
	Significância (p)	,224	,496	,999	,637
Ambulatório	Qui-Quadrado	1,364	,426	1,730	4,061
	Graus de Liberdade	3	3	3	3
	Significância (p)	,714	,935	,630	,255
Internamento	Qui-Quadrado	2,927	3,757	1,798	,132
	Graus de Liberdade	3	3	3	3
	Significância (p)	,403	,289	,615	,988

A influência da variável Filhos (ter ou não filhos) no Bem-Estar Subjectivo (BES) e nas suas componentes foi estudada através do Teste de Mann-Whitney.

Os resultados para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes internados (Tabela LVI) indicam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas no Bem-Estar Subjectivo e nas suas componentes, em função dos doentes terem ou não filhos.

Tabela LVI – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (p) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes (em função de ter ou não filhos).

		BES	AP	AN	SWLS
Amostra Total	Mann-Whitney U	163,00	181,50	212,00	145,00
	Significância (p)	,23	,44	,95	,10
Ambulatório	Mann-Whitney U	41,00	32,00	31,50	36,50
	Significância (p)	,54	,22	,21	,36
Internamento	Mann-Whitney U	40,00	55,00	37,50	34,50
	Significância (p)	,28	,90	,21	,15

A comparação do Bem-Estar Subjectivo (BES) e nas suas componentes em função da Situação Profissional dos doentes foi efectuada com recurso ao Teste de Kruskal-Wallis.

Os resultados para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes em regime de internamento (Tabela LVII) não mostram evidências da existência de diferenças estatisticamente significativas no Bem-Estar Subjectivo e nas suas componentes, em função da situação profissional.

Tabela LVII – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis: Estatística do teste, graus de liberdade e valor de significância (*p*) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes em função da Situação Profissional.

		BES	PA	NA	SWLS
Amostra Total	Qui-Quadrado	,26	1,82	,24	,70
	Graus de Liberdade	2	2	2	2
	Significância (<i>p</i>)	,88	,40	,89	,71
Ambulatório	Qui-Quadrado	,60	1,09	,60	,00
	Graus de Liberdade	2	2	2	2
	Significância (<i>p</i>)	,74	,58	,74	1,00
Internamento	Qui-Quadrado	,02	1,07	,58	1,09
	Graus de Liberdade	2	2	2	2
	Significância (<i>p</i>)	,99	,59	,75	,58

Com o intuito de averiguar se o Abandono Laboral devido à Doença interfere no Bem-Estar Subjectivo (BES) e nas suas componentes, procedeu-se ao Teste de Mann-Whitney.

Os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes internados (Tabela LVIII) demonstram que não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas no Bem-Estar Subjectivo e nas suas componentes, entre os doentes que abandonaram e os que não abandonaram o seu trabalho devido à doença.

Tabela LVIII – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes em função de ter ou não abandonado o trabalho devido à doença

		BES	PA	NA	SWLS
Amostra Total	Mann-Whitney U	84,00	92,50	93,00	87,50
	Significância (<i>p</i>)	,58	,87	,89	,69
Ambulatório	Mann-Whitney U	19,00	21,50	26,50	23,00
	Significância (<i>p</i>)	,30	,45	,86	,56
Internamento	Mann-Whitney U	17,00	15,50	16,00	17,00
	Significância (<i>p</i>)	,88	,70	,76	,88

Para determinar a influência da Satisfação/Insatisfação com o Trabalho no Bem-Estar Subjectivo (BES) e nas suas componentes, utilizou-se o Teste de Mann-Whitney.

Os resultados para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes internados (Tabela LIX) apontam para inexistência de diferenças estatisticamente significativas no Bem-Estar Subjectivo e nas suas componentes, em função da satisfação ou insatisfação com o trabalho.

Tabela LIX – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes em função da Satisfação/ Insatisfação com o trabalho.

		BES	PA	NA	SWLS
Amostra Total	Mann-Whitney U	51,00	54,50	46,50	47,50
	Significância (<i>p</i>)	,55	,72	,37	,41
Ambulatório	Mann-Whitney U	8,00	3,00	8,50	12,00
	Significância (<i>p</i>)	,39	,05	,45	1,00
Internamento	Mann-Whitney U	11,00	9,00	15,00	11,50
	Significância (<i>p</i>)	,26	,15	,63	,30

A análise do Bem-Estar Subjectivo (BES) e das suas componentes em função dos doentes considerarem ou não que o trabalho os ajuda a recuperar da doença, foi realizada com recurso ao Teste de Mann-Whitney.

Os resultados para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes internados (Tabela LX) são indicadores da inexistência de diferenças estatisticamente significativas no Bem-Estar Subjectivo e nas suas componentes, em função do trabalho ajudar ou não a recuperar da doença.

Tabela LX – Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes em função do trabalho ser ou não uma ajuda na recuperação da doença.

		BES	PA	NA	SWLS
Amostra Total	Mann-Whitney U	51,00	47,00	51,00	51,50
	Significância (<i>p</i>)	,94	,72	,94	,97
Ambulatório	Mann-Whitney U	5,00	6,00	5,50	6,00
	Significância (<i>p</i>)	,43	,60	,51	,60
Internamento	Mann-Whitney U	14,00	12,50	13,50	12,00
	Significância (<i>p</i>)	,86	,65	,78	,58

A comparação do Bem-Estar Subjectivo (BES) e das suas componentes em função da Religiosidade dos doentes foi realizada através do Teste de Mann-Whitney.

Os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em regime ambulatório e para os doentes em regime de internamento (Tabela LXI) indicam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas no Bem-Estar Subjectivo (BES) e nas suas componentes, entre doentes religiosos e não religiosos.

Tabela LXI – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes entre doentes religiosos e não religiosos.

		BES	PA	NA	SWLS
Amostra Total	Mann-Whitney U	221,00	220,00	192,50	228,00
	Significância (<i>p</i>)	,67	,65	,29	,78
Ambulatório	Mann-Whitney U	36,00	29,50	29,50	35,50
	Significância (<i>p</i>)	,18	,08	,08	,17
Internamento	Mann-Whitney U	44,00	47,50	61,00	39,00
	Significância (<i>p</i>)	,25	,35	,90	,14

A análise do Bem-Estar Subjectivo (BES) e das suas componentes em indivíduos que procuram e indivíduos que não procuram ajuda espiritual quando se sentem doentes baseou-se na aplicação do Teste de Mann-Whitney.

Os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em regime ambulatorio e para os doentes em regime de internamento (Tabela LXII) não revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas no Bem-Estar Subjectivo (BES) e nas suas componentes, entre indivíduos que procuram e indivíduos que não procuram ajuda espiritual quando se sentem doentes.

Tabela LXII – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes entre indivíduos que procuram e que não procuram ajuda espiritual quando se sentem doentes.

		BES	PA	NA	SWLS
Amostra Total	Mann-Whitney U	263,00	299,00	228,50	286,50
	Significância (<i>p</i>)	,42	,91	,14	,72
Ambulatório	Mann-Whitney U	45,00	57,50	70,50	66,50
	Significância (<i>p</i>)	,13	,41	,93	,75
Internamento	Mann-Whitney U	76,00	61,00	49,00	77,00
	Significância (<i>p</i>)	,91	,35	,11	,96

A influência do Regime de Tratamento no Bem-Estar Subjectivo (BES) e nas suas componentes foi analisada através do Teste de Mann-Whitney.

Os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em regime ambulatorio e para os doentes em regime de internamento (Tabela LXIII) indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas no Bem-Estar Subjectivo (BES) e nas suas componentes, entre doentes em ambulatorio e doentes em regime de internamento.

Tabela LXIII – Resultados do Teste U de Mann-Whitney I: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes em função do Regime de Tratamento.

		BES	PA	NA	SWLS
Amostra Total	Mann-Whitney U	281,00	291,50	283,00	265,00
	Significância (<i>p</i>)	,54	,68	,57	,35

A fim de averiguar se a ocorrência de Internamentos Anteriores tem alguma influência no Bem-Estar Subjectivo e nas suas componentes aplicou-se o Teste de Mann-Whitney.

De acordo com os resultados obtidos para a amostra total, para os doentes em ambulatório e para os doentes internados (Tabela LXIV), não existem diferenças estatisticamente significativas no Bem-Estar Subjectivo e nas suas componentes, entre doentes que tiveram e doentes que não tiveram internamentos anteriores.

Tabela LXIV – Resultados do Teste U de Mann-Whitney: Estatística do teste e valor de significância (*p*) resultantes da comparação do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes entre doentes que tiveram e doentes que não tiveram internamentos anteriores.

		BES	PA	NA	SWLS
Amostra Total	Mann-Whitney U	264,00	312,50	309,50	245,50
	Significância (<i>p</i>)	,35	1,00	,95	,19
Ambulatório	Mann-Whitney U	55,00	56,50	51,50	38,50
	Significância (<i>p</i>)	,63	,69	,49	,14
Internamento	Mann-Whitney U	53,00	62,00	59,50	61,00
	Significância (<i>p</i>)	,55	,95	,83	,90

4.1.8 - Relação entre as características psicossociais e o Bem-Estar Subjectivo

As relações entre as características psicossociais (Escala de Satisfação com o Suporte Social e Estratégias de *Coping*) e o Bem-Estar Subjectivo foram estudadas através do coeficiente de correlação linear de Pearson.

4.1.8.1 - Escala de Satisfação com o Suporte Social e Bem-Estar Subjectivo

Para a amostra total, foram identificadas as seguintes correlações lineares (Tabela LXV):

- Correlação positiva fraca, significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e o Bem-Estar Subjectivo (BES), $R=.36$. Os doentes deprimidos com maiores valores de Satisfação com o Suporte Social apresentam tendencialmente maiores valores de Bem-Estar Subjectivo, e vice-versa.
- Correlação negativa fraca $R=-.28$, significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Afectividade Negativa (NA). Os doentes deprimidos

com maiores valores de Satisfação com o Suporte Social apresentam tendencialmente menores valores de Afectividade Negativa, e vice-versa.

