



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

---

**“Bem-Estar Subjectivo, traços de personalidade e suporte social em  
pacientes sujeitos a radioterapia”**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Marta Isabel Nunes Martins

FARO

2012



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

---

**“Bem-Estar Subjectivo, traços de personalidade e suporte social em  
pacientes sujeitos a radioterapia”**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Marta Isabel Nunes Martins

**Orientadora:** Professora Doutora Ida Manuela de Freitas Andrade Timóteo Lemos

FARO

2012

## **Agradecimentos**

A realização desta dissertação de mestrado só foi possível devido ao contributo directo ou indirecto de várias pessoas. Desta forma, considero importante dedicar alguns agradecimentos a todos aqueles que de uma forma muito especial apoiaram e incentivaram a execução e conclusão deste trabalho.

Começo por agradecer à Professora Doutora Ida Lemos, minha orientadora, em primeiro por me ter aceite como sua orientanda e depois por todo o apoio e incentivo demonstrado ao longo da realização do trabalho, bem como por todos os conselhos dados, todo o carinho, simpatia, amizade e disponibilidade sempre presentes ao longo destes meses. Não deixo passar em branco toda a “ginástica” de horários que fez para me receber sempre que necessário.

Agradeço à direcção da Unidade de Radioterapia do Algarve, que permitiu a realização da investigação no seu espaço com a amostra pretendida.

A todos as participantes que gentilmente acederam em colaborar no preenchimento dos instrumentos, sem as quais não teria sido possível realizar este trabalho.

À Professora Doutora Alexandra Gomes pela ajuda que me deu no esclarecimento de algumas dúvidas de estatística.

Aos meus amigos, por todas as palavras de incentivo, pela preocupação constante, pela ajuda disponibilizada, por todo o carinho e por me manterem longe das tentações. Apesar da pressão do “quando acabas?” também soube muito bem o “parabéns! Já está”.

À minha família, pelo incentivo e apoio presente todos os dias e por entenderem algumas ausências.

Em especial, à minha mãe! A pessoa que sempre fez com que tudo fosse possível. Que caminhou comigo de mãos dadas desde o primeiro dia e que contribuiu a todos os níveis para que hoje pudesse estar onde estou. A ti, o meu obrigada especial por rires comigo, me acalmares quando era necessário, pela sabedoria transmitida e acima de tudo pelo Amor incondicional. Já podes respirar de alívio! Eu disse-te que ia valer a pena.

**A todos o meu sincero obrigada!**

## **Resumo**

Numerosos estudos sugerem que as características sócio-demográficas (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999), os traços de personalidade (Diener & Seligman, 2002) e o suporte social (Chou, 1999) são variáveis que explicam a variabilidade do Bem-Estar Subjectivo (BES) na população em geral. O estudo do BES e as variáveis que lhe estão associadas estão no entanto menos estudadas nos doentes oncológicos e podem contribuir para delinear intervenções focalizadas no aumento da sua saúde física e mental.

O objectivo da presente investigação é o de analisar eventuais relações entre o BES, as características de personalidade e o suporte social percebido em doentes oncológicos. Especificamente, procurámos estudar se existem diferenças no BES ao nível das variáveis sócio-demográficas, uma associação significativa entre a idade e o BES, bem como, verificar eventuais associações entre os traços de personalidade dos participantes e suporte social percebido e o BES e conhecer que variáveis predizem o BES numa amostra de 40 mulheres com doença oncológica.

Os resultados obtidos sugerem diferenças no BES somente em função das seguintes variáveis sócio-demográficas: situação profissional, nível sócio-económico e o facto de ser submetido a cirurgia. A idade surge associada de forma negativa à satisfação com a vida e aos afectos positivos. O neuroticismo, a extroversão, a abertura à experiência e o suporte social total surgem significativamente associados a todas as componentes do BES (satisfação com a vida, afectos positivos, afectos negativos e balanço da afectividade).

As principais variáveis predictoras do BES nesta amostra foram o neuroticismo, a extroversão, a amabilidade, a satisfação com os amigos e a satisfação com a família.

**Palavras-Chave:** Bem-Estar Subjectivo; Personalidade; Suporte Social; Doença Oncológica

## **Abstract**

The literature suggests that socio-demographic characteristics (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999), personality traits (Diener & Seligman, 2002) and social support (Chou, 1999) may explain the variability of Subjective Well-Being (SWB) in the general population. However, there is a need to study the SWB and its variables in cancer patients. Such investigations are relevant, in order to contribute to the enhancement and improvement of these patients physical and mental health.

The aim of this research is to analyse possible relations between the SWB, personality traits and social support perceived by the participants in the study. Therefore, we sought to study differences in SWB as a function of socio-demographic variables, the association between age and SWB, as well as, to analyse possible associations between personality traits and social support of cancer patients. Also, our study intends at understanding which variables predict SWB on a sample of 40 women with cancer.

The results indicate that there are only differences in the SWB according to the following socio-demographic variables: employment status, socio-economic level, and being subjected to surgery. The age was negatively associated with life satisfaction and positive affect. Neuroticism, extraversion, openness to experience and total social support were associated with all the components of SWB (life satisfaction, positive affect, negative affect and affectivity balance).

The main predictors of SWB in this sample were neuroticism, extroversion, agreeableness, satisfaction with friends and satisfaction with family.

**Keywords:** Subjective Well-Being; Personality; Social Support; Oncologic Disease

## Índice

INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	4
1.1. Bem-Estar Subjectivo.....	5
1.2. Factores que explicam a variabilidade do bem-estar subjectivo.....	7
1.2.1. Variáveis sócio-demográficas.....	7
1.2.2. Traços de Personalidade.....	10
1.2.3. Suporte social.....	13
2. OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	19
3. METODOLOGIA.....	21
3.1. Amostra.....	21
3.1.1. Técnica de amostragem.....	21
3.1.2. Descrição da amostra.....	21
3.1.3. Características clínicas da amostra.....	22
3.2. Variáveis.....	23
3.3. Instrumentos de Recolha de Dados.....	24
3.3.1. Questionário de dados Sócio-Demográficos e Clínicos.....	24
3.3.2. Escala de Afectos Positivos e Afectos Negativos (PANAS).....	24
3.3.3. Escala de Felicidade Subjectiva.....	25
3.3.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	25
3.3.5. Inventário de Personalidade NEO-PI-R forma breve (NEO-FFI).....	26
3.4. Procedimento de Recolha de Dados.....	27
3.5. Procedimento de Análise de Dados.....	28
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	31
4.1. Diferenças entre as médias das componentes do BES.....	31
4.2. Resultados no BES em função do estado civil.....	31
4.3. Resultados no BES em função da situação profissional.....	32

4.4. Resultados no BES em função das habilitações literárias .....	33
4.5. Resultados no BES em função da idade .....	34
4.6. Resultados no BES em função do nível sócio-económico .....	34
4.7. Resultados no BES em função da variável coabitação .....	35
4.8. Resultados no BES em função da variável realização de cirurgia .....	36
4.9. Associação entre os traços de personalidade e as componentes do BES .....	37
4.10. Associação entre o suporte social e as componentes do BES .....	39
4.11. Preditores da Satisfação com a Vida .....	41
4.12. Preditores dos Afectos Positivos .....	42
4.13. Preditores dos Afectos Negativos .....	43
4.14. Preditores do Balanço da Afectividade .....	44
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	47
5.1. Diferenças no BES e nas suas componentes em função das variáveis sócio-demográficas e clínicas .....	47
5.2. Associação entre o BES e a idade .....	49
5.3. Associação entre as características de personalidade e a Satisfação com a Vida .....	49
5.4. Associação entre as características de personalidade e os Afectos Positivos .....	50
5.5. Associação entre as características de personalidade e os Afectos Negativos .....	52
5.6. Associação entre as características de personalidade e o Balanço da Afectividade .....	52
5.7. Associação entre o suporte social e as componentes do BES .....	54
5.8. Preditores da Satisfação com a Vida .....	57
5.9. Preditores dos Afectos Positivos .....	57
5.10. Preditores dos Afectos Negativos .....	58
5.11. Preditores do Balanço da Afectividade .....	58
6. CONCLUSÕES .....	61
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	66
ANEXOS .....	71

## **Índice de Anexos**

Anexo A –Carta de pedido de autorização à Administração da Unidade de Radioterapia do Algarve para a realização da investigação .....	72
Anexo B – Consentimento informado .....	73
Anexo C – Questionário Sócio-Demográfico e Clínico .....	74
Anexo D – Escala de Afectos Positivos e Afectos Negativos.....	77
Anexo E – Escala de Felicidade Subjectiva .....	78
Anexo F – Escala de Satisfação com o Suporte Social .....	79
Anexo G – Inventário de Personalidade NEO-FFI.....	80

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Médias e Desvios-Padrão das componentes do BES .....	31
Tabela 2 – Diferenças em relação às componentes do BES em função do estado civil (Média, Desvio-Padrão e Teste de Mann-Whitney) .....	32
Tabela 3 – Diferenças em relação às componentes do BES em função da situação profissional(Média, Desvio-Padrão e Teste de Mann-Whitney) .....	33
Tabela 4 – Diferenças em relação às componentes do BES em função das habilitações literárias (Média, Desvio-Padrão e Teste de Mann-Whitney).....	34
Tabela 5 – Diferenças em relação às componentes do BES em função do nível sócio-económico (Média, Desvio-Padrão e Teste de Mann-Whitney) .....	35
Tabela 6 – Diferenças em relação às componentes do BES em função da coabitação (Média, Desvio-Padrão e Teste de Mann-Whitney) .....	36
Tabela 7 – Diferenças em relação às componentes do BES em função da realização de cirurgia (Média, Desvio-Padrão e Teste de Mann-Whitney).....	37
Tabela 8 – Relação entre os traços de personalidade, a satisfação com a vida, os afectos positivos, os afectos negativos e o balanço da afectividade (coeficiente de correlação de Pearson.....	39
Tabela 9 – Relação entre o suporte social, a satisfação com a vida, os afectos positivos, os afectos negativos e o balanço da afectividade (coeficiente de correlação de Pearson.....	40
Tabela 10 – Modelo de regressão hierárquica múltipla da satisfação com a vida.....	42
Tabela 11 – Modelo de regressão hierárquica múltipla dos afectos positivos.....	43
Tabela 12 – Modelo de regressão hierárquica múltipla dos afectos negativos.....	44
Tabela 13 – Modelo de regressão hierárquica múltipla do balanço da afectividade.....	45

**“Tudo o que sonhes que és capaz de fazer, começa-o!  
A coragem traz consigo génio, poder e magia”**

Goethe

# INTRODUÇÃO

---

## INTRODUÇÃO

O estudo da temática do BES remonta aos filósofos e pensadores da Antiguidade, que se debruçavam sobre o tema da felicidade e da sua procura. Na actualidade suscita um interesse crescente na investigação, sendo um conceito actualmente associado à Psicologia Positiva (Vieira & Jesus, 2007).

O Bem-Estar Subjectivo (BES) tem despertado ao longo do tempo a atenção dos investigadores como componente fundamental da Psicologia da Saúde e da Psicologia Positiva (Jesus, 2006). Contrariamente ao que acontecia em termos de investigação científica até então, cuja visão se centrava nos aspectos negativos individuais e de doença, a Psicologia Positiva tem como objectivo salientar os aspectos positivos e as forças de carácter positivo que facilitam o desenvolvimento pessoal, a optimização e a promoção do bem-estar e da felicidade (Duckworth, Steen & Seligman, 2005).

A emergência de uma doença crónica, tal como a doença oncológica, que se torna num forte agente stressante físico e psicológico, pode tornar-se uma das causas que afectam os níveis de bem-estar subjectivo. Quer o diagnóstico, quer o tratamento da doença oncológica têm consequências a nível físico e psicológico, com profundo impacto no bem-estar e qualidade de vida dos doentes (Ribeiro, 2005).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) o cancro é o termo que designa um crescimento rápido e descontrolado de células que pode afectar qualquer parte do corpo. Apesar de ser uma das principais causas de mortalidade a sua percentagem de sucesso do tratamento das doenças oncológicas é bastante significativa, especialmente se forem detectados numa fase inicial. As formas de tratamento existentes actualmente são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia.

Contudo, o doente oncológico não tem apenas a sua saúde física ameaçada, também a nível social podem surgir problemas nas relações interpessoais levando consequentemente ao isolamento social, como também a nível psicológico (sintomas de depressão, ansiedade, tristeza, fadiga, cansaço e desânimo) devido ao sofrimento psicológico que a sua condição de saúde acarreta (Pereira & Lopes, 2005; Voigtmann, Köllner, Einsle, Alheit, Joraschky & Herrmann, 2010).

A OMS (2012) refere que o cancro é a principal causa de morte no mundo e em 2008 foram registadas 7.6 milhões de mortes. A América do Norte e a Europa são as regiões com maior taxa de incidência de todos os tipos de cancro para ambos os sexos e a Europa regista ainda as taxas mais elevadas de cancro da mama.

Embora as doenças oncológicas representem 13% da mortalidade a nível mundial, cerca de 70% de todas as mortes por cancro ocorrem em países com baixos e médios recursos económicos (OMS, 2012).

Em Portugal, Macedo, Andrade, Moital, Moreira, Pimentel, Barroso, Dinis, Afonso e Bonfill (2008) realizaram um estudo epidemiológico, com uma amostra de 10.000 indivíduos, com o objectivo de caracterizar e estratificar as doenças oncológicas. Verificaram que 37.2% da amostra tinham patologia da mama, 33.3% tinham patologia colorrectal, próstata e pulmão e 29.4% tinham patologia gástrica. Embora estas taxas de incidência não sejam tão acentuadas como na América do Norte, estes números continuam a ser um factor de preocupação e ao mesmo tempo, constituem uma chamada de atenção quer para os profissionais de saúde, quer para a população em geral. É necessário trabalhar ao nível dos factores de risco que contribuem para a eclosão e aumento das doenças oncológicas, bem como medidas de saúde preventivas, uma vez que a OMS (2012) reconhece que estes números vão continuar a aumentar, estimando-se que em 2030 cerca de 13 milhões de mortes no mundo irão dever-se a doenças do foro oncológico.

Não obstante o facto de esta doença ser considerada uma doença crónica, com a qual o indivíduo terá de lidar ao longo da sua vida, do impacto psicológico, físico e social que tem e das variáveis biopsicossociais associadas à mesma (Ribeiro, 2005), é necessário adoptarmos também uma visão positiva, que permita entender que características podem potenciar o aumento dos níveis de BES nesta população.

Assim, o objectivo da presente investigação é o de analisar variáveis psicológicas e psicossociais que podem contribuir para o bem-estar subjectivo de pacientes sujeitos a radioterapia, nomeadamente os traços de personalidade e o suporte social. Desta forma, dedicaremos a primeira parte da dissertação ao enquadramento teórico, no qual abordaremos o conceito de BES, bem como as variáveis que lhe estão associadas, nomeadamente, de cariz sócio-demográfico, de personalidade e de suporte social. Na segunda parte, serão expostas as questões e objectivos da investigação. Na terceira parte, iniciaremos com o capítulo respeitante à metodologia, sendo apresentada a caracterização da amostra, os instrumentos aplicados e os procedimentos para recolha e análise de dados. Seguidamente serão expostos os resultados decorrentes das análises estatísticas efectuadas com vista aos objectivos colocados e, no quinto capítulo serão discutidos os resultados. Por fim, serão apresentadas as conclusões e limitações do estudo, assim como serão efectuadas algumas propostas para investigações futuras.

## **ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

---

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 1.1. Bem-Estar Subjectivo

O termo bem-estar subjectivo surge muitas vezes associado aos termos “Satisfação com a Vida” ou “Felicidade” (sendo também utilizado como sinónimo destes), apresentando em comum com estes constructos o facto de todos estudarem experiências e características subjectivas positivas, ao invés da ausência de problemas psicológicos (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

O bem-estar subjectivo (doravante designado por BES) corresponde à avaliação que o sujeito faz acerca da sua vida em termos cognitivos e afectivos. Estas avaliações incluem reacções emocionais dos indivíduos face aos acontecimentos de vida, os seus estados de humor e os julgamentos que formulam acerca da sua satisfação com a vida, realização e satisfação em vários domínios, tais como o casamento e o trabalho (Diener, Oishi & Lucas, 2003).

O BES integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva. A dimensão cognitiva compreende a avaliação, global ou específica, que o sujeito faz da sua vida, incluindo vários domínios (e.g. família, nível sócio-económico, trabalho) que correspondem a critérios de avaliação importantes para cada indivíduo caracterizar a sua satisfação com a vida (Galinha & Ribeiro, 2005).

A dimensão afectiva é representada pela presença de emoções positivas ou negativas, expressando, em termos globais, felicidade. A investigação sugere que esta dimensão do BES é bidimensional, correspondendo cada tipo de emoção a uma componente da afectividade distintas (Galinha & Ribeiro, 2005). Desta forma, as emoções positivas dizem respeito à vivência de sentimentos e emoções agradáveis tais como o orgulho, a felicidade e o entusiasmo, enquanto as emoções negativas são caracterizadas pela vivência de sentimentos e emoções desagradáveis (e.g. tristeza, ansiedade ou culpa) (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Desta forma, o BES manifesta-se através de um predomínio de afectos positivos sobre os afectos negativos, assim como uma avaliação positiva global dos acontecimentos de vida (Galinha & Ribeiro, 2005).

Têm sido desenvolvidos vários modelos teóricos explicativos do BES, dos quais se evidenciam as teorias *bottom-up* e *top-down*, sendo estas duas abordagens das mais importantes na fundamentação teórica do BES (Diener, 1984).

A teoria *bottom-up* considera que o BES percebido pelo sujeito resulta de um efeito cumulativo de experiências, isto é, da soma de acontecimentos positivos e negativos ao longo da vida (Diener & Ryan, 2009). Esta teoria está relacionada com a filosofia de Locke, que preconiza o conceito da mente como uma *tabula rasa* e que tudo é moldado pela experiência e é reflexo do exterior (Simões et al. 2000). Nesta perspectiva, o BES é então o resultado de acontecimentos positivos e, quantos mais momentos positivos o indivíduo experienciar, maior será o seu nível de bem-estar. Ainda de acordo com esta perspectiva, o sujeito tem um papel passivo na obtenção de BES e as variáveis sócio-demográficas funcionam como os melhores preditores no desenvolvimento do mesmo (Diener & Ryan, 2009).

No que diz respeito às teorias *top-down*, o BES surge como resultado de uma tendência geral do indivíduo em experienciar acontecimentos de forma positiva. Esta teoria deriva do pensamento de tipo kantiano que encara o sujeito um ser activo e organizador da experiência e não um ser passivo (Simões et al. 2000). Contrariamente à teoria anterior, o indivíduo desempenha um papel activo na sua experiência e o BES passa a ser encarado como uma causa de acontecimentos positivos e não somente como um efeito de experiências de vida acumuladas. De acordo com a perspectiva descrita, destaca-se, de entre outras características pessoais, a personalidade como variável preditora de BES (Diener & Ryan, 2009).

Ainda dentro dos modelos teóricos que procuram explicar o BES, o modelo temperamental (*temperamental model*) de Costa e McCrae (1980) afasta-se das conceptualizações de BES centradas no papel que os factores sócio-demográficos têm no mesmo, enfatizando o contributo que os traços de personalidade e o temperamento têm e a sua influência no BES. Contudo, a personalidade por si só não explica a totalidade do BES e, embora as investigações demonstrem que o BES e a personalidade estão associados, parece não estar claro ainda os motivos pelos quais surgem estas associações.

Dentro ainda da caracterização do BES importa referir que este constructo apresenta uma característica de estabilidade ao longo do tempo e dos vários acontecimentos. A teoria do *set-point* explica-nos que os indivíduos sofrem oscilações nos níveis de BES mas que devido à sua capacidade de adaptação a novos acontecimentos, estes efeitos são transitórios e de curta duração (Headey, 2008).