- Correlação positiva fraca $R=.37$, muito significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Satisfação com a Vida (SWLS). Os doentes deprimidos com maiores valores de Satisfação com o Suporte Social apresentam tendencialmente maiores valores de Satisfação com a Vida, e vice-versa.
- Correlação positiva fraca, muito significativa, entre a Satisfação com Amigos (SA) e Bem-Estar Subjectivo (BES), $R=.43$. Os doentes deprimidos com maior Satisfação com Amigos apresentam tendencialmente maior Bem-Estar Subjectivo, e vice-versa.
- Correlação positiva fraca, significativa, entre a Satisfação com Amigos (SA) e Satisfação com a Vida (SWLS), $R=.32$. Os doentes deprimidos com maior Satisfação com Amigos apresentam tendencialmente maior Satisfação com a Vida, e vice-versa.

Através da análise de regressão linear simples, foram encontrados os seguintes modelos explicativos para o Bem-Estar Subjectivo:

- **BES = -4,140 + 0,08*ESSS**. Este modelo é estatisticamente significativo e apresenta um poder explicativo/preditivo de 12,9% ($R^2 = 0,13$)
- **BES = -3,209 + 0,195* SA**. Este modelo é estatisticamente muito significativo e apresenta um poder explicativo/preditivo de 18,7% ($R^2 = 0,19$)
- **NA = 44,716 - 0,260* ESSS**. Este modelo é estatisticamente significativo ($0,01 < p < 0,05$) e apresenta um poder explicativo/preditivo de 7,9% ($R^2 = 0,08$)
- **SWLS = 2,521 + 0,170* ESSS**. Este modelo é estatisticamente muito significativo ($p < 0,01$) e apresenta um poder explicativo/preditivo de 13,6% ($R^2 = 0,14$)
- **SWLS = 6,374 + 0,301* SA**. Este modelo é estatisticamente significativo ($0,01 < p < 0,05$) e apresenta um poder explicativo/preditivo de 10,4% ($R^2 = 0,10$)

O melhor modelo para a amostra total é o da Satisfação com Amigos, apesar do seu poder explicativo não ser muito elevado.

Tabela LXV – Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, com a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas para a amostra total.

C. Pearson	BES	PA	NA	SWLS
ESSS	,36*	,07	-,28*	,37**
SA	,43**	,27	-,27	,32*
IN	,11	-,08	-,08	,22
SF	,27	,04	-,26	,25
AS	,04	-,18	-,10	,16

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Nos doentes em regime ambulatorio existe (Tabela LXVI):

- Correlação negativa fraca $R = -.49$, significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Afectividade Positiva (PA). Os doentes em ambulatorio com maiores valores de Satisfação com o Suporte Social apresentam tendencialmente menores valores de Afectividade Positiva, e vice-versa.
- Correlação negativa moderada $R = -.53$, muito significativa, entre a Intimidade (IN) e a Afectividade Positiva (PA). Os doentes em ambulatorio com maiores valores de Intimidade apresentam tendencialmente menores valores de Afectividade Positiva, e vice-versa.
- Correlação negativa moderada $R = -.55$, muito significativa, entre Actividades Sociais (AS) e a Afectividade Positiva (PA). Os doentes em ambulatorio com maiores valores de Actividades Sociais apresentam tendencialmente menores valores de Afectividade Positiva, e vice-versa.

Para os doentes em regime de ambulatorio não foi encontrado qualquer modelo de regressão linear simples explicativo do Bem-Estar Subjectivo, que apresentasse significância estatística. Apenas para a componente da Afectividade Positiva os modelos determinados se mostraram significativos:

- **PA = 58,318 - 0,566 * ESSS.** Este modelo é estatisticamente significativo ($0,01 < p < 0,05$) e apresenta um poder explicativo/preditivo de 24,2% ($R^2 = 0,242$)
- **PA = 49,641 - 1,534 * IN.** Este modelo é estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$) e apresenta um poder explicativo/preditivo de 28,4% ($R^2 = 0,284$)
- **PA = 49,460 - 1,747 * AS.** Este modelo é estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$) e apresenta um poder explicativo/preditivo de 30,7% ($R^2 = 0,31$)

Tabela LXVI – Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, com a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas para os doentes em ambulatório.

C. Pearson		BES	PA	NA	SWLS
Ambulatório	ESSS	-,05	-,49*	-,33	,10
	SA	,06	-,03	-,14	-,02
	IN	-,16	-,53**	-,26	,03
	SF	,06	-,16	-,15	,09
	AS	-,10	-,55**	-,23	,16

*p<0,05 **p<0,01

Para os doentes em regime de internamento, os valores do coeficiente de Pearson indicam que (Tabela LXVII):

- Correlação positiva moderada $R=.50$, significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e o Bem-Estar Subjectivo (BES). Os doentes internados com maiores valores de Satisfação com o Suporte Social tendem a apresentar maiores valores de Bem-Estar Subjectivo, e vice-versa.
- Correlação positiva fraca $R=.41$, significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Afectividade Positiva (PA). Os doentes internados com maiores valores de Satisfação com o Suporte Social tendem a apresentar maiores valores de Afectividade Positiva, e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.51$, muito significativa, entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Satisfação com a Vida (SWLS). Os doentes internados com maiores valores de Satisfação com o Suporte Social tendem a apresentar maiores valores de Satisfação com a Vida, e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.61$, muito significativa, entre a Satisfação com Amigos (SA) e Bem-Estar Subjectivo (BES). Os doentes internados com maior Satisfação com Amigos tendem a apresentar maior Bem-Estar Subjectivo, e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.54$, muito significativa, entre a Satisfação com Amigos (SA) e Afectividade Positiva (PA). Os doentes internados com maior Satisfação com Amigos tendem a apresentar maior Afectividade Positiva, e vice-versa.
- Correlação positiva moderada $R=.54$, muito significativa, entre a Satisfação com Amigos (SA) e Satisfação com a Vida (SWLS). Os doentes internados com maior Satisfação com Amigos tendem a apresentar maior Satisfação com a Vida, e vice-versa.

Tabela LXVII – Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, com a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e suas subescalas para os doentes em regime de internamento.

C. Pearson		BES	PA	NA	SWLS
Internamento	ESSS	,50*	,41*	-,25	,51**
	SA	,61**	,54**	-,35	,54**
	IN	,23	,25	,06	,35
	SF	,35	,19	-,31	,32
	AS	,13	,10	-,01	,19

*p<0,05 **p<0,01

Através da análise de regressão linear simples, foram encontrados os seguintes modelos explicativos para o Bem-Estar Subjectivo:

- **BES = -6,003 + 0,118*ESSS.** Este modelo é estatisticamente significativo e apresenta um poder explicativo/preditivo de 25,2% ($R^2 = 0,25$)
- **BES = -4,947 + 0,317* SA.** Este modelo é estatisticamente muito significativo e apresenta um poder explicativo/preditivo de 37,0% ($R^2 = 0,37$)
- **PA = 11,613 + 0,346*ESSS.** Este modelo é estatisticamente significativo ($0,01 < p < 0,05$) e apresenta um poder explicativo/preditivo de 17,2% ($R^2 = 0,17$)
- **PA = 13,681 + 0,997*SA.** Este modelo é estatisticamente muito significativo e apresenta um poder explicativo/preditivo de 29,0% ($R^2 = 0,29$)
- **SWLS = 3,342 + 0,493*SA.** Este modelo é estatisticamente muito significativo e apresenta um poder explicativo/preditivo de 29,1% ($R^2 = 0,29$)
- **SWLS = 0,294 + 0,211*ESSS.** Este modelo é estatisticamente muito significativo e apresenta um poder explicativo/preditivo de 26,3% ($R^2 = 0,26$)

O melhor modelo para a os doentes em regime de internamento é o da Satisfação com Amigos, por apresentar um maior poder explicativo/ preditivo do Bem-Estar Subjectivo.

4.1.8.2 - Estratégias de Coping e Bem-Estar Subjectivo

Na amostra total (Tabela LXVIII) apenas foi determinada uma correlação positiva fraca, significativa, entre a Afectividade Positiva (PA) e o *Coping* Confrontativo (CC), $R=,33$.

Os doentes deprimidos com maiores valores de Afectividade Positiva tendem a apresentar valores maiores de *Coping* Confrontativo.

Tabela LXVIII – Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, com as estratégias de *Coping* para a amostra total.

C. Pearson	AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
BES	,16	,09	,01	,27	,24	,11	,14	,09
PA	,20	,04	,09	,25	,25	,21	,33*	,05
NA	,08	,01	,15	-,18	-,14	-,06	,14	-,07
SWLS	,19	,15	,09	,12	,09	-,06	,10	,08

*p<0,05 **p<0,01

Para a amostra total não foi encontrado qualquer modelo de regressão linear simples explicativo do Bem-Estar Subjectivo, que apresentasse significância estatística.

Nos doentes em ambulatório (Tabela LXIX), a Satisfação com a Vida (SWLS) surge negativamente correlacionada de forma fraca, mas significativa, com as estratégias Resolução Planeada de Problemas (RPP) $R=-.41$ e Aceitar a Responsabilidade (AR), $R=-.42$. Os doentes em ambulatório com menores valores de Satisfação com a Vida tendem a apresentar maiores valores de Resolução Planeada de Problemas e de Aceitar a Responsabilidade.

Tabela LXIX – Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, com as estratégias de *Coping* para os doentes em ambulatório.

C. Pearson		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Ambulatório	BES	,14	-,22	,10	-,01	,04	-,15	,07	,18
	PA	,24	-,00	,13	,03	,00	,08	,27	-,06
	NA	,12	,03	,31	-,38	-,24	-,12	-,07	-,19
	SWLS	,09	-,30	,32	-,41*	-,18	-,42*	-,23	,14

*p<0,05 **p<0,01

Para os doentes em regime de ambulatório não foi encontrado qualquer modelo de regressão linear simples explicativo do Bem-Estar Subjectivo, que apresentasse significância estatística.

Para os doentes em regime de internamento (Tabela LXX), os valores do coeficiente de Pearson revelam que:

- Existe uma correlação positiva fraca, significativa, entre o Bem-Estar Subjectivo (BES) e as estratégias Resolução Planeada de Problemas (RPP), $R=.42$ e Reavaliação Positiva (RP), $R=.41$. Os doentes em regime de internamento com maior valor de Bem-Estar Subjectivo são os que, de um modo geral apresentam maiores valores de Resolução Planeada de Problemas e Reavaliação Positiva e vice-versa.
- Existe uma correlação positiva fraca $R=.42$, significativa, entre a Afectividade Positiva (PA) e a Resolução Planeada de Problemas (RPP). Os doentes em regime de internamento com maior valor de Afectividade Positiva são os que, de um modo

geral apresentam maiores valores de Resolução Planeada de Problemas e vice-versa.