O tema do BES tem sido alvo de interesse crescente por parte da investigação registando um aumento de estudos da temática em várias populações, embora possamos

constatar que são poucos os estudos que se centram nos doentes oncológicos, especialmente em Portugal.

Em termos de investigação no nosso país, podemos constatar que os estudos realizados se focam, grosso modo, na temática da qualidade de vida dos doentes oncológicos e dos seus cuidadores (e.g. Lopes, Ribeiro & Leal, 1999; Paredes & colaboradores, 2008) verificando-se alguma escassez de investigação acerca do BES ainda que, como já referido, esta doença revele níveis preocupantes de incidência por todo o mundo e esteja associada a um decréscimo da qualidade de vida e bem-estar destes indivíduos (OMS, 2012).

Numa tentativa de contribuir para a investigação acerca do tema, o presente estudo tem por objectivo analisar, de entre as variáveis estudadas, aquelas que têm influência nos níveis de BES de doentes oncológicos. Assim, estudos desta natureza poderão contribuir para a qualidade de vida desta população.

Um dos aspectos que podemos também salientar, embora não seja o nosso objecto de análise, é o facto de os estudos realizados acerca do BES em doentes oncológicos se focar bastante no papel que as emoções desempenham no ajustamento à doença e na promoção do BES.

## **1.2. Factores que explicam a variabilidade do bem-estar subjectivo**

### **1.2.1. Variáveis sócio-demográficas**

De acordo com as investigações baseadas nas teorias *bottom up*, nas quais o BES é o resultado cumulativo de experiências positivas, a avaliação do BES centra-se na influência dos factores sócio-demográficos e bio-sociais (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Entre os vários factores sócio-demográficos passíveis de influenciarem os níveis de BES, salientam-se o género, a idade, o estado civil, nível de educação, condições sócio-económicas, profissão e o estado de saúde (Vieira & Jesus, 2007).

Ao analisarmos separadamente cada variável, podemos constatar que relativamente à variável género, os resultados não revelam consenso. No estudo de Simões e colaboradores (2000) os autores indicaram a existência de diferenças significativas nos valores de BES segundo o género, embora de pequena magnitude, com valores mais

elevados nas mulheres. Alguns estudos no entanto não encontraram diferenças significativas relativamente a esta variável sobre o BES (Neto, 1999; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). De acordo com a controvérsia em torno do efeito da variável género no BES, é possível concluir que o seu efeito é bastante modesto ou mesmo inexistente (Simões et al. 2000).

Por sua vez, a idade parece apresentar uma baixa associação com o BES. Ou seja, com o avançar da idade seria esperado que os níveis de BES diminuíssem, devido a perdas associadas com a idade (e.g., viuvez, perda de outros significativos), embora este facto não se verifique, quer para a população em geral, quer para os idosos. Deduz-se então que o BES, por não sofrer declínios ao longo do tempo, não se encontra relacionado com a idade (Simões et al. 2000). Diener e colaboradores (1999) referem ainda que apenas os afectos positivos têm tendência a diminuir com o avançar da idade e que as restantes componentes do BES se mantêm estáveis ao longo do tempo.

Em relação ao estado civil, a análise de estudos de Simões e colaboradores (2000) revelou que os indivíduos casados apresentam maior BES do que os restantes (solteiros, divorciados ou viúvos). Para outros autores (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999) o facto de estar casado, ou habitar com alguém, representa maiores níveis de BES quando comparado com sujeitos que habitam sozinhos. Os autores explicam que estes níveis de BES superiores em sujeitos que habitam acompanhados podem estar relacionados com aspectos e valores culturais. Também para Argyle (1999) o estado civil é uma das variáveis sócio-demográficas mais fortemente associadas ao BES, considerando que os indivíduos casados referem ser, em média, mais felizes do que indivíduos com outros estados civis.

De referir ainda o estudo transcultural de Diener, Gohm, Suh e Oishi (2000) com uma amostra composta por 42 países, onde foram avaliadas as relações entre o estado civil e o BES. Os resultados foram bastante similares um pouco por todo o mundo e mostraram que os indivíduos casados ou que viviam com outro significativo apresentavam mais satisfação com a vida e afectos positivos do que os divorciados e menos afectos negativos que estes.

A relação entre o nível sócio-económico e o BES não é simples e linear e é necessário avaliá-lo sob diferentes perspectivas. As conclusões do estudo de Diener e colaboradores (1999) são as de que as pessoas com maior poder económico são mais felizes que aquelas com menor poder económico em sociedades abastadas. No entanto as mudanças no rendimento económico da família ou do indivíduo não são o único

factor envolvido nesta relação, sendo necessário ter em conta as expectativas e metas em termos de desejos materiais. O dinheiro parece então contribuir para melhor BES no sentido em que permite satisfazer as necessidades básicas do ser humano (e.g. alimentação, higiene e abrigo).

Outra variável que parece ter uma influência significativa sobre o BES é a profissão. Para Argyle (1999) esta variável encontra-se entre as que têm maior efeito sobre o BES, facto que pode estar associado aos benefícios sociais e económicos advindos da ocupação dos indivíduos. Contudo, o BES neste caso, está dependente da satisfação que a pessoa expressa perante a sua actividade ocupacional. Diener e colaboradores (1999) encontraram, em estudos anteriores, relações entre a satisfação no trabalho e a satisfação com a vida. A profissão parece contribuir para o BES também porque fornece um nível de estimulação agradável para os indivíduos, permite estabelecer relações sociais positivas e confere um sentimento de identidade e pertença.

Quanto ao nível de escolaridade ou educação, esta variável parece ter pouca influência sobre o BES e de forma indirecta, isto é, a relação entre ambos parece depender dos rendimentos e do nível sócio-económico. Um nível superior de escolaridade vai permitir que os sujeitos progridam nos seus objectivos e metas pessoais e desenvolvam aspirações (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Simões e colaboradores (2000) não consideram esta variável um forte preditor do BES embora refiram que possa ter um efeito negativo no BES quando a realização dos objectivos e metas falha.

Por último, importa ainda fazer uma breve referência da influência que o estado de saúde tem sobre o BES. O que parece ser realmente importante é a avaliação subjectiva que cada indivíduo faz do seu estado de saúde e como as limitações provocadas por uma condição médica interferem no alcance de metas e objectivos. A noção de que se goza de um estado de ausência de doença constitui um factor de promoção de BES (Simões et al. 2000).

Em termos de investigação que avalie o BES em sujeitos em situação de doença, mais especificamente doentes oncológicos, o estudo realizado por VanderZee e colaboradores (1996), em que foram comparados 475 doentes oncológicos com 255 indivíduos saudáveis em vários domínios, nomeadamente no BES, foi possível constatar que apesar de a doença aumentar os níveis de distresse físico e psicológico, não foram encontradas diferenças significativas entre ambos os grupos nos níveis de bem-estar subjectivo.

Urcuyo, Boyers, Carver e Antoni (2005); Jim, Purnell, Richardson, Golden-Kreutz e Andersen (2006) reforçam esta ideia de que os doentes oncológicos não apresentam níveis de BES significativamente inferiores aos dos sujeitos saudáveis e experienciam tanto emoções positivas como negativas, apesar do seu sofrimento físico e psicológico ser superior ao dos restantes indivíduos.

### **1.2.2. Traços de Personalidade**

O estudo da influência da personalidade na saúde tem interessado muitos investigadores ao longo do último século (e.g., Eysenck, 1967; Krantz & Hedges, 1987; Costa & McCrae, 1987). Embora as abordagens ao tema tenham sofrido algumas alterações, actualmente é incontornável a noção de que os factores de personalidade desempenham um papel preponderante nos processos de saúde (Carmo, 2007). Dentro das várias orientações conceptuais da personalidade, podemos considerar o papel moderador que os traços de personalidade têm no stresse. Assim, mediante acontecimentos de vida stressantes (como por exemplo, uma doença oncológica), determinados traços podem ter um efeito protector, actuando como estratégias de coping, contribuindo para o bem-estar geral e para a resistência à doença (Krantz & Hedges, 1987 citado por Carmo, 2007).

A forma como os indivíduos operam diariamente nas suas vidas e o modo como se adaptam às mais diversas situações é influenciada pelas suas características pessoais, que correspondem a padrões de carácter estável e duradouro. Estas, por sua vez, juntamente com variáveis situacionais vão influenciar os comportamentos, cognições e emoções (Carr, 2004). As características de personalidade, ou traços de personalidade, apresentam estabilidade no tempo e um grau significativo de generalização (Carr, 2004), pois influenciam todos os domínios da vida dos indivíduos, logo, afectando o bem-estar subjectivo individual (Diener & Seligman, 2002).

A personalidade pode ser conceptualizada à luz de diversos modelos teóricos, entre os quais destacamos o Modelo dos Cinco Factores (*Big Five Theory*) de Costa e MacCrae (1992) por ser o modelo considerado mais explicativo na literatura sobre o tema (e.g., DeNeve & Cooper, 1998; Diener, 1996).

O Modelo dos Cinco Factores postula a existência de cinco dimensões independentes de personalidade, o neuroticismo que avalia a adaptação e a instabilidade

emocional e reflecte a tendência para experienciar afectos negativos. A extroversão, que diz respeito à quantidade e intensidade das interacções interpessoais, ao nível de actividade, à necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria (Lima & Simões, 2000).

Outra dimensão é a abertura à experiência, a qual representa a procura produtiva, a apreciação da experiência, a tolerância e a exploração do não-familiar. A amabilidade é a dimensão que se refere às tendências interpessoais e indica a qualidade da orientação interpessoal nos pensamentos, sentimentos e acções. Por último a conscienciosidade, conceptualizada como contendo aspectos proactivos e inibidores, necessidade de realização e apego ao trabalho ou aos escrúpulos morais e prudência (Lima & Simões, 2000).