- Existe uma correlação positiva moderada $R=.54$, muito significativa, entre a Afectividade Positiva (AP) e a Reavaliação Positiva (RP). Os doentes em regime de internamento com maior valor de Afectividade Positiva são os que, de um modo geral apresentam maiores valores de Reavaliação Positiva e vice-versa.
- Existe uma correlação positiva moderada $R=.55$, muito significativa, entre a Satisfação com a Vida (SWLS) e a Resolução Planeada de Problemas (RPP). Os doentes em regime de internamento com maior Satisfação com a Vida são os que, de um modo geral apresentam maior Resolução Planeada de Problemas e vice-versa.

Tabela LXX – Matriz de correlação linear do Bem-Estar Subjectivo e suas componentes, com as estratégias de *Coping* para os doentes em regime de internamento (N = 25).

C. Pearson		AC	PSS	FE	RPP	RP	AR	CC	D
Internamento	BES	,18	,20	-,02	,42*	,41*	,26	,20	,06
	PA	,17	,08	,04	,42*	,54**	,32	,37	,13
	NA	,04	,00	,02	-,03	-,03	-,02	,27	,03
	SWLS	,30	,39	-,07	,55**	,39	,26	,38	,03

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Através da análise de regressão linear simples, foram encontradas regressões lineares significativas entre o Bem-Estar Subjectivo e as estratégias Resolução Planeada de Problemas (RPP) e Reavaliação Positiva (RP):

- **BES = -3,460 + 0,244*RPP.** Este modelo apresenta um poder explicativo/ preditivo de 18,0% ($R^2= 0,180$)
- **BES = -4,170 + 0,264*RP.** Este modelo apresenta um poder explicativo/ preditivo de 16,7% ($R^2= 0,167$)

O melhor modelo para os doentes em regime de internamento é o da Resolução Planeada de Problemas, apesar do seu poder explicativo não ser muito elevado.

A criação de modelos de regressão linear múltipla, com as variáveis que nas análises de regressão linear simples tinham demonstrado maior poder explicativo/preditivo do Bem-Estar Subjectivo, revelou modelos sem significância estatística, devido à existência de correlações significativas (multicolinearidade) entre as variáveis independentes Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), Satisfação com Amigos (SA), Resolução Planeada de Problemas (RPP) e Reavaliação Positiva (RP). Como tal, os melhores modelos

explicativos/ preditivos do Bem-Estar Subjectivo são os resultantes da análise de regressão linear simples.

4.2 – Discussão dos dados

Esta discussão terá como base os resultados encontrados nas respostas dos 50 inquiridos, procurando verificar se as hipóteses formuladas foram ou não confirmadas e integrando, sempre que possível, a informação teórica e empírica descrita nos capítulos anteriores. Pretende-se apresentar a relação causal das variáveis de natureza pessoal e as de natureza psicossocial sobre o bem-estar subjectivo, quer quanto a cada uma das suas dimensões, quer na medida global do BES, de forma a tentar compreender como as variáveis independentes se relacionam com a variável dependente, ou seja, qual o impacto que as primeiras variáveis têm no bem-estar subjectivo em sujeitos deprimidos.

A escolha das escalas utilizadas (Escala da Satisfação com o Suporte Social, Questionário de Estratégias de *Coping*, Escala da Afectividade Positiva e Negativa e Escala da Satisfação com a Vida), deveu-se ao interesse em utilizar instrumentos de medida desenvolvidos no âmbito da Psicologia e transpô-los para a saúde, já validados para a população portuguesa, avaliando assim o impacto de várias variáveis em sujeitos deprimidos.

Hill e Hill (2000) defendem que o coeficiente alfa só é inaceitável abaixo dos 0,60. Ao analisarmos os valores de consistência interna das diversas escalas e subescalas existem algumas que não apresentam tão boas propriedades psicométricas, pelo que a análise dos resultados será feita com a devida cautela.

É de salientar que as estratégias de *Coping* apresentaram valores de consistência interna que variaram entre 0,38 (Fuga-Evitamento) e 0,72 (Resolução Planeada de Problemas). Algumas subescalas apresentam uma consistência interna baixa, esses valores baixos de alfa devem-se ao facto de terem sido aplicados a uma população diferente, isto é uma característica dos instrumentos de *coping* que têm origem teórica num modelo comportamental e nas escalas deste modelo a consistência interna não é um indicador importante. No entanto, consideramos que este não parece ser um bom instrumento para futuras investigações nesta área e as conclusões serão feitas com a devida cautela.

A amostra total (50 sujeitos) é constituída por dois grupos de 25 indivíduos em regime de ambulatório e outros 25 indivíduos em regime de internamento, sendo que de acordo com a caracterização sócio-demográfica demonstram serem grupos muito semelhantes entre si. Verifica-se apenas diferenças nos utentes que se encontram desempregados e reformados, os

que estão em regime de ambulatório (53%) consideram que a sua situação laboral não se deve à doença, pelo contrário, os utentes em regime de internamento manifestam que o abandono laboral se deveu à doença (69%).

Relativamente à Escala de Satisfação com o Suporte Social, verifica-se que os utentes em regime de ambulatório apresentam uma média superior aos que se encontram em regime de internamento, o que pode sugerir que os utentes em ambulatório têm um grau ligeiramente superior de satisfação face ao suporte social. Resultados equivalentes e no mesmo sentido, também nas dimensões Satisfação com os Amigos, Intimidade e Satisfação com a Família.

Uma análise efectuada aos resultados obtidos na escala do suporte social permite-nos dizer que a amostra total (também em ambulatório e em internamento), analisada quando se sente satisfeita com os amigos, com a família, quando tem a percepção da existência de suporte íntimo e quando se mostra satisfeita com as actividades sociais que realiza, tem tendencialmente maiores valores de percepção de suporte social.

Analisando a relação entre as variáveis de natureza pessoal e a variável suporte social, observa-se que sujeitos com maior número de internamentos anteriores tendencialmente sentem-se menos satisfeitos com o suporte fornecido pelos amigos (tal verificou-se na amostra total e em particular nos utentes em internamento), este facto poderá ser justificado pelo facto de, quando em situação de internamento, os sujeitos não estarem tão frequentemente com os seus amigos, estes não os visitarem tanto quanto eles gostariam e os doentes sentirem por vezes algumas dúvidas na autenticidade das amizades, logo menor satisfação com a percepção dessa amizade. Segrin e Abranson (1994), citado por Fiquer (2006), dizem-nos que défices em comportamento social podem actuar como perpetuadores de processos depressivos, que resultam em elevado stress interpessoal e em falta de suporte social para o indivíduo, o que estará directamente relacionado com persistência e recorrência de depressão (Hepworth, Robinson, 1994, cit in Fiquer, 2006). Os resultados também apontam que os doentes em regime de internamento apresentam um valor médio de satisfação com os amigos inferior ao dos doentes em regime ambulatório.

Os sujeitos em regime de ambulatório com menor número de filhos, tendencialmente estão mais satisfeitos com os amigos, por terem mais disponibilidade e de certa forma necessitarem de encontrar suporte nesta fonte.

Ao verificarmos que doentes deprimidos com um maior tempo de diagnóstico tendem a apresentar menor satisfação com a família (quer para a amostra total, como para os internados e os em ambulatório), pensa-se que com o passar do tempo a família terá menos disponibilidade mental para o doente, uma vez que, a depressão caracteriza-se pela

necessidade constante que o sujeito tem em obter apoio devido a todo o quadro emocional e comportamental de humor triste, melancolia, solidão, sentimento de culpa, fadiga entre outros. A família sentir-se-á, então desgastada, e a percepção que o doente também terá, ou mesmo sentirá é de menor apoio. Lam e colaboradores (2003), citado por Fiquer (2006) referem que utentes depressivos demonstram uma percepção mais negativa dos seus relacionamentos interpessoais quando comparados com grupos de controlo. Também Holahan e colaboradores (1994), citados por Fiquer (2006) afirmam que pacientes depressivos relatam receber menor apoio/suporte familiar que indivíduos não-depressivos. Procidano e Heller (1983), através de um estudo de validação de sua escala de suporte social proveniente da família, encontraram correlação negativa entre suporte social familiar e depressão.

A correlação efectuada entre as variáveis habilitações literárias e rendimento líquido mensal em doentes com depressão dá-se no sentido positivo, concluindo o que à partida parece óbvio, quanto maiores forem as habilitações literárias maior probabilidade terá o sujeito em obter um emprego com uma remuneração maior.

As habilitações literárias também aparecem correlacionadas no sentido positivo com a maior satisfação com as actividades sociais, ou seja, sujeitos mais instruídos parecem sentir uma maior satisfação pessoal com as actividades que realizam. Talvez porque saibam melhor o que lhes dá mais prazer, tenham um leque de contactos sociais e actividades lúdicas superiores e mais diversificadas, a indivíduos com menores habilitações literárias.

Ainda a variável habilitações literárias aparece relacionada de forma significativa com uma maior frequência de actos religiosos. Sabe-se que a espiritualidade provê um sentido e um propósito para as vidas das pessoas, respondendo a uma série de questionamentos existenciais que levam à angústia e à infelicidade. Talvez pessoas mais instruídas tenham maior necessidade de resposta para os seus questionamentos existenciais que os conhecimentos adquiridos ao longo da vida não deram resposta.

Os resultados sugerem que os sujeitos da nossa amostra que estejam internados com um maior tempo de diagnóstico tendem a apresentar menor rendimento líquido mensal, uma vez que, ao terem a doença há mais tempo, terão à partida menores capacidades ou possibilidades de trabalho, situação característica da depressão (menor capacidade de raciocínio, menor concentração, aumento da fadiga, entre outros), o que as levará a terem menores rendimentos.