Como já abordado anteriormente, a relação entre a personalidade e o BES, tem sido alvo de estudo por parte de investigadores de diferentes áreas da psicologia, uma vez que a personalidade é considerada a principal variável deste constructo (Diener, 1996; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Jesus, 2006; Steel, Schmidt & Schultz, 2008; Haslam, Whelan & Bastian, 2009; Quevedo & Abella, 2010).

Contudo, na literatura consultada é possível verificar que existem traços de personalidade que assumem algum destaque na explicação da variação do BES. No que diz respeito à componente cognitiva do BES, o neuroticismo exerce uma influência significativa, diminuindo a satisfação com a vida (Hayes & Joseph, 2003; Gannon & Ranzijn, 2005; Steel, Schmidt & Shultz, 2008) enquanto a extroversão a faz aumentar (Hayes & Joseph, 2003; Haslam, Whelan & Bastian, 2009), podendo esta situação ser explicada através do facto de que os indivíduos extrovertidos são mais sociáveis, activos, optimistas, assertivos e expressivos, conjunto este de características que favorecem a vivência de emoções positivas (Steel, Schmidt & Shultz, 2008).

O neuroticismo e a extroversão são traços de personalidade que também assumem alguma relevância quando se trata de explicar a variabilidade da componente afectiva do BES, isto é, na justificação dos afectos positivos e dos afectos negativos (DeNeve & Cooper, 1998; Schimmack, Diener & Oishi, 2002; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Gutiérrez, Jiménez, Hernández & Puente, 2005; Librán, 2006; Steel, Schmidt & Shultz, 2008; Haslam, Whelan & Bastien, 2009; Nunes, Hutz & Giacomoni, 2009).

Contudo, no estudo efectuado por Librán (2006), os resultados obtidos nas análises de regressão múltiplas mostram que existem diferenças entre os dois traços (neuroticismo e extroversão) ao nível do seu valor preditivo. O primeiro, explica 44%

da variância do BES, apresentando maior valor preditivo que o segundo traço, que explica apenas 8% da variância.

Os restantes traços de personalidade apresentam uma pequena correlação com as componentes do BES (Diener, Suh & Oishi, 1997) estando a abertura à experiência relacionada com a componente afectiva do BES (McCrae & Costa, 1991; Gutiérrez, Jiménez, Hernández & Puente, 2005) e a amabilidade e a conscienciosidade correlacionadas com a componente cognitiva do BES, satisfação com a vida (DeNeve & Cooper, 1998; Hayes & Joseph, 2003).

Num estudo meta-analítico realizado por Steel e colaboradores (2008) no qual foram avaliados todos os traços de personalidade nas componentes do BES, foram encontradas relações significativas entre os traços neuroticismo, extroversão, amabilidade, conscienciosidade e todas as componentes do BES (afectos positivos, afectos negativos e satisfação com a vida). Por sua vez, o traço abertura à experiência revelou apenas estar associado à satisfação com a vida e aos afectos positivos.

No que diz respeito a estudos acerca da influência da personalidade no BES em doentes oncológicos, deparámo-nos com alguma escassez dos mesmos acerca da temática, sendo talvez de interesse que a investigação científica realize mais estudos neste âmbito.

No entanto, Courneya e colaboradores (2000) realizaram um estudo que teve como objectivo analisar a relação entre traços de personalidade e o bem-estar subjectivo de 56 sujeitos com cancro, de ambos os sexos, com uma média de idades de 60,51 anos. Concluiu-se que a extroversão apresentou uma forte correlação com os afectos positivos enquanto o neuroticismo se correlacionou fortemente com os afectos negativos, com o balanço da afectividade e com a satisfação com a vida. A análise de regressão demonstrou também que a personalidade explicava 49% da variância do BES destes pacientes.

Diversos estudos com doentes oncológicos (e.g Härtl, Engel, Herschbach, Reinecker, Sommer & Friese, 2010; Aarstad, Aarstad & Olofsson, 2008; Grov, Fossa, Bremnes, Dahl, Klepp, Wist & Dahl, 2009) têm atribuído relevância ao traço de personalidade neuroticismo e avaliado o mesmo face a medidas de qualidade de vida e bem-estar. Os resultados apontam no sentido da existência de uma associação entre neuroticismo e todas as medidas da qualidade de vida e que este influencia negativamente não só a qualidade de vida, como o bem-estar em geral.

A revisão da literatura acerca da influência da personalidade no BES, permite-nos constatar que a personalidade tem implicações e exerce influência no bem-estar, podendo explicar entre 30% a 40% da variância do BES (DeNeve & Cooper, 1998; Steel, Schmidt & Shultz, 2008).

Contudo, apesar da forte relação estabelecida entre os constructos e de os traços de personalidade se assumirem como fortes preditores de BES, estes não são, no entanto, suficientes na explicação da variância total do BES, sendo redutor considerar apenas os traços de personalidade como única variável relevante no estudo do bem-estar subjectivo. Este facto remete-nos para a necessidade de identificar e de estudar outros factores determinantes, tais como o suporte social, que será abordado de seguida.

### **1.2.3. Suporte social**

Para além do papel desempenhado pelos traços de personalidade, o suporte social e a percepção que os indivíduos têm do mesmo parecem influenciar o bem-estar subjectivo. Desta forma, o suporte social é considerado extremamente importante no contexto de doença oncológica, pois age como facilitador do desenvolvimento pessoal e do ajustamento psicológico, intervindo na saúde física e mental dos indivíduos (Chou, 1999). O suporte social fornece ainda os recursos necessários para os indivíduos desenvolverem estratégias de coping activas ou de resolução de problemas (Lazarus & Folkman, 1984, citados por Dunn, Steginga, Occhipinti & Wilson, 1999).

O suporte social é considerado um importante mediador da relação entre o bem-estar – ajustamento psicológico, pelo facto de indivíduos com uma pré-disposição para o optimismo tendem a atrair mais facilmente pessoas para as suas redes sociais, o que lhes permite também construir uma maior rede de suporte social. O optimismo está também associado a maiores competências no aumento de suporte social mesmo em períodos de stresse (Shelby, Crespín, Gregorio, Lamdan, Siegel & Taylor, 2008).

Os estudos pioneiros acerca do suporte social datam da década de 70 com Cobb (1976) e Cassel (1976) a afirmarem a existência de uma associação entre saúde e relações sociais. Embora o conceito tenha múltiplas definições, na perspectiva psicológica, o suporte social engloba uma articulação de três classes de crenças para os indivíduos: as de que é amado e que existem pessoas preocupadas com ele; é apreciado e valorizado; pertence a uma rede social (Cobb, 1976, citado por Siqueira & Padovam, 2007).

Para Dunn et al. (1999) o suporte social pode definir-se como um tipo de apoio circunscrito às esferas emocional, material e informacional. De acordo com Ribeiro (1999), o suporte social define-se pela existência ou disponibilidade de pessoas nas quais seja possível confiar, pessoas que demonstrem preocupação para com os indivíduos, os valorizem e lhes transmitam afecto.

O consenso geral é o de uma multiplicidade de domínios ou áreas de influência do suporte social e ainda de que diferentes aspectos do suporte social têm um impacto diferenciado nos indivíduos.

O suporte social pode apresentar várias tipologias, como por exemplo, suporte social percebido versus recebido, isto é, o suporte que o indivíduo percebe como disponível em caso de necessidade e o suporte recebido por alguém, respectivamente. Este pode ser informativo, no sentido em que prepara e ajuda os indivíduos para enfrentar os problemas que surgem; emocional, demonstrado através da prestação de cuidados e preocupação com o bem-estar; material, representa o auxílio prestado para completar tarefas ou para a resolução de problemas (Dunn et al. 1999; Ribeiro, 1999). Convém ainda salientar a distinção entre suporte social informal e formal feita por Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983). O primeiro diz respeito aos indivíduos (familiares, amigos e vizinhos) e grupos sociais (clubes, associações, entre outros) passíveis de fornecer apoio nas actividades diárias mediante acontecimentos de vida normativos e não-normativos. As redes de suporte formais englobam tanto as organizações sociais formais (hospitais, serviços de saúde ou programas governamentais) como os profissionais (médicos, psicólogos) que operam nestes organismos.

Kessler et al. (1985, citados por Ribeiro, 1999) colocaram em evidência o facto de que o suporte social, em contexto de saúde e doença, se referir aos mecanismos através dos quais as relações interpessoais protegem os indivíduos dos efeitos negativos do stress. Mais tarde os autores concluíram que os resultados de saúde eram melhor explicados pela percepção de suporte social do que por outras variáveis.

A crença de que o suporte social tem efeitos mediadores na saúde e no bem-estar está bastante fundamentada através da realização de inúmeras investigações que parecem apontar no mesmo sentido: o suporte social age como factor protector na saúde, prolongando a longevidade, reduz o mal-estar e aumenta a satisfação com a vida.

Holland e Holahan (2003) realizaram um estudo com 56 mulheres diagnosticadas com cancro da mama, com idades compreendidas entre os 38 e os 58 anos, sobre a

relação entre o suporte social e a adaptação à doença e constaram que quanto maior a percepção de suporte social, melhor o ajustamento psicológico destas mulheres à sua condição clínica. Os resultados demonstraram ainda a existência de uma forte associação entre o suporte social, o bem-estar psicológico e comportamentos orientados para a saúde.

Desta forma, é possível resumir os efeitos que o suporte social tem na saúde e na promoção do bem-estar da seguinte forma: o suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stresse; o facto de não existir suporte social, por si só, constitui uma fonte de stresse; a perda de suporte social é um *stressor* e o suporte social é benéfico, isto é, torna os indivíduos mais fortes e capazes de enfrentar as adversidades da vida e pode ser considerado um recurso, quer na presença ou ausência de fontes de stresse (Ribeiro, 1999).

De acordo com Lyubomirsky, King e Diener (2005) os indivíduos com níveis mais elevados de BES tendem a estabelecer mais e melhores relações sociais e a experienciar maior satisfação com as relações estabelecidas e as actividades sociais realizadas, o que nos permite concluir que o suporte social é um importante preditor de BES.

O suporte social percebido desempenha um papel mediador nos acontecimentos de vida que originam o stresse e a doença, provocando uma redução do stresse. Esta variável influencia a saúde dos indivíduos através da redução ou eliminação dos efeitos negativos dos acontecimentos adversos, ajudando os indivíduos a enfrentar estas situações ou atenuando estas experiências, através de mudanças da atribuição de sentido nas experiências em causa (Jim, Purnell, Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006).

Ao atravessar um período de crise, a sua resolução depende de factores pessoais (internos) como, por exemplo, as características de personalidade, e, dos recursos disponíveis no meio (externos) tais como o suporte social. Este pode agir como uma estratégia de *coping*, cujo trabalho incidirá na diminuição das exigências da situação stressora (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). Também a satisfação com as relações interpessoais (família, amigos, intimidade) parecem desempenhar um papel preponderante na resistência psicológica ao stresse da doença, manifestada através da percepção do bem-estar subjectivo (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

Em termos de situações específicas, o suporte emocional revela-se indispensável para lidar com o impacto do diagnóstico de uma doença oncológica e com o seu

decurso, contribuindo para processos de adaptação à doença mais positivos, melhorias do estado de saúde e da qualidade de vida (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

Alguns estudos com doentes oncológicos (e.g., Aspinwall & Taylor 1993; Abend & Williamson, 2002) têm colocado em evidência o facto de indivíduos com níveis de bem-estar subjectivo elevados demonstrarem maior satisfação com o suporte social, depois de serem submetidos a cirurgia, relatando menos sentimentos de solidão e mais sentimentos de apoio, mesmo em novos contextos sociais. Em situações particulares tais como mastectomia, as mulheres optimistas tendem a relatar níveis mais elevados de suporte social percebido e sentimentos mais elevados de atracção. Alguns autores (e.g. Brissette, Scheier & Carver, 2002) têm demonstrado que o suporte social percebido medeia (parcial ou totalmente) a relação entre optimismo/bem-estar e um melhor ajustamento psicológico em pacientes sobreviventes de eventos traumáticos.

Com base nos resultados de um estudo conduzido por Meehan, Durlak e Bryant (1993) com uma amostra de 82 adolescentes saudáveis sobre a relação entre o suporte social e o bem-estar psicológico, os autores sugeriram que o suporte social está relacionado com o aumento das emoções positivas e com a satisfação com a vida. Os autores concluíram ainda que este facto está relacionado com a partilha de emoções e experiências associadas ao suporte social e que esta relação permite uma melhor adaptação aos acontecimentos adversos experienciados.

Num estudo realizado por Shelby e colaboradores (2008) com 77 mulheres afro-americanas com cancro da mama em fase inicial, foram testadas as relações entre suporte social, optimismo e bem-estar e os resultados demonstram que o suporte social desempenha um efeito mediador no ajustamento à doença e está negativamente associado com o distresse psicológico e positivamente associado com o bem-estar. O optimismo, por sua vez, estava positivamente associado ao bem-estar e ao apoio social percebido. Os resultados sugerem então que o suporte social tem um efeito positivo não só no aumento dos níveis de bem-estar e de optimismo como também contribui para minimizar o impacto negativo da doença.

Por sua vez, Coelho e Ribeiro (2000) conduziram uma investigação com uma amostra de 35 doentes crónicas (doença cardíaca) onde foi avaliado o impacto do suporte social no BES, tendo concluído que o suporte social percebido, conjuntamente com estratégias de coping eficazes, estão associados a níveis de BES mais elevados, bem como a uma melhor adaptação às condições de saúde física. Os resultados demonstraram ainda que o grau de satisfação com as relações sociais (família, amigos

e intimidade) exerce um efeito protector na resistência ao stresse da doença manifestado através da percepção de BES. Os factores satisfação com a família, satisfação com os amigos e intimidade surgem associados ao BES em geral, identificando apenas o factor satisfação com as actividades sociais como o que menos contribuiu para o BES destas mulheres.

Desta forma, podemos afirmar que quer em doentes oncológicos, quer na população em geral a existência de suporte social promove o bem-estar, com correlatos ao nível dos sentimentos de esperança face ao futuro (Dunn, Steginga, Occhipinti & Wilson, 1999).

## **OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO**

---

## 2. OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

O presente trabalho de investigação tem como principal objectivo o estudo de variáveis de personalidade e de suporte social que podem estar associadas ao bem-estar subjectivo em doentes oncológicos sujeitos a radioterapia. Pretendemos assim analisar eventuais relações entre o bem-estar subjectivo, características de personalidade e o suporte social percebido pelos participantes no estudo.

A nossa **questão de partida** é: Como é que os participantes percebem o seu bem-estar subjectivo? Qual a relação entre os traços de personalidade dos sujeitos e o suporte social percebido? Para procurar responder a estas questões colocamos os seguintes **objectivos específicos**:

1. Analisar a predominância de afectos nas mulheres e a sua satisfação com a vida.
2. Averiguar eventuais diferenças entre as variáveis sócio-demográficas (estado civil, situação profissional, habilitações literárias, nível sócio-económico, coabitação e cirurgia) e os níveis de BES tendo em conta as suas componentes.
3. Analisar a associação entre a variável idade e a satisfação com a vida.
4. Analisar a associação entre a variável idade e os afectos positivos, os afectos negativos e o balanço da afectividade, nas doentes oncológicas sujeitas a radioterapia.
5. Analisar eventuais relações entre as características de personalidade (neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, conscienciosidade e amabilidade) e a satisfação com a vida.
6. Analisar eventuais relações entre as características de personalidade (neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, conscienciosidade e amabilidade) e os afectos positivos, afectos negativos e o balanço da afectividade.
7. Conhecer eventuais associações entre o suporte social (satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família, actividades sociais e suporte social total) e a percepção de BES, nas participantes.
8. Analisar as variáveis predictoras da satisfação com a vida, dos afectos positivos, dos afectos negativos e do balanço da afectividade nas doentes oncológicas.

## **METODOLOGIA**

---

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Amostra**

##### **3.1.1. Técnica de amostragem**

A amostra deste estudo foi recolhida na Unidade de Radioterapia do Algarve (URA), tendo participado no estudo os utentes que se encontravam a realizar tratamentos de radioterapia e que aceitaram participar voluntariamente na investigação. Trata-se assim de uma amostragem de tipo intencional ou de conveniência.

Quanto aos critérios de inclusão dos participantes, foram tidos em conta os seguintes: ser do sexo feminino, ter idade superior a 18 anos e apresentar uma patologia oncológica.

##### **3.1.2. Descrição da amostra**

A amostra é constituída por 40 mulheres, portuguesas, com neoplasia da mama e/ou útero, cujas idades estão compreendidas entre os 32 e os 82 anos com uma média de 53,60 anos (DP = 11,07).

A maioria da amostra ficou composta por participantes residentes em zona urbana, isto é 37 mulheres (92,5%) residindo as restantes 3 em zona rural (7,5%).

As participantes apresentavam maioritariamente uma escolaridade ao nível do ensino básico, isto é, 23 mulheres (57,5%), seguindo-se o ensino secundário, com 12 mulheres (30%). No nível do ensino superior, constam 4 participantes (10%) na amostra. Apenas 1 participante não apresentou qualquer grau de literacia (2,5%).

Em termos de situação profissional das participantes da amostra, 27 mulheres (67,5%) encontra-se profissionalmente activas, seguindo-se a condição reformada com 7 mulheres (17,5%) e as restantes 6 (15%) estão desempregadas.

Quanto ao nível sócio-económico, as participantes situam-se maioritariamente no nível médio (entre 500€ e 2000€ mensais), isto é, 25 mulheres (62,5%), as restantes 15 participantes (37,5%) situam-se no nível sócio-económico baixo (até 500€ mensais). Nenhuma das participantes assinalou a opção nível alto (mais de 2000€ mensais).

No que concerne à variável estado civil, a maioria participantes é casada (n=27; 67,5%), seguindo-se as divorciadas (n=8; 20%), as solteiras (n=4; 10%) e, por fim, as viúvas (n=1; 2,5%).

Relativamente à coabitação, isto é, o facto de as participantes habitarem sozinhas ou acompanhadas, 82,5% (n=33) da amostra referiu morar acompanhada enquanto as restantes 17,5% (n=7) das participantes mencionaram morar sozinhas.

### **3.1.3. Características clínicas da amostra**

No que diz respeito à localização tumoral, 35 mulheres (87,5%) têm cancro da mama e as restantes 5 mulheres (12,5%) estão em tratamento por carcinoma do colo do útero.

A maior parte da amostra, 31 mulheres (77,5%) foram submetidas a procedimentos cirúrgicos, enquanto as restantes 9 mulheres (22,5%) não foram submetidas a cirurgia. No que diz respeito ao tipo de cirurgia efectuada, 20 mulheres (64,5%) foram submetidas a cirurgia parcial, isto é, foi apenas extraído o tumor, enquanto as restantes 11 participantes (35,5%) foram submetidas a cirurgia total (mastectomia e histerectomia).

No que concerne aos tratamentos que as participantes da amostra realizaram, 22 mulheres (55%) receberam uma combinação de quimioterapia e radioterapia, seguindo-se por 17 mulheres (42,5%) que realizaram apenas radioterapia e, por fim, apenas 1 mulher (2,5%) efectuou tratamento de radioterapia combinada com hormonoterapia.

Quanto ao historial familiar de doenças oncológicas, 23 mulheres (57,5%) referem já ter tido casos de cancro no seio familiar enquanto as restantes 17 (42,5%) afirmam nunca ter tido conhecimento de algum caso na família.

Com o intuito de perceber como é que as participantes se sentiam em relação ao futuro, foram colocadas duas questões acerca da esperança e do optimismo. A maioria da amostra refere sentir-se optimista face ao futuro (n=27; 67,5%), bem como com esperança no futuro (n=21; 52,2%).