Relativamente ao trabalho e se este teve alguma influência na recuperação da doença, verifica-se que os que responderam afirmativamente apresentam um valor médio superior de satisfação com a família em detrimento dos outros que não consideraram que o trabalho os

ajudou a recuperar da doença. Indivíduos mais satisfeitos com o trabalho, sentem-se mais úteis, com uma maior auto-estima o que influenciará de forma positiva na recuperação da doença, que por sua vez aumentará a percepção de existência de suporte social, nomeadamente familiar. A família também poderá ter tido alguma influência no sentido de ajudar o doente a perceber a importância que o trabalho poderá ter na sua vida, nomeadamente na evolução da doença.

Analisando as diversas estratégias de *coping*, comparando os sujeitos em internados/ambulatório, verificou-se que o grupo que utilizou um maior número de estratégias foi o grupo em internamento. Pensamos que, invariavelmente, o tempo disponível para pensar e agir sobre os problemas é maior em internamento, os doentes ao estarem internados têm mais tempo, pois aparentemente não estão ocupados com nenhuma tarefa, pelo que podem concentrar o seu pensamento na resolução dos seus problemas, de forma a arranjar mecanismos para os ultrapassar. Por sua vez, o doente em ambulatório estará ocupado no seu domicílio, eventual trabalho, entre outros e não terá a ajuda de uma equipa multidisciplinar tão facilmente, ao contrário do que acontece no hospital.

Neste estudo, verificam-se relações estreitas entre as várias estratégias de *coping*, porque a maior parte dos indivíduos recorre a cerca de oito estratégias de *coping* em todos os acontecimentos de stress (Ribeiro & Santos, 2001). Geralmente as pessoas não usam uma ou outra estratégia de *coping*, elas tendem a utilizar simultaneamente várias estratégias de *coping* em quase todas as situações stressantes (Folkman, 1984, Petersson, 2003).

Os resultados apontam que indivíduos com maior número de internamentos, de um modo geral, têm menores valores de estratégias de *coping* resolução planeada de problemas e aceitar a responsabilidade. Indivíduos com um maior número de internamentos têm menores capacidades para se concentrar e tomar decisões, estão mais desgastados com a doença logo são menos capazes de realizar esforços para alterar a situação problemática, têm dificuldades em reconhecer o próprio papel no problema e fazem menos tentativas de recompor as coisas. O mesmo sucede com os doentes em regime de internamento.

Quanto maior o número de filhos, menores serão os valores de estratégia procura de suporte social. Como já referido anteriormente a existência de filhos colmata parte das necessidades de procura de suporte social, pelo que o indivíduo não sente necessidade da procura de suporte social, logo não recorre tanto a esta estratégia. O mesmo é válido para a amostra em regime de internamento.

Por sua vez, os doentes internados com menor número de filhos tendem a apresentar maior valor de fuga-evitamento e a aceitar a responsabilidade. Pensamos que, tal facto se deve

a ter mais disponibilidade mental pela menor preocupação com os filhos, (pelo menor número de filhos e estar internado) para gerir os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema e se necessário reconhecer o próprio papel no problema e tentar recompor as coisas.

Desta vez, a estratégia de resolução planeada de problemas aparece relacionada com a idade no sentido positivo, em sujeitos em ambulatório, quando uma aumenta a outra aumenta também. Parece de fácil compreensão, pois quanto mais velho for o sujeito, maior é a sua capacidade para realizar os esforços necessários para alterar a situação stressante, sendo cada vez mais capaz de uma melhor abordagem analítica do problema.

As habilitações literárias apresentam uma tendência positiva significativa com as estratégias distanciamento, com a reavaliação positiva e em aceitar a responsabilidade, quer na amostra total, quer na amostra em internamento. Pensamos que a pessoa com maiores habilitações literárias tem uma maior bagagem de conhecimentos e capacidades para enfrentar as diversas adversidades que surgem na vida de um doente.

Verificou-se, também, que os doentes que têm filhos apresentam um valor médio superior de distanciamento relativamente aos doentes quando comparados com os que não têm filhos. Estes resultados sugerem que quem tem filhos tem maior capacidade de minimizar os problemas, pois parece ter maior capacidade em lidar com um maior stress, devido à própria experiência de serem pais ou mães.

Os resultados indicam-nos que os doentes reformados da nossa amostra são os que apresentam um maior valor médio de procura de suporte social, justificado eventualmente, pela necessidade que sentem em possuir suporte informativo, suporte tangível e suporte social, uma vez que já não trabalham, e por isso, não têm tanta facilidade em o conseguir, pois é muitas vezes, no ambiente de trabalho que se estabelecem vínculos, possibilitando situações de convivência e possibilidades de suporte social.

Analisando a religiosidade verifica-se que doentes não religiosos apresentam um valor médio superior da estratégia de fuga-evitamento relativamente aos que são religiosos, quer para a amostra total como para a amostra em ambulatório. Acrescenta-se neste último grupo a estratégia auto-controlo de valor médio superior em sujeitos não religiosos, relativamente aos doentes religiosos. Pensamos que os doentes religiosos encontram na espiritualidade/religião forças necessárias para lidar com situações consideradas stressantes, não recorrendo por isso tanto a outras estratégias de *coping*, ao contrário dos doentes não religiosos. Um estudo realizado por Albernethy et al. (2002) mostra uma associação significativa entre mecanismos de *coping* religiosos e depressão. Assim sendo, companheiros (as) que apresentavam níveis

moderados de estratégias de *coping* religiosas (e.g. rezar, encontrar conforto na fé, obter apoio nos membros da Igreja) apresentavam menores níveis de depressão, do que aqueles que usavam baixos ou elevados níveis daquelas estratégias.

Ainda analisando a religiosidade, verifica-se situação inversa nos utentes em regime de internamento, estes apresentam valores médios de auto-controlo e de reavaliação positiva superiores aos valores médios dos que não são religiosos. Pensamos que o facto de estarem internados tem um peso significativo nesta variável, pois o estar internado pressupõe que algo não está bem, portanto há uma necessidade de regular os próprios sentimentos e acções, tal como um esforço de criação de significados positivos focando o crescimento pessoal que é posto em causa. Os religiosos sentem então necessidade de arranjar estratégias para novamente dar significado à sua existência, prover um sentido e propósito de vida.

Realizando uma análise às relações entre as variáveis de natureza psicossocial, encontra-se uma relação positiva significativa entre a intimidade e o distanciamento. O sujeito que tem a percepção da existência de suporte social íntimo utiliza mais frequentemente estratégias de *coping* de distanciamento, pelo que exerce mais esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.

Verifica-se, também, que os doentes internados com maior satisfação com os amigos, tendem a apresentar maior resolução planeada de problemas e maior reavaliação positiva. Pensamos que o apoio das amizades se torna importante para impelir o sujeito a desenvolver estratégias para alterar a situação perturbadora e criar significados positivos com vista a um crescimento pessoal. Billings e Moos (1981), citados por Coelho e Ribeiro (2000), referem que estratégias de *coping* focadas na resolução de problemas, na procura de suporte e reavaliação positiva do acontecimento estão associadas a uma percepção mais satisfatória do suporte social recebido, como sejam os amigos.

Analisando, finalmente, o bem-estar subjectivo, verifica-se que em termos de médias, os utentes em ambulatório apresentam média superior comparativamente aos sujeitos em internamento. No entanto, quando se analisa as componentes do BES, esta diferença deixa de ser tão notória e por vezes inverte-se, a afectividade positiva e negativa é superior em regime de internamento, já a satisfação com a vida apresenta uma média superior em regime ambulatório. Podemos então dizer que em termos de médias, não existe um grupo predominantemente com maior bem-estar em relação ao outro. Desta forma, a nossa H2 apenas é confirmada parcialmente de que utentes em ambulatório tendem a apresentar índices de BES superiores aos utentes em regime de internamento. No entanto sabe-se que pacientes deprimidos fazem avaliações das informações do ambiente, resultando numa maximização de

aspectos negativos da situação de vida, identificando o que é positivo como neutro ou negativo.

A variável compósita do BES revela coeficientes de correlação muito significativos, no sentido positivo com a afectividade positiva e com a satisfação com a vida, e no sentido negativo com a afectividade negativa, para a amostra total, havendo também essa tendência nos dois grupos (ambulatório/internamento). Segundo Diener e colaboradores (1999) um indivíduo com um elevado BES faz uma avaliação positiva da vida como um todo e apresenta um predomínio de afectos positivos sobre os afectos negativos.

As correlações dos resultados entre as medidas de bem-estar subjectivo encontram fundamentação nos princípios teóricos do BES, segundo o qual a afectividade positiva se relaciona positivamente com a satisfação com a vida e a afectividade negativa tem relações negativas com as outras escalas do BES (a afectividade positiva e a satisfação com a vida).

O coeficiente de correlação significativo de .40 entre a afectividade positiva e a satisfação com a vida, confirma como esperado, uma relação consistente entre estas duas componentes de bem-estar subjectivo (verificando-se a mesma situação em regime de internamento .57). Para além de verificarmos este postulado, os resultados indicam a relação negativa da componente afectividade negativa com as outras duas componentes do BES, embora não significativos, com a afectividade positiva e com a satisfação com a vida. Mas verifica-se uma correlação significativa negativa em utentes internados entre a afectividade negativa e a satisfação com a vida de -.41.

A afectividade positiva aparece correlacionada de forma negativa com o número de internamentos anteriores. Sabe-se que a afectividade positiva é a medida que reflecte o entusiasmo com a vida, havendo a tendência para experimentar sentimentos e emoções de alegria, entusiasmo, felicidade, portanto utentes com um maior número de internamentos, indicam-nos que à partida estarão menos felizes, vivenciados maiores sentimentos negativos característicos da doença, o que confirma os resultados.

Os resultados dizem-nos que o tempo de diagnóstico apresenta correlações significativas negativas com a satisfação com a vida e com o bem-estar subjectivo, e em sentido positivo com a afectividade negativa. Tal, não parece de difícil compreensão, pois à partida quanto maior o tempo de diagnóstico, há mais tempo o indivíduo apresenta o quadro emocional negativo da depressão, logo está menos satisfeito com a vida, apresenta menor bem-estar e tem um aumento dos afectos negativos. Características emocionais e comportamentais da depressão podem ser percebidas em medidas de qualidade de vida. A frequente insatisfação social, física e emocional própria do quadro depressivo, está associada

a baixos scores de bem-estar (Broadhead et al., 1990; Cooke et al., 1996; Lehman, 1983; Pyne et al., 1997, cit in Fiquer, 2006).