### 3.2. Variáveis

O presente estudo, de cariz descritivo e correlacional, pretende caracterizar um grupo de mulheres com doença oncológica relativamente a variáveis sócio-demográficas e psicossociais que possam estar associadas à percepção do seu Bem-Estar Subjectivo.

Desta forma, as variáveis seleccionadas para estudo são as seguintes:

- *Variáveis sócio-demográficas* – as variáveis sócio-demográficas analisadas na investigação são a idade (entre os 32 e os 82 anos), o estado civil (casada, solteira, divorciada e viúva), habilitações literárias (ensino básico, ensino secundário e ensino superior), situação profissional (activo e não activo), nível sócio-económico (baixo, médio e alto), coabitação (viver sozinho ou viver acompanhado).
- *Variáveis clínicas* – as variáveis clínicas analisadas foram a realização ou não de cirurgia.
- *Bem-Estar Subjectivo (BES)* – É definido por Diener, Oishi & Lucas, 2003) como a avaliação cognitiva e afectiva que o indivíduo faz acerca da sua própria vida. Deste modo o bem-estar subjectivo evidencia a existência de duas dimensões, dimensão cognitiva, que diz respeito ao juízo avaliativo feito pelo próprio sujeito acerca da sua satisfação com vida, em termos gerais ou específicos (Galinha & Ribeiro, 2005) e a dimensão afectiva, considerada bidimensional, pois é composta por emoções positivas e emoções negativas. Desta forma, os afectos positivos caracterizam-se pela vivência de sentimentos positivos (e.g amor, orgulho) enquanto os afectos negativos correspondem à vivência de sentimentos negativos (e.g raiva, vergonha) (Diener, Oishi & Lucas, 2003). É importante referir também que a dimensão afectiva do BES pode ser calculada globalmente através da medida denominada balanço da afectividade (subtração dos afectos negativos aos afectos positivos:  $BA = PA - NA$ ).
- *Traços de Personalidade* – São definidos como tendências de resposta comportamental, que apresentam um grau de consistência face a determinados acontecimentos e estabilidade ao longo do tempo, características nos indivíduos adultos (Eddington & Schuman, 2005).

- *Suporte Social* – Definido com um conceito multidimensional e interactivo que diz respeito às transacções que o indivíduo estabelece com o meio (Pereira & Lopes, 2005).

### **3.3. Instrumentos de Recolha de Dados**

Para a recolha de dados da amostra em estudo foi utilizado um Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, a Escala de Afectos Positivos e Afectos Negativos, a Escala de Felicidade Subjectiva, a Escala de Satisfação com o Suporte Social e o Inventário de Personalidade NEO-FFI.

#### **3.3.1. Questionário de dados Sócio-Demográficos e Clínicos**

Foi elaborado um questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Anexo C) que é composto por 13 questões de resposta fechada e se destina à recolha de informação de índole social, demográfica e clínica que caracterize a amostra.

#### **3.3.2 - Escala de Afectos Positivos e Afectos Negativos (PANAS)**

A Escala de Afectos Positivos e Afectos Negativos (Anexo D), utilizada para avaliar a dimensão afectiva do BES, foi originalmente desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) – *Positive and Negative Affect Schedule* – e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005).

A escala contém um total de 20 itens e divide-se em duas sub-escalas, cada uma constituída por 10 itens respeitantes aos Afectos Positivos (AP) e aos Afectos Negativos (AN) (Galinha & Ribeiro, 2005).

A sub-escala Afectos Positivos (AP) reflecte em que medida a pessoa se sente activa, entusiasmada e alerta, correspondendo uma pontuação elevada desta a um estado de elevada energia, concentração e um comprometimento prazeroso. A sub-escala Afectos Negativos (AN), por oposição à anterior, reflecte um estado de agonia, aflição e descontentamento respeitantes a uma diversidade de estados de humor aversivos (Galinha & Ribeiro, 2005).

A escala apresenta valores de 1 a 5 (1 – “nada ou muito ligeiramente e 5 – “extremamente”) que os participantes devem atribuir a cada item referente aos afectos positivos e negativos (Galinha & Ribeiro, 2005).

A cotação da escala permite obter duas medidas finais: uma referente aos afectos positivos através do somatório dos itens 1,3,5,8,10,11,13,15,17,19 e outra referente aos afectos negativos através do somatório dos itens 2,4,6,7,9,12,14,16,18 e 20, podendo cada um dos resultados variar entre 10 e 50 (Galinha & Ribeiro, 2005).

Na validação da PANAS para a população portuguesa verifica-se a existência de coesão interna satisfatória, com um valor de alfa de cronbach de .86 para a escala de emoções positivas e de .89 para a escala de emoções negativas (Galinha & Ribeiro, 2005).

### **3.3.3 - Escala de Felicidade Subjectiva**

A Escala de Felicidade Subjectiva (Anexo E), originalmente designada por *Subjective Happiness Scale (SHS)* foi desenvolvida por Lyubomirsky (1999) e traduzida por Bertoquini e Ribeiro (2004). É composta por 4 itens que avaliam a componente cognitiva do BES, satisfação com a vida. A resposta dos inquiridos é dada sob a forma de uma escala de Likert de 1 a 7, podendo a pontuação total variar entre 4 e 28, do menos feliz para o mais feliz com a sua vida. De entre os aspectos positivos da escala, salientam-se a sua brevidade e fácil aplicação.

### **3.3.4 - Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (Anexo F) foi desenvolvida por Whittington e Kessler (1986, citados por Ribeiro, 1999) e validada para a população portuguesa por Ribeiro (1999). A escala foi desenvolvida para avaliar o suporte percebido da família, amigos, intimidade e actividades sociais, baseada na crença de que esta dimensão subjectiva é fundamental para o bem-estar e qualidade de vida, tanto em populações saudáveis como doentes.

A escala é constituída por 15 frases, apresentadas sob a forma de auto-preenchimento, nas quais o sujeito deve assinalar o seu grau de concordância numa escala de Likert de 5 posições: 1-concordo totalmente; 2-concordo na maior parte; 3-não

concordo nem discordo; 4-discordo na maior parte; 5-discordo totalmente (Ribeiro, 1999).

A escala apresenta 4 dimensões: Satisfação com os amigos (itens 3,12,13,14,15), Intimidade (itens 1,4,5,6), Satisfação com a Família (itens 9,10,11) e Actividades Sociais (itens 2,7,8). A nota total da escala é obtida através da soma da totalidade dos itens, enquanto a nota de cada dimensão resulta da soma dos itens que pertencem a essa mesma dimensão. A cotação é feita de 1 a 5, excepto nos itens invertidos (4,5,9,10,11,12,13,14,15), podendo a pontuação total da escala variar entre 15 e 75, sendo que a nota mais alta corresponde a uma percepção de maior suporte social (Ribeiro, 1999).

A consistência interna da escala (alpha de *Cronbach*) é de  $\alpha = 0,85$ . Relativamente à dimensão Satisfação com os Amigos apresenta um  $\alpha = 0,83$  explicando 35% da variância total; a Intimidade tem um  $\alpha = 0,74$  e explica 12,1% da variância total; a Satisfação com a Família dispõe de um  $\alpha = 0,74$  que explica 8,7% da variância total; por último, as Actividades Sociais apresentam um  $\alpha = 0,64$  explicando 7,3% da variância total (Ribeiro, 1999).

Esta escala foi submetida a um estudo de adaptação para a população oncológica, no qual se obtiveram resultados similares ao estudo original, apresentando uma consistência interna de 0,83 na amostra com população oncológica. Este instrumento considera-se válido, fiável e adaptado para o estudo da população oncológica (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

### **3.3.5. Inventário de Personalidade NEO-PI-R forma breve (NEO-FFI)**

O Inventário de Personalidade NEO-FFI (Anexo G) de Lima e Simões (2000) é a forma abreviada do original Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R), desenvolvido por Costa e McCrae (1992, citados por Lima & Simões, 2000). O seu objectivo é avaliar as mudanças estruturais da personalidade com a idade.

Este inventário é um instrumento auto-administrado, destinado apenas a sujeitos com mais de 17 anos de idade e permite uma avaliação global da personalidade através dos cinco factores operacionalizados que são o neuroticismo, a extroversão, a amabilidade, a conscienciosidade e a abertura à experiência (Lima & Simões, 2000).

É constituído por 60 itens, de auto-resposta, nos quais cada sujeito deve posicionar-se face a cada afirmação segundo uma escala de concordância com 5 posições: DF – discordo fortemente; D – discordo; N – neutro; C – concordo; CF – concordo fortemente (Lima & Simões, 2000).

Desta forma, obtêm-se os valores para o factor Neuroticismo (N) (através do somatório dos itens 1,6,11,16,21,26,31,36,41,46,51,56), Extroversão (E) (com o somatório dos itens 2,7,12,17,22,27,32,37,42,47,52,57), Amabilidade (A) (com os itens 4,19,14,19,24,29,34,39,44,49,54,59), Abertura à Experiência (O) (mediante a soma dos itens 3,8,13,18,23,28,33,38,43,48,53,58) e Conscienciosidade (C) (através da soma dos itens 5,10,15,20,25,30,35,40,45,50,55,60) a partir do somatório da pontuação obtida em cada um destes domínios da personalidade, possuindo cada item um valor da escala de *likert* de 0 a 4. De referir que o domínio que apresentar uma pontuação mais elevada será considerado o traço mais característico ou dominante no sujeito (Lima & Simões, 2000).

No que se refere à consistência interna do instrumento, os valores obtidos da aferição para a população portuguesa foram os seguintes para cada domínio da personalidade:  $\alpha = 0,835$  para o neuroticismo,  $\alpha = 0,864$  para a extroversão,  $\alpha = 0,849$  para a abertura à experiência,  $\alpha = 0,823$  para a amabilidade e  $\alpha = 0,796$  para a conscienciosidade. Desta forma, demonstra-se que o instrumento possui, de forma geral, índices positivos de validade convergente e discriminante, bem como de fidelidade (Lima & Simões, 2000).