Os resultados encontrados não encontram nenhuma relação significativa entre o tempo de internamento e o BES, como entre o trabalho e o BES, pelo que as hipóteses H3 e H4 não se confirmam.

Por fim, iremos analisar o impacto que as variáveis de natureza psicossocial têm no bem-estar subjectivo.

A satisfação com o suporte social encontra-se correlacionada de forma positiva com o bem-estar subjectivo, sendo que este resultado confirma parcialmente a nossa H1 de que sujeitos com maiores índices de SS apresentam maiores índices de BES. O bem-estar subjectivo também se encontra correlacionado de forma positiva com a satisfação com a vida e negativamente correlacionado com a afectividade negativa. As relações positivas entre o SS e a saúde ocorrem devido ao facto de o suporte aumentar os níveis de saúde e bem-estar, qualquer que seja o nível de suporte presente, ou seja, o suporte protege as pessoas dos efeitos patogénicos dos acontecimentos de vida stressantes (Barriga, 2000).

É na dimensão satisfação com os amigos que se encontram explicações positivas muito significativas para o bem-estar subjectivo, como também se verifica uma tendência positiva significativa entre a satisfação com os amigos e uma maior satisfação com a vida. Em suma, estar satisfeito com as amizades/amigos que o sujeito tem contribui grandemente para o bem-estar e satisfação com a vida, demonstrando a importância que este tipo de suporte social tem. Sarason (1988) considera relevante o grau em que o individuo se sente desejado, respeitado e envolvido socialmente (o suporte percebido). Acrescenta ainda que o suporte social prestado pelas relações sociais contribui para o ajustamento positivo e desenvolvimento pessoal e, que é protector contra os efeitos do stress.

Esta presente investigação conclui que o melhor modelo, estatisticamente muito significativo, para a amostra total que explica o BES é o da Satisfação com os Amigos, apresentando um poder explicativo/preditivo de 18,7%, não sendo este muito elevado.

Analisando os resultados encontrados em regime de internamento, verificamos que existe uma correlação positiva entre a satisfação com o suporte social e o bem-estar subjectivo, entre a satisfação com o suporte social e a afectividade positiva e entre a satisfação com o suporte social e a satisfação com a vida. No entanto, os resultados sugerem uma maior correlação positiva, muito significativa, entre a dimensão satisfação com os amigos e o bem-estar subjectivo, entre a satisfação com os amigos e a afectividade positiva e daquela com

satisfação com a vida. Mais uma vez, tal como na amostra total, o modelo que melhor explica o BES é o da Satisfação com os Amigos, apresentando um poder explicativo/preditivo estatisticamente muito significativo, de 37%. A satisfação com o suporte social, nomeadamente o relacionamento interpessoal (família, amigos e intimidade), parece ter um papel determinante na resistência psicológica ao stress da doença, manifestada através da percepção subjectiva de bem-estar (Coelho & Ribeiro, 2000).

Relativamente à relação entre as estratégias de *coping* e o bem-estar subjectivo, os resultados apontam que a estratégia resolução planeada de problemas é a que mais se correlaciona com o BES e os seus componentes, confirmando de certa forma, parte da nossa H1, ao referir que sujeitos deprimidos que usem adequadas estratégias de *coping* tendem a apresentar maiores índices de BES. Verificam-se correlações positivas na amostra com doentes em internamento, entre a resolução planeada de problemas e o bem-estar subjectivo, entre a resolução planeada de problemas e a afectividade positiva, e ainda entre a resolução planeada de problemas e a satisfação com a vida. Também a estratégia reavaliação positiva aparece correlacionada de forma positiva com o bem-estar subjectivo e com a afectividade positiva em doentes internados. Entende-se então que são os doentes internados que mais utilizam as estratégias de *coping*, no sentido de obterem um maior bem-estar. A bibliografia consultada aponta-nos nesse sentido e diz-nos que o *coping* activo orientado para a resolução do problema, tem um impacto francamente positivo com a qualidade de vida e um nível superior de bem-estar em doentes crónicos, durante o período de recuperação, para além deste tempo de recuperação ser mais breve (Miller, Brody & Summerton, 1988, cit in Coelho e Ribeiro, 2000; Sheier et al., 1989; Coelho & Ribeiro, 2000; Martins, 2005).

No que concerne ao melhor modelo encontrado que explique o BES em doentes internados é o da resolução planeada de problemas que tem um poder explicativo/preditivo de 18%.

Considerando as diferentes contingências sociais e o papel que estas ocupam sobre os estilos individuais de *coping*, pode-se assumir que a adaptação à doença e a percepção de bem-estar e qualidade de vida depende da resposta percebida pelo sujeito (Martins, 2005).

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

A amostra total foi constituída por dois grupos de indivíduos, vinte e cinco dos quais em regime de ambulatorio e outros tantos em regime de internamento, sendo que todos pareciam de depressão. Relativamente à caracterização sócio-demográfica esta é muito semelhante em ambos os grupos.

Os resultados demonstraram que as variáveis: o género, o estado civil e os rendimentos neste estudo, não tiveram qualquer correlação com outras variáveis.

A idade apenas se relacionou com a estratégia resolução planeada de problemas, sendo que quando uma aumentava a outra aumentava também.

A variável número de filhos esteve associada com a estratégia de procura de suporte social no caso de menor número de filhos, tal como uma maior satisfação com os amigos. Por outro lado um maior número de filhos esteve associado a um maior valor das estratégias de *coping* fuga-evitamento e aceitar a responsabilidade.

Verificou-se que quanto maior o tempo de diagnóstico, menor era a satisfação com a família. Um maior número de internamentos, revelou uma menor satisfação com os amigos e um menor valor de estratégias de resolução planeada do problema e aceitar a responsabilidade.

Maiores habilitações literárias relacionam-se com uma maior satisfação com as actividades sociais, com uma maior frequência de actos religiosos e com maiores valores de estratégia distanciamento e reavaliação positiva.

Para os indivíduos que consideraram que o trabalho os ajudou a recuperar da doença, apresentaram uma maior satisfação com a família. Os reformados apresentaram maiores valores de estratégia de *coping* procura de suporte social.

Relativamente à religiosidade, verificou-se maiores valores de estratégia fuga-evitamento e aceitar a responsabilidade em sujeitos não religiosos.

No que toca à satisfação com o suporte social, verificou-se que os sujeitos em ambulatorio estavam mais satisfeitos com o suporte social, nomeadamente os amigos, a família, tal como a percepção da existência de suporte íntimo.

No que concerne à utilização de estratégias de *coping*, verificou-se que o grupo em internamento utiliza maior número de estratégias de *coping*.

Verificou-se uma relação positiva entre a intimidade e a estratégia distanciamento. Maiores valores de satisfação com os amigos também se relacionaram com maiores valores de estratégia resolução planeada do problema e reavaliação positiva.

A variável dependente bem-estar subjectivo apresenta valores superiores nos utentes em regime de ambulatório, embora, ao analisarmos separadamente as suas componentes, nem sempre isso acontece. Podemos então dizer que em termos de médias, não existe um grupo predominantemente com maior bem-estar em relação ao outro.

A afectividade positiva apresentou valores menores quanto maior o número de internamentos anteriores. Por sua vez, quanto maior o tempo de diagnóstico, menor a satisfação com a vida e menor o bem-estar subjectivo.

Uma maior percepção de suporte social e também de satisfação com os amigos relaciona-se com um aumento do bem-estar subjectivo.

O bem-estar subjectivo também apresenta valores mais elevados quanto maiores os valores das estratégias resolução planeada do problema e reavaliação positiva, sendo que esta última estratégia se relaciona positivamente com a afectividade positiva.

Apesar do poder explicativo não ser muito elevado os modelos que melhores explicam o BES neste estudo são o da satisfação com os amigos para a amostra total e a amostra em internamento e o da resolução planeada de problemas na amostra em internamento. Relativamente às componentes do bem-estar subjectivo (PA, NA, SWLS) não houve nenhum modelo que tivesse uma melhor explicação.

Em suma, a percepção do suporte social tem um efeito directo no bem-estar psicológico que, por sua vez, influencia a capacidade do doente utilizar estratégias de *coping* (Pereira & Lopes, 2002).

Os resultados encontrados enfatizam a coerência lógica dos conceitos estudados e a sua importância para a prática clínica, pelo que se revela fundamental incluir intervenções terapêuticas no plano de reabilitação psicossocial face à doença, tornado-se essencial para retomar níveis prévios de funcionamento e bem-estar. Pensamos, que seria benéfico sensibilizar os profissionais que trabalham com estes sujeitos da importância destas variáveis de natureza psicossocial e dotá-los de habilidades e competências para poderem intervir eficazmente.

No entanto, parece-nos importante a replicação deste estudo com uma população mais vasta, e estudar de que forma a personalidade influencia o bem-estar subjectivo. Pois sabe-se que a estabilidade do bem-estar subjectivo não é um simples produto dos relatos da avaliação global do indivíduo, antes, os seus próprios juízos reflectem mais do que uma mera resposta às circunstâncias momentâneas, mantendo uma certa consistência emocional (Diener & Lucas, 1999), o que caracteriza enquanto pessoa, com inclinação para experimentar e interpretar os acontecimentos e a vida em termos gerais, de uma maneira mais positiva ou

mais negativa. Nesta perspectiva enquadra-se o interesse atribuído ao papel preponderante da personalidade na predição do bem-estar subjectivo, logo, o este é considerado como uma causa.

Para finalizar, gostaríamos de salientar que o nosso trabalho de investigação pretende ser o mais modesto contributo no âmbito desta temática e que possa constituir um elemento de suporte para futuras investigações, e que tenha contribuído para uma melhor compreensão das variáveis suporte social e estratégias de *coping* e o seu impacto no bem-estar subjectivo. Particularmente nos doentes com depressão, este estudo permitiu um maior conhecimento das variáveis que podem ser modificáveis e de que forma estas afectam o bem-estar e melhoria da qualidade de vida, tentando ir ao encontro da definição de saúde proferida pela OMS (1984).

Consideramos no entanto, que este estudo teve como limitações um número reduzido da amostra, devido à dificuldade sentida em conseguir um maior número, tendo limitado o tratamento estatístico não permitindo uma estatística não-paramétrica, o que limita as conclusões que se possam tirar. Consideramos também como limitação neste estudo não ter sido abordado o grau e natureza da depressão, não permitindo estudar factores como sejam o risco de suicídio e a componente controlo da medicação, uma vez que estes parecem-nos preponderantes em doentes que se encontram em regime de internamento. Apesar desta limitação no estudo verificamos que para a amostra em regime de internamento salienta-se a componente afectiva dos BES, pelo contrário em regime de ambulatório verifica-se um predomínio da componente cognitiva de BES. Pensamos que um maior predomínio da componente cognitiva dos BES em regime de ambulatório, poderá dever-se a uma maior percepção de suporte social e uma maior satisfação com o trabalho. Salienta-se novamente a inadequação do instrumento questionário de estratégias de *coping* a uma população clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, P. (2007). *Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Albernethy, A. D., Chang, T., Seídlitz, L., Evinger, J. S., & Duberstein, P. R. (2002). Religious coping and depression among spouses of people with lung cancer. *Psychosomatics*, *V.43* (6), pp.456-464.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *20* (2), pp.153-164.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC [*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 1995*]. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association. (2000). - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Text revision. American Psychiatric Association, Washington DC,
- Argyle, M.(1987). *The psychology of happiness*. Methuen, New York.
- Argyle, M.(1999). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, D. Diener, & N. Schwarz (Eds), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp.353-373). New York: Russell Sage Publications.
- Assumpção Junior, F. B., Kuczynski, E., Sprovieri, M. H. S., & Aranha, E. M. G. (2000) Escala de avaliação de qualidade de vida: Validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria*, *58* (1), pp.119-127.
- Barriga, I. (2000). *Qualidade de vida e suporte social em sujeitos com sida*. Monografia de Licenciatura do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa: ISPA.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Bennett, P. (2000). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores.
- Berkley, K. J. (1997). Sex differences in pain. *The Behavioral and Brain Sciences*, *20* (3), pp.371-380.
- Berkman, L. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, v. *57*(3), pp. 245-254.
- Berkman, L., Michael, Y., Colditz, G. & Kawachi, I. (2001). Living arrangements, social integration and change in functional health status. *American Journal of Epidemiology*, v. *109*(109), pp. 186-204.
- Berkman, L. & Syme, S.(1979). Social networks, host resistance and mortality: nine year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, v. *109*, pp.186-204.

- Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body* (pp. 152-181). Boston: Allyn and Bacon.
- Bradburn, N. (1969). *The Structure of Psychological Wellbeing*. Chicago: Aldine.
- Brickman, P.; Coates, D.; Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: is happiness relative? *J Pers Soc Psychol* 36 (8), pp. 917-927.
- Brissette, I., Cohen, S. & Seeman, T. (2000). Measuring social integration and social networks. In S. Cohen, L. Underwood & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp. 65-87). New York: Oxford University.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: an interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112 (1), pp.39-63.
- Cacioppo, J., Hawkey, L. & Berntson, G. (2003). The anatomy of loneliness. *Current Directions in Psychological Science* , 12 , 71–74.
- Campbell, A., Converse, P.E., & Rogers, W.L. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundations.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4, pp. 151-155.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K. & Spiegel, D.(1996). *Coping* styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15, pp. 434 - 437.
- Chor, D., Griep, R., Lopes, C. & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, v.17, pp.887-896.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, v. 38, pp.300-314.
- Coelho, M., Ribeiro, J. (2000). Influência do Suporte Social e do *Coping* sobre a percepção subjectiva de Bem-Estar em Mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1 (1), pp.79-87.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist* , v.59 , pp.676–684.
- Cohen, S. (1988). Psychological models of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, v. 7, pp.269-297.
- Cohen, S., & Hoberman, H.(1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, v.13 (2), pp. 99-125.

- Cooper, C., & Faragher, E. (1992). *Coping strategies and breast disorders/cancer. Psychological Medicine*, 22, pp. 447-455.
- Costa, A., Ludermir, A.(2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 21, pp.73- 79.
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy. People. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, pp.668-678.
- Coyne, J.C., & DeLongis (1986). Going beyond social support: the role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 54(4), pp. 454-460.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *Am Psychol* 54, pp. 821-827.
- Daly, L.E. & Bourke, G. (2007). *Interpretação e Aplicações da Estatística em Medicina*. Instituto Piaget, Lisboa.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, pp.542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *AM Psychol* 55(1), pp. 34-43.
- Diener, E.; Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Soc Indic Res* 57(2), pp. 119-69.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (4), pp. 653-663.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), pp.71-75.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of Hedonic Psychology* (pp.213-229). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E., Oishi, S. (2000). Money and happiness: income and subjective well-being across nations. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 185-218). Cambridge, MA: MIT Press.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, pp.403-425.
- Diener, E., Sandvick, E., & Larsen, R. P. (1985). Age and sex effects for emotional intensity. *Developmental Psychology*, 21, pp. 542-546.

- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2003). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, pp. 187-219.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5 (1), pp.1-31.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), pp.276-302.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, pp.25-41.
- Diogo, M. J. E. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 13 (6), pp.395-399.
- Dunkerl-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S., & Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, pp.79-87.
- Edgar, M. D., Ladislav, V. & Schaffner, L. (1997). Coping and Psychological Adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, pp. 408-418.
- Endler, N.S. (1997). Stress, anxiety and coping: the multidimensional interaction model. *Canadian Psychology*, Vol 38 (3), p. 136.
- Endler, N., Parker, J., & Summerfeldt (1998). Coping with health problems: Developing a reliable and a valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10(3), pp.195-205.
- Eriksen, H. R., Ihlebaek, C., & Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27 (1), pp. 63-72.
- Eriksen, H. R., Svendsrød, R., Ursin, G., & Ursin, H. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *European Journal of Public Health*, 8, pp. 294-298.
- Evans, D., Thompson, A., Browne, G., Barr, R., & Barton, B. (1993). Factors associated with psychosocial well-being of adults with acute leukemia in remission. *Journal of Clinical Psychology*, 49, pp.153-160.
- Faria, J. B., & Seid, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e Bem-Estar Subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11 (1), pp.155-164.
- Ferreira, J. A. G. A., & Simões, A. (1999). Escalas de Bem-estar Psicológico (E.B.E.P.). In M.R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2), pp.111-1219. Braga: APPORT/SHO.

- Fiquer, J. (2006). *Bem-estar subjetivo: influência de variáveis pessoais e situacionais de afectos positivos e negativos*. Tese de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and *coping* processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), pp.839-852.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1985). If it changes must be a process: A study of emotion and *coping* during three stages examination. *Journal of Personality and Social psychology*, 48, pp.150-170.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of *coping*. *American Psychologist*, 55 (6), pp. 647-654.
- Fordyce, M. W. (1986). The Psychap Inventory: A multi-scale test to measure happiness and its concomitants. *Social Indicators Research*, 18, pp.1-34.
- Fredrickson, B. (1998). Wath good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, pp. 300-319.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56 (3), pp. 218-226.
- Galinha, I. C., & Pais Ribeiro, J.L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito afecto. *Análise psicológica*, 2(XXIII), pp. 209-218.
- Garamoni, G.L., Reynolds, C. F., Thase, M.E., Frank, E., Berman, S.R., Fasiczka, A.L. (1991). The balance of positive and negative affects in major depression: a further test of the States of Mind model. *Psychiatry Res.*, 39 (2), pp.99-108.
- Geadá, M. (1996). Mecanismos de defesa e de *coping* e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIV), pp.191-201.
- Gibson, J. & Brown, S. D. (1992). Counseling adults for life transitions. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.) *Handbook of Counseling Psychology*, (285-313). New York: John Willey & Sons, Inc.
- Gijsbers van Wijk, C. M., van Vliet, K. P., Kolk, A. M., & Everaerd, W. T. (1991). Symptom sensitivity and sex differences in physical morbidity: a review of health surveys in the United States and the Netherlands. *Women & Health*, 17, pp. 91-124.
- Haring, M.J.; Stock, W.A.; Okun, M.A. (1984). A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. *Hum Relat* 37: 645-657.
- Headdy, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (4), pp.731-739.

- Helgeson, V. & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, v.15 , pp.135-148.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Holland, J. C., & Rowland, j. H. (2000). Handbook of Psychooncology: *Psychological care of patients with cancer*. New York: Oxford University Press.
- House, J. & Kahn, R. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Chen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp.83 – 108). New York: Academic Press.
- Hupcey, J.(1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, v.27, pp.1231-1241.
- Ihlebaek, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30 (1), pp.20-29.
- Inglehart, R. (1990). Culture shift in advanced industrialized society. Princeton University Press, Princeton.
- Inglehart, R., & Klingemann, H. D. (2000). Genes, Culture, Democracy, and Happiness. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Kahneman, D.; Krueger, A.B.; Schkade, D.; Schwarz, N.; Stone, A.A. (2006). Woul you be happier if you were richer? A foccusing illusion. *Science* 30; 312 (5782): pp.1908-1910,.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.) (1999). Well-being: *The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Kaplan, H.I. e Sadock, B.J. (1993). *Compêndio de Psiquiatria*. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, R., & Toshima, M. (1985). The Functional effects of social relationships on chronic illness and disability. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social Support. An Interaction view* (pp. 427-453). New York: John Wiley & Sons.
- Kiecolt-Glaser, J., & Newton, T. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin* , v.127 , pp.427–503.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., & Paris, J. (1994). Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), pp.125-136.
- Koo, J., Rie, J. & Park, K. (2004). Age and gender differences in affect and subjective wellbeing . *Geriatrics and Gerontology International*, 4, pp. 268-270.
- Krause, N.; Liang, J. e Yatomi, N. (1989). Satisfaction with Social Support and Depressive Symptoms: A Panel Analysis. *Psychology and Aging*, 4 (1), pp. 88 - 97.