### **3.4. Procedimento de Recolha de Dados**

De forma a poder realizar a presente investigação, foi contactada a direcção da Unidade de Radioterapia do Algarve, através da entrega de uma carta (Anexo A), solicitando autorização para efectuar a recolha de dados com a amostra pretendida para o estudo.

Após a confirmação por parte do conselho de ética da clínica que gere a unidade e da administração da Unidade de Radioterapia do Algarve, a recolha de dados foi efectuada em contexto de sala de espera, durante o tempo em que os pacientes esperavam pelas sessões de tratamento.

Previamente ao preenchimento dos questionários, os participantes foram informados acerca dos objectivos do estudo e posteriormente foi pedido que assinassem o consentimento informado (Anexo B).

Finalmente foram dadas instruções acerca da forma de preenchimento dos instrumentos, sendo os participantes informados que os dados recolhidos apresentavam um carácter confidencial e se destinavam exclusivamente a fins científicos.

Os instrumentos foram aplicados individualmente, de forma auto-aplicada, exceptuando nos casos em que os sujeitos eram iletrados tendo a autora lido e preenchido as questões consoante as respostas dos inquiridos.

A duração da recolha de dados variou de acordo com cada participante, entre os 20 e os 30 minutos.

### **3.5. Procedimento de Análise de Dados**

A análise de dados foi efectuada com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.

Para o tratamento estatístico dos dados foram realizadas análises descritivas, nomeadamente a média e desvio-padrão para a descrição da amostra em termos de idade, estado civil, situação profissional, habilitações literárias, nível sócio-económico, coabitação e realização de cirurgia.

Para analisar eventuais diferenças entre as variáveis descritas nominais e os resultados obtidos nos instrumentos psicológicos atrás descritos foram utilizados testes não paramétricos de Mann-Whitney.

Para estudar eventuais relações significativas entre as variáveis quantitativas (idade, traços de personalidade e suporte social) foram utilizadas correlações de Pearson, de forma a compreender quais as variáveis que se apresentavam significativamente associadas às componentes do BES (satisfação com a vida, afectos positivos, afectos negativos e balanço da afectividade). As correlações foram consideradas significativas para valores de  $p \leq 0.05$ .

Na análise de correlações foram considerados os seguintes valores: correlações negligenciáveis com valores inferiores a 0.20, correlações fracas situadas entre os 0.20 e os 0.40, correlações moderadas até 0.60, correlações fortes com valores inferiores a 0.80 e correlações muito fortes as que apresentavam valores superiores a 0.80.

Por último, com o intuito de analisar as variáveis que se correlacionaram significativamente com as componentes do BES e perceber quais as que tinham valor preditivo sobre o BES, foram realizadas análises de regressão linear múltiplas através do método de *stepwise*. Os valores foram considerados significativos para  $p \leq 0.05$ .

## **APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

---

## 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 4.1. Diferenças entre as médias das componentes do BES

No que diz respeito à componente *satisfação com a vida*, na escala total as participantes apresentam uma média de 19.60 e desvio padrão de 5.17.

Relativamente à escala dos afectos, as mulheres experienciam mais *afectos positivos* (M=32.22; DP=6.13) do que *afectos negativos* (M=16.55; DP=6.23). O *balanço da afectividade* apresenta uma média de 15.68 e um desvio padrão de 10.69.

Os resultados descritivos referentes às pontuações obtidas em cada componente do BES apresentam-se na Tabela 1.

**Tabela 1:** Médias e Desvios-Padrão das componentes do BES (N=40)

	M	DP
<b>Satisfação com a vida</b>	19.60	5.17
<b>Afectos positivos</b>	32.22	6.13
<b>Afectos negativos</b>	16.55	6.23
<b>Balanço da afectividade</b>	15.68	10.7

### 4.2. Resultados no BES em função do estado civil

Para analisar eventuais diferenças ao nível do BES entre as participantes caracterizadas segundo o estado civil, efectuámos o teste de Mann-Whitney. Os resultados obtidos sugerem a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos categorizados segundo o estado civil (casadas e outros estados civis - solteiras, divorciadas e viúvas) em relação à *satisfação com a vida* ( $U=210.5$ ;  $p=0.311$ ), aos *afectos positivos* ( $U=217.5$ ;  $p=0.223$ ), aos *afectos negativos* ( $U=139.5$ ;  $p=0.292$ ) e ao *balanço da afectividade* ( $U=233.0$ ;  $p=0.096$ ) nas participantes do estudo. Na Tabela 2 encontram-se os resultados obtidos relativos às diferenças em função do estado civil nas componentes do BES, utilizando a média, desvio-padrão e o teste Mann-Whitney.

**Tabela 2:** Diferenças em relação às componentes do BES em função do estado civil (Média, Desvio-Padrão e Teste Mann-Whitney) N=40.

	Estado Civil				U	p
	Casada (n=27)		Outros Estados Civis (n=13)			
	M	DP	M	DP		
<b>Satisfação com a vida</b>	19.0	5.01	20.9	5.48	210.5	0.311
<b>Afectos positivos</b>	31.4	5.42	33.9	7.37	217.5	0.223
<b>Afectos negativos</b>	17.4	6.91	14.7	4.13	139.5	0.292
<b>Balanço da afectividade</b>	14.0	10.8	19.2	9.97	233.0	0.096

Nota: Os estados civis “solteira, divorciada e viúva” foram reagrupados de forma a permitir a formação de apenas dois grupos para comparação.

### 4.3. Resultados no BES em função da situação profissional

Com vista a analisar eventuais diferenças entre as mulheres no BES segundo a sua situação profissional, (activa e não activa), utilizámos o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Assim, observámos que existem diferenças estatisticamente significativas apenas na variável *satisfação com a vida* ( $U=73.00$ ;  $p=0.003$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas referentes à situação profissional das participantes ao nível das restantes componentes do BES, isto é, ao nível dos *afectos positivos* ( $U=132.0$ ;  $p=0.207$ ), dos *afectos negativos* ( $U=234.0$ ;  $p=0.087$ ) e do *balanço da afectividade* ( $U=116.0$ ;  $p=0.085$ ). Na Tabela 3 apresentam-se os resultados obtidos com o Teste Mann-Whitney relativamente à comparação obtida nas pontuações nas subescalas do BES entre os grupos categorizados em função da variável situação profissional.

**Tabela 3:** Diferenças em relação às componentes do BES em função da situação profissional (Média, Desvio-Padrão e Teste de Mann-Whitney). N=40

	Situação Profissional				Teste Mann-Whitney	
	Activa (n=27)		Não activa (n=13)		U	p
	M	DP	M	DP		
<b>Satisfação com a vida</b>	21.1	5.39	16.5	2.99	73.00	0.003**
<b>Afectos positivos</b>	32.8	5.81	31.8	6.84	132.0	0.207
<b>Afectos negativos</b>	15.4	4.85	19.7	7.70	234.0	0.087
<b>Balanço da afectividade</b>	17.7	9.81	11.4	11.6	116.0	0.085

Nota: \*\* $p \leq 0,005$

#### 4.4. Resultados no BES em função das habilitações literárias

Com o objectivo de analisar eventuais diferenças entre as mulheres no BES segundo as suas habilitações literárias (ensino básico e ensino superior), utilizámos o teste não paramétrico de Mann-Whitney e observámos que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das componentes do BES segundo as habilitações literárias das nossas participantes, nomeadamente, ao nível da *satisfação com a vida* ( $U=250.0$ ;  $p=0.059$ ), dos *afectos positivos* ( $U=216.0$ ;  $p=0.359$ ), dos *afectos negativos* ( $U=173.0$ ;  $p=0.750$ ) e do *balanço da afectividade* ( $U=210.0$ ;  $p=0.457$ ). Na Tabela 4 apresentam-se os valores médios e desvios-padrão obtidos nas componentes do BES, assim como os resultados do teste Mann-Whitney relativamente à comparação de grupos segundo as habilitações literárias.

**Tabela 4:** Diferenças em relação às componentes do BES em função das habilitações literárias (Média, Desvio-Padrão e Teste de Mann-Whitney) N=40

	Habilitações literárias				Teste Mann-Whitney	
	Ensino Básico (n=23)		Ensino Superior (n=16)		U	p
	M	DP	M	DP		
<b>Satisfação com a vida</b>	18.8	4.42	21.3	5.53	250.0	0.059
<b>Afectos positivos</b>	31.5	6.73	33.9	4.49	216.0	0.359
<b>Afectos negativos</b>	16.2	5.80	16.4	6.52	173.0	0.750
<b>Balanço da afectividade</b>	15.3	10.8	17.6	9.49	210.0	0.457

Nota: A condição “iletrada” foi excluída por só registar uma participante

#### 4.5. Resultados no BES em função da idade

Verificámos que existe apenas uma associação negativa e moderada entre a variável idade e a *satisfação com a vida* ( $r=-0.403$ ;  $p=0.010$ ) e, uma associação negativa mas fraca entre a idade e os *afectos positivos* ( $r=-0.312$ ;  $p=0.050$ ), ou seja, à medida que a idade aumenta, os valores destas componentes do BES tendem a diminuir.

Nas restantes componentes *afectos negativos* ( $r=-0.068$ ;  $p=0.678$ ) e *balanço da afectividade* ( $r=-0.139$ ;  $p=0.391$ ) não foram encontradas associações significativas com a variável idade.

#### 4.6. Resultados no BES em função do nível sócio-económico

Com o objectivo de analisar eventuais diferenças entre as mulheres no BES segundo o nível sócio-económico (baixo e médio), utilizámos o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Observámos que existem diferenças estatisticamente significativas nas componentes do BES *satisfação com a vida* ( $U=294.0$ ;  $p=0.003$ ), *afectos positivos* ( $U=287.0$ ;  $p=0.005$ ) e *balanço da afectividade* ( $U=288.5$ ;  $p=0.005$ ). Quanto à componente *afectos negativos* ( $U=125.5$ ;  $p=0.079$ ) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Na Tabela 5 apresentam-se os resultados das Médias,

Desvios-Padrão e do Teste Mann-Whitney relativamente às diferenças em função do nível sócio-económico nas componentes do BES.