- Kroenke, K., & Price, R. K. (1993). Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, 153 (21), pp. 2474-2480.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60 (2), pp.150-155.
- Kubovy, M. (1999). On the pleasures of the mind. In: Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N. Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology, pp.134-154. New York: Russel Sage Found.
- Ladwig, K. H., Marten-Mittag, B., Formanek, B., & Dammann, G. (2000). Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *European Journal of Epidemiology*, 16 (6), pp.511-518.
- Larson, R.W. (2000). Toward a psychology of positive youth development. *Am Psychol* 55(1), pp. 170-183.
- Lawer-Row, K., & Piferi, R. L. (2006). The forgiving personality: describing a life well lived? *Personality and Individual Differences*, 41, pp.1009-1020.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lever, J. P (2004). Poverty and subjective well-being in México. *Social Indicators Research*, 68 (1), pp. 1-33.
- Lewinsohn, P., M., MacPhillamy, D. J. (1974). The relationship between age and engagement in pleasant activities. *Journal of Gerontology*, 29, pp. 290-294.
- Lima, M. S., Knapp, P., Blaya, C., Quarantini, L.C., Oliveira, I.R., Lima, P.A.S.P. (2004). Depressão. In: Knapp, P. e colaboradores. *Terapia cognitivo-comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., Hahn, S., Brody, D., & deGruy, F. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *American Journal of Medicine*, 101 (5), pp.526-533.
- Llanes, G. D. (2001). El bienestar subjetivo: Actualidad y Perspectivas. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 17 (6), 572-579.
- Lourenço, P. R. & Gomes, D. (2003). Da pluralidade à bidimensionalidade da eficácia dos grupos/equipas de trabalho. *Psychologica*, 33, pp.7-32.
- Lovisi, G. M.; Milanil, I.; Caetano, G.; Abelha, L. e Morgado, A. F. (1996). Suporte Social e Distúrbios Psiquiátricos: Em que Base se Alicerça a Associação ? *Informação Psiquiátrica*, 15 (2), pp. 65 - 68.
- Lucas, R. E., & Golm, C. L. (2000). Age and Sex differences in subjective well-being across cultures. In E. Diener & E. M. Sush (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 291-318). Cambridge, Massachusetts:MIT Press.

- Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *Journal of Social Psychology*, 137 (3), pp. 369--373.
- Martins, C. S. C. (2005). Impacto do Suporte Social e dos Estilos de *Coping* sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com Lupús. *Psicologia: o Portal dos Psicólogos*.
- Marujo, H., Neto, L., & Perloiro, M. (1999). *Educar para o optimismo*. Lisboa: Editorial Presença.
- Martinez, M.(2002). *As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- McIntosh, D.N.; Silver, R.C.; Wortman, C.B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: *coping* with the loss of a child. *J Pers Soc Psychol*, 65, pp. 812-821, 1993.
- Merluzzi, T., & Sanchez, M. (1997). Assesment of self-efficacy and *coping* with cancer: Development and validation of the Cancer Behavior Inventory. *Health Psychology*, 16, pp. 163-170.
- Moreira-Almeida, A.; Lotufo Neto, F.; Koenig, H.G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 28(3), pp.242-250.
- Myers, D.G. (1999). Close relationships and quality of life. In D. Kahneman, D. Diener, & N. Schwartz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp.374-391). New York: Russell Sage Publications.
- Myers, D.G.; Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychol Sci* 6, pp. 10-9.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características da personalidade. *Psychologica*, 22, pp. 55-70.
- Nicola, E. (2005). *A satisfação com o suporte social em mulheres portadoras de câncer de mama*. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Oliveira, J.H. (2000). Felicidade: Teorias e factores. *Psicologia, Educação e Cultura*, IV, pp. 281-309.
- Oliveira, J., Lima, F., & Saldanha, A. (2007). Bem- Estar Subjectivo em mães de crianças com diagnóstico soro-interrogativo para o HIV. *Comunicação no IX Congresso virtual HIV/AIDS subordinado ao tema: Ciência Social e Comportamental*.
- Oliveira, R., Viveiros, A., Tenreiro, I., Abrantes, C., Laíns, J., & Paixão, R. (1999). O Suporte Social em doentes em reabilitação. In Sequeira, A., Teixeira, J., Ornelas, J., Silveira, M. e Amaro, J. (Eds.) *Reabilitação e Comunidade – Actas da 1ª Conferência “ Reabilitação e Comunidade”* (pp. 177-180). Lisboa: ISPA.

- OMS (1984). *Bulletin of the World Health Organization*, 62. Genève: OMS
- Paixão, R., & Oliveira, R.A. (1996). Escala Instrumental e expressiva do suporte social. *Psicológica*. V.16, pp. 83-89.
- Passareli, P., Silva, J. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjectivo. *Estudos da Psicologia*, 24 (4), pp.513-517.
- Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G. & Wulff, K. M. (2001). Religious coping among the religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40, pp.491-513.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Peterson, L. M. (2003). *Group rehabilitation for cancer patients: effects, patient satisfaction, utilization and prediction of rehabilitation need*. Acta Universitatis Upsaliensis. Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy in Caring Sciences presented at Uppsala University.
- Petrie, A. & Sabin, C. (2000). *Compêndio de Estatística Médica*. Instituto Piaget, Lisboa.
- Petrini, J. (2003) *Pós-modernidade e famílias – um itinerário de compreensão*. São Paulo: EDUSC.
- Procidano, M.E. e Heller, K. (1983). Measures of Perceived Social Support from Friends and from Family: Three Validations Studies. *American Journal of Community Psychology*, 11 (1), pp. 1 - 24.
- Raimundo, A. (2003). *Qualidade de vida, Suporte Social e Satisfação Sexual em Mulheres com Incontinência Urinária*. Tese de dissertação do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J.(1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, v.XII (2/3), pp.179-191.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), pp. 547-558.
- Ribeiro, J. & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, XIX (4), pp.491-502.
- Ribeiro, J. L.P. & Rodrigues, A.P. (2004). Questões Acerca do Coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Copc. *Psicologia, Saúde e Doenças*, V (001), pp. 3-15.
- Riley, J. L., 3rd, Robinson, M. E., Wise, E. A., Myers, C. D., & Fillingim, R. B. (1998). Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain*, 74 (2-3), pp.181-187.

- Robbins, S. B., & Kliewer, W. L. (2000). Advances in theory and research on subjective well-being. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* (3^a ed., pp. 310-345). New York: John Wiley & Sons.
- Rodriguez, M., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, v. 3, pp.535-544.
- Rossi, A. S., Rossi, P. H. (1990). Of human bonding: parent-child relations across the life course. New York: Aldine the Gruyter.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, (1), pp.141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), pp.1069-1081.
- Saks, A. M. (2005). Job search success: A review and integration of predictors, behaviors, and outcomes. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Career development and counseling: Putting theory and research to work* (pp. 155-179). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Salovey, P.; Rothman, A.J.; Steward, W.T. - Emotional states and physical health. *Am Psychol* 55(1), pp.110-121, 2000.
- Santos, C., Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo da adaptação da escala da satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v.4 (2), pp.185-204.
- Sarason, I.(1988). Social Support, Personality and Health. In M.P. Janisse (Ed.), *Individual Differences, Stress and Health Psychology* (pp. 109-128). New York: Springer-Verlag.
- Sarason, B., Sarason, I., & Pierce, G. (1990): Traditional Views of Social Support and Their Impacto Assessment. In B. Sarason, I. Sarason & G. Pierce (Eds.) *Social Support-an interactional view* (pp.9-25). New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Satterfield, J.M.(2001). Happiness, excellence and optimal human functioning. *Journal Digest* 174, pp.9-26.
- Schultz, R., & Rau, M. (1985). Social Support through the Life Course. In S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp.129-149). Orlando: Academic Press Inc.
- Seeman, T. (1998). *Social support and social conflict*. Retrieved in October 23rd, 2003.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology – An introduction. *American Psychologist*, 55, pp. 5-14.
- Serra, A. V. (1990). A relevância clínica do *coping* nos transtornos emocionais. *Psiquiatria na Prática Médica*, 3 (4), pp.157-163.

- Serra, A.V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), pp.261-278.
- Sheier, M., Matthews, K., Owens, J., Magovern, G., Lefebvre, R., Abbott, R., & Carver, C.(1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, pp.1024-1040.
- Shieds, M., & Wooden, M. (2003). *Marriage, children and subjective well-being*. Paper presented at the Australian Institute of Family Studies Conference, Melbourne.
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S. & Dzokoto, V. (2002). Culture, Personality, and Subjective Well-Being: Integrating Process Models of Life Satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (4), pp.582-593.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXVI(3), pp.503-515.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXVII (Nº3), pp.387-404.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. d. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M., & Oliveira, A. L.(2000). O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicologia Educação e Cultura*, IV (2), pp. 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. D. R. M. M., Vieria, C. M. C., Matos, A. P. M., & Oliveira, A. L. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: um estudo transversal. *Psychologica*, 37(1), pp.5-30.
- Silverstein, B., & Blumenthal, E. (1997). Depression mixed with anxiety, somatization and disordered eating: relationships with gender-role-related limitations experienced by females. *Sex Roles*, 36, 709-724.
- Siqueira, M., Jesus, S., & Oliveira, V.(2008). Psicologia da Saúde – Teoria e Pesquisa. In M. Siqueira & V. Padovam, *Suporte Social* (pp.65-84).Universidade do Algarve/Universidade Metodista de São Paulo.
- Sluzki, C.(2003) *A rede social na prática sistémica*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stephoe, A., Wardle, J., & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *PNAS*, 102 (18), pp.6508-6512.
- Stock, W.A.; Okun, M.A.; Haring, M.J.; Witter, R.A. (1983). Age and subjective well-being: a meta-analysis. In: Light, R.J. (ed.). *Evaluation studies: review annual*. Vol.8. Sage, Beverly Hills, pp. 279-302.
- Stones, M. J., & Kozma, A. (1985). Structural relationships among happiness scales: A second order factorial study. *Social Indicators Research*, 17, pp.19-28.

- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, v. 370, pp.1960–1973.
- Taylor, S.E.; Kememy, M.E.; Reed, G.M.; Bower, J.E.; Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychol* 55 (1), pp. 99-109.
- Thoits, P. (1982). Conceptual, Methodological and Theoretical Problems in studying social support as a buffer against life stressors. *Journal of health and social behavior*, v.23, pp. 145-159.
- Van Praag, B. M. S., Frijters, P., & Ferrer-i-Carbonell, A. (2003). The anatomy of subjective well-being. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 51, pp.29-49.
- Van Wijk, C. M., & Kolk, A. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science & Medicine*, 45 (2), pp.231-246.
- Vassend, O., & Skrandal, A. (1999). The role of negative affectivity in self-assessment of health – A structural equation approach. *Journal of Health Psychology*, 4 (4), pp.465-482.
- Vaux, A. (1988). *Social support. Theory, research and intervention*. New York: Praeger.
- Vaz Serra, A. (1986). *O stress na vida de todos os dias*. Vale & Vale editors, Lda.
- Vaz-Serra, A. (2002). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Edição de Autor.
- Veenhoven, R. (1991). Questions on happiness: classical topics, modern answers, blind spots. In: Strack, F.; Argyle, M.; Schwartz, N. (eds.). *Subjective well-being: an interdisciplinary perspective*. Pergamon, New York, pp. 7-26.
- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, pp.156-182.
- Verbrugge, L. M. (1982). Sex differentials in health. *Public Health Reports*, 97 (5), pp.417-437.
- Vieira, L. (2007). *A Realização Pessoal na Relação Pedagógica. Estudo do Bem-Estar Subjectivo de Professores dos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e do Ensino Secundário*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.
- Wallis, C. (2005). The new science of happiness. *Time Mind & Body*, 65, pp.38-44.
- Wanberg, C. R. (1995). A longitudinal study of effects of unemployment and quality of reemployment. *Journal of Vocational Behavior*, 46, pp.40-54.
- Wanberg, C. R. (1997). Antecedents and outcomes of coping behaviors among unemployed individuals. *Journal of Applied Psychology*, 82(5), pp.731-744.

- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, pp. 678-691.
- Watson, D.(2000) . *Mood and temperament*. The Guilford Press, New York.
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, pp.219-235.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measure of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), pp.1063-1070.
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (2003). *Tratar a Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

ANEXOS



Universidade do Algarve



Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde

Consentimento Informado

Caro/a utente,

No âmbito do programa do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, estou a realizar um estudo que visa compreender de que forma variáveis como o suporte social, estratégias de *coping*, o trabalho e outras de natureza pessoal influenciam o bem-estar subjectivo em sujeitos deprimidos.

Serão utilizados como instrumentos de colheita de dados: questionário de dados biográficos, escala da satisfação com o suporte social, escala de *coping* com problemas de saúde, escala da afectividade positiva e negativa e escala da satisfação com a vida.

Desta forma, solicito a sua colaboração que será de extrema importância para a realização do estudo. Saliento que não existem respostas certas ou erradas, pelo que deve ser sincero e espontâneo nas suas respostas.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente, pelo que se encontra garantido o sigilo das respostas.

Participe ou não neste estudo, tal não afectará os cuidados de saúde que lhe serão prestados.

Agradeço a sua colaboração, solicitando que responda a todas as questões, pois o seu contributo será valioso. Peço-lhe que faça uma rubrica mais abaixo, como consente participar neste estudo. Os meus sinceros agradecimentos.

INVESTIGADOR:

UTENTE:

Nº _____

Questionário de Dados Biográficos

1. Idade ____anos. **2. Sexo:** Masculino Feminino

3. Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo

4. Nº Filhos _____.

5. Escolaridade: Ensino Primário Ensino Secundário

Ensino Superior

6. Trabalho: Desempregado Empregado Reformado

6.1. Caso não trabalhe:

6.1.1. A doença esteve na origem do abandono laboral?

Sim Não

6.2 Apenas para os que trabalham:

6.2.1. Sente-se satisfeito(a), realizado(a) e feliz com o seu trabalho?

Sim Não

6.2.2. Pensa que o trabalho o(a) ajuda na recuperação da sua doença?

Sim Não

7. Nível Sócio-Económico: Até €500 De €500 a €1000

De €1000 a €1500 De €1500 a €2000 Mais de €2000

8. Religiosidade:

8.1. Tem alguma crença ou religião? Sim Não

8.2. Com que frequência é praticante:

Várias vezes/semana ;

1 vez/semana ;

2/3 vezes/semana ;

1 vez/mês ;

2/3 vezes/mês ;

Algumas vezes/ano ;

Não

praticante

8.3. Procura ajuda espiritual quando se sente doente?

Sim Não

9. Regime Tratamento: Internamento Ambulatório

10. Tempo de diagnóstico: Menos de 1 ano De 1 a 3 anos

De 3 a 5 anos Mais de 5 anos

11. Tempo de internamento: _____ dias.

12. Internamentos anteriores: Sim Não Quantos: _____

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

(Pais Ribeiro, 1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1 – Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2 – Não saio com amigos tantas vezes quanto eu gostaria	A	B	C	D	E
3 – Os amigos não me procuram tantas vezes quanto eu gostaria	A	B	C	D	E
4 – Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5 – Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6 – Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7 – Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8 – Gostava de participar mais em actividades de organizações (por ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9 – Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10 – Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11 – Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12 – Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13 – Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14 – Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15 – Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING* (Q.E.C.)

(Adaptação de C. Santos & J. Ribeiro, 1998)

O Questionário de Estratégias de *Coping* (Q.E.C.) tem como objectivo avaliar as várias estratégias utilizadas para lidar com situações de maior stress que experienciou recentemente na sua vida. Por situação “stressante” entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiada(o) pelo facto daquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma.

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stress. Pensando na forma como lidou com a situação de stress que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a escala.

	ITENS	Nunca usei	Usei de alguma forma	Usei algumas vezes	Usei muitas vezes
1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir – no próximo passo.	1	2	3	4
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa.	1	2	3	4
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião.	1	2	3	4
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação.	1	2	3	4
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim própria(o).	1	2	3	4
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma.	1	2	3	4
7	Esperei que acontecesse um milagre.	1	2	3	4
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido.	1	2	3	4
9	Tentei guardar para mim própria(o) o que estava a sentir.	1	2	3	4
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema.	1	2	3	4
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema.	1	2	3	4
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo.	1	2	3	4
13	Eu estava inspirada em fazer algo criativo.	1	2	3	4
14	Tentei esquecer tudo.	1	2	3	4
15	Procurei ajuda de um profissional.	1	2	3	4

16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva.	1	2	3	4
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação.	1	2	3	4
18	Construí um plano de acção e segui-o.	1	2	3	4
19	Consegui mostrar o que senti.	1	2	3	4
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos.	1	2	3	4
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes.	1	2	3	4
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta m relação ao problema.	1	2	3	4
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos.	1	2	3	4
24	Fiz algo muito arriscado.	1	2	3	4
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso.	1	2	3	4
26	Encontrei nova esperança.	1	2	3	4
27	Redescobri o que é importante na vida.	1	2	3	4
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem.	1	2	3	4
29	Evitei estar com as pessoas em geral.	1	2	3	4
30	Não deixei que a situação me afectasse; recusei-me a pensar demasiado sobre o problema.	1	2	3	4
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito.	1	2	3	4
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação.	1	2	3	4
33	Tomei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério.	1	2	3	4
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir.	1	2	3	4
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria.	1	2	3	4
36	Passsei o problema para os outros.	1	2	3	4
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida em situações semelhantes.	1	2	3	4
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem.	1	2	3	4
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido.	1	2	3	4
40	Prometi a mim própria(o) que as coisas para a próxima seriam diferentes.	1	2	3	4
41	Criei várias soluções diferentes para o problema.	1	2	3	4

42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas.	1	2	3	4
43	Mudei algumas coisas em mim própria(o).	1	2	3	4
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse.	1	2	3	4
45	Desejei que as coisas voltassem atrás.	1	2	3	4
46	Rezei.	1	2	3	4
47	Pensei para mim própria(o) naquilo que iria dizer ou fazer.	1	2	3	4
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo.	1	2	3	4

Descreva brevemente, a situação stressante em que pensou ao responder a este questionário, quem estava envolvido, o que é que aconteceu e o que é que tornou a situação stressante. Esta descrição será útil para a interpretação do questionário.

PANAS (Watsom, Clark & Tellegon, 1988; Simões, 1993)

Encontra a seguir, uma lista de palavras, que representam diferentes sentimentos e emoções. Indique, até que ponto, experimentou esses sentimentos e emoções, na última semana.

Responda, marcando um círculo à volta da letra que melhor define o sentimento ou emoção que experienciou.

	Muito pouco ou nada	Um pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo
1. Interessado(a)	A	B	C	D	E
2. Eflito(a)	A	B	C	D	E
3. Estimulado (animado)(a)	A	B	C	D	E
4. Aborrecido(a)	A	B	C	D	E
5. Forte	A	B	C	D	E
6. Culpado(a)	A	B	C	D	E
7. Assustado(a)	A	B	C	D	E
8. Hostil (inimigo)(a)	A	B	C	D	E
9. Entusiasmado.(arreatado)(a)	A	B	C	D	E
10. Orgulhoso(a)	A	B	C	D	E
11. Irritável	A	B	C	D	E
12. Atento(a)	A	B	C	D	E
13. Envergonhado(a)	A	B	C	D	E
14. Inspirado(a)	A	B	C	D	E
15. Nervoso(a)	A	B	C	D	E
16. Decidido(a)	A	B	C	D	E
17. Atencioso(a)	A	B	C	D	E
18. Agitado(inquieto)(a)	A	B	C	D	E
19. Activo(mexido)(a)	A	B	C	D	E
20. Medroso(a)	A	B	C	D	E
21. Emocionado(a)	A	B	C	D	E
22. Magoado(a)	A	B	C	D	E

SWLS (Diener et al., 1985, Simões, 1992)

Mais abaixo, encontrará cinco frases, com que poderá concordar ou discordar. Responda, marcando um círculo à volta da letra que melhor indica a sua resposta.

	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo Nem discordo	Concordo um pouco	Concordo Muito
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	A	B	C	D	E
2. As minhas condições de vida são muito boas.	A	B	C	D	E
3. Estou satisfeito com a minha vida.	A	B	C	D	E
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	A	B	C	D	E
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria nada.	A	B	C	D	E

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!