**Tabela 5:** Diferenças em relação às componentes do BES em função do nível sócio-económico (Média, Desvio-Padrão e Teste de Mann-Whitney) N=40

	Nível sócio-económico				Teste Mann-Whitney	
	Baixo (n=15)		Médio (n=25)		U	p
	M	DP	M	DP		
<b>Satisfação com a vida</b>	16.3	4,64	21.6	4.44	294.0	0,003**
<b>Afectos positivos</b>	28.5	6.15	34.5	4.98	287.0	0,005**
<b>Afectos negativos</b>	19.1	6.65	15.0	5.56	125.5	0.079
<b>Balanço da afectividade</b>	9.40	11.3	19.4	8.46	288.5	0.005**

Nota: \*\* $p \leq 0.05$

#### 4.7. Resultados no BES em função da variável coabitação

Com o intuito de averiguar eventuais diferenças entre as mulheres no BES segundo a coabitação (viver sozinha ou acompanhada) procedemos à realização do teste não paramétrico Mann-Whitney. Os resultados demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a *satisfação com a vida* ( $U=97.00$ ;  $p=0.509$ ), os *afectos positivos* ( $U=91.50$ ;  $p=0.391$ ), os *afectos negativos* ( $U=101.5$ ;  $p=0.614$ ) e o *balanço da afectividade* ( $U=107.0$ ;  $p=0.762$ ) face à variável coabitação. Na Tabela 6 apresentam-se os resultados das Médias, Desvios-Padrão e do Teste Mann-Whitney relativamente às diferenças em função da coabitação nas componentes do BES.

**Tabela 6:** Diferenças em relação às componentes do BES em função da coabitação (Média, Desvio-Padrão e Teste de Mann-Whitney) N=40

	Coabitação				Teste Mann-Whitney	
	Sozinha (n=7)		Acompanhada (n=33)		U	p
	M	DP	M	DP		
<b>Satisfação com a vida</b>	18.4	6.37	19.9	4.96	97.00	0.509
<b>Afectos positivos</b>	30.4	6.60	32.6	6.06	91.50	0.391
<b>Afectos negativos</b>	16.4	6.68	16.6	6.24	101.5	0.614
<b>Balanço da afectividade</b>	14.0	13.0	16.0	10.3	107.0	0.762

#### 4.8. Resultados no BES em função da variável realização de cirurgia

Para analisar eventuais diferenças ao nível do BES entre as participantes caracterizadas segundo a realização ou não de cirurgia, utilizámos o teste de Mann-Whitney. Os resultados obtidos sugerem a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as componentes *satisfação com a vida* ( $U=67.50$ ;  $p=0.019$ ), *afectos positivos* ( $U=61.00$ ;  $p=0.011$ ) e *balanço da afectividade* ( $U=54.00$ ;  $p=0.005$ ) face à variável realização de cirurgia (sim ou não) nas participantes do estudo. Apenas nos *afectos negativos* ( $U=175.0$ ;  $p=0.244$ ) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Na Tabela 7 encontram-se os resultados obtidos relativos às diferenças em função da realização de cirurgia nas componentes do BES, utilizando a Média, Desvio-Padrão e o Teste Mann-Whitney.

**Tabela 7:** Diferenças em relação às componentes do BES em função da realização de cirurgia (Média, Desvio-Padrão e Teste de Mann-Whitney) N=40

	Realização de cirurgia				Teste Mann-Whitney	
	Sim (n=31)		Não (n=9)		U	p
	M	DP	M	DP		
<b>Satisfação com a vida</b>	18.6	4.77	23.0	5.32	67.50	0.019**
<b>Afectos positivos</b>	30.9	5.82	36.9	4.94	61.00	0.011**
<b>Afectos negativos</b>	17.1	6.40	14.7	5.50	175.0	0.244
<b>Balanço da afectividade</b>	13.7	10.4	22.2	9.40	54.00	0.005**

Nota: \*\* $p \leq 0,05$

#### 4.9. Associação entre os traços de personalidade e as componentes do BES

Com o intuito de conhecer possíveis associações entre os traços de personalidade e as componentes do BES, procedemos à realização de testes de correlações de Pearson entre as variáveis mencionadas.

Verificámos que existe uma associação negativa e forte entre o traço de personalidade *neuroticismo* ( $r=-0.729$ ;  $p=0.000$ ) e a *satisfação com a vida* e uma associação positiva e forte entre a *extroversão* ( $r=0.606$ ;  $p=0.000$ ) e esta dimensão do BES. O traço *abertura à experiência* ( $r=0.448$ ;  $p=0.004$ ) apresenta uma associação positiva e moderada com esta dimensão cognitiva do BES.

Constatámos também que existe uma associação positiva, embora fraca, entre a *conscienciosidade* ( $r=0.336$ ;  $p=0.034$ ) e a *satisfação com a vida*.

O traço *amabilidade* ( $r=-0,026$ ;  $p=0.875$ ) não apresenta qualquer tipo de associação com a *satisfação com a vida*.

Na dimensão afectiva, verificou-se que o *neuroticismo* ( $r=-0.697$ ;  $p=0.000$ ) apresenta uma correlação negativa e estatisticamente muito significativa com os *afectos positivos* e que a *extroversão* ( $r=0.562$ ;  $p=0.000$ ) apresenta uma relação positiva e

moderada com os *afectos positivos*. As pontuações no traço *abertura à experiência* ( $r=0.355$ ;  $p=0.025$ ) surgem positiva e significativamente relacionados (embora com fraca correlação) com a dimensão *afectos positivos* do BES.

Constatamos ainda que o traço *amabilidade* não apresenta correlações significativas com os *afectos positivos* ( $r=0.126$ ;  $p=0.439$ ) e que a *conscienciosidade* apresenta uma correlação positiva e fraca com esta dimensão afectiva do BES ( $r=0.257$ ;  $p=0.110$ ).

Relativamente aos *afectos negativos* obtivemos uma associação positiva e forte com o *neuroticismo* ( $r=0.776$ ;  $p=0.000$ ). Pelo contrário, a *abertura à experiência* ( $r=-0.389$ ;  $p=0.013$ ) e a *conscienciosidade* ( $r=-0,314$ ;  $p=0,048$ ) apresentam uma associação negativa e fraca.

Os restantes traços de personalidade, *extroversão* ( $r=-0.203$ ;  $p=0.209$ ) e *amabilidade* ( $r=0.175$ ;  $p=0.279$ ) não apresentaram uma relação significativa com os *afectos negativos*.

Na análise do *balanço da afectividade*, que permite obter a componente afectiva do BES na globalidade, concluímos que o *neuroticismo* ( $r=-0.851$ ;  $p=0.000$ ) apresenta uma associação negativa e muito forte com esta componente do BES, enquanto a *extroversão* ( $r=0.440$ ;  $p=0.004$ ) e a *abertura à experiência* ( $r=0.430$ ;  $p=0.006$ ) apresentam uma associação positiva e moderada.

Foi possível constatar também uma relação positiva, embora fraca, entre a *conscienciosidade* ( $r=0.330$ ;  $p=0.038$ ) e o *balanço da afectividade*. Assim, somente o traço de personalidade *amabilidade* ( $r=-0.030$ ;  $p=0.855$ ) parece não se encontrar significativamente relacionado com esta dimensão do BES.

Na Tabela 5 são apresentados os resultados das análises de correlação efectuadas entre os traços de personalidade avaliados através do Inventário de Personalidade NEO-FFI, a *satisfação com a vida*, os *afectos positivos*, os *afectos negativos* e o *balanço da afectividade*, com recurso ao Coeficiente de correlação de Pearson.

**Tabela 8:** Relação entre os traços de personalidade, a satisfação com a vida, os afectos positivos, os afectos negativos e o balanço da afectividade (Coeficiente de correlação de Pearson)

	Satisfação com a Vida	Afectos Positivos	Afectos Negativos	Balanço da Afectividade
<b>Neuroticismo</b>	-0.729**	-0.697**	0.776**	-0.851**
<b>Extroversão</b>	0.606**	0.562**	-0.203	0.440**
<b>Abertura à experiência</b>	0.448**	0.355*	-0.389*	0.430**
<b>Amabilidade</b>	-0.026	0.126	0.175	-0.030
<b>Conscienciosidade</b>	0.336*	0.257	-0.314*	0.330*

Nota: \*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p \leq 0.01$ .

#### 4.10. Associação entre o suporte social e as componentes do BES

Com o objectivo de conhecer eventuais associações entre as dimensões do suporte social e as componentes do BES foram realizados testes de correlações de Pearson entre as variáveis mencionadas.

Foi possível verificar que o factor *satisfação com os amigos* apresenta uma associação positiva e significativa com a *satisfação com a vida* ( $r=0.777$ ;  $p=0.000$ ), com o *balanço da afectividade* ( $r=0.710$ ;  $p=0.000$ ), os *afectos positivos* ( $r=0.607$ ;  $p=0.000$ ). Por sua vez foi encontrada uma associação negativa mas significativa entre a *satisfação com os amigos* e os *afectos negativos* ( $r=-0.622$ ;  $p=0.000$ ).

O factor *intimidade* apresenta uma associação positiva e forte com a *satisfação com a vida* ( $r=0.723$ ;  $p=0.000$ ) e com o *balanço da afectividade* ( $r=0.613$ ;  $p=0.000$ ) e uma associação positiva e moderada com os *afectos positivos* ( $r=0.455$ ;  $p=0.003$ ).

Verificou-se ainda que o factor *intimidade* apresenta uma associação negativa e muito significativa com os *afectos negativos* ( $r=-0.606$ ;  $p=0.000$ ).

A *satisfação com a família* apresenta apenas uma associação positiva e forte com a *satisfação com a vida* ( $r=0.718$ ;  $p=0.000$ ). Com as restantes componentes do BES apresenta uma associação positiva e moderada, isto é, com os *afectos positivos* ( $r=0.517$ ;  $p=0.001$ ) e com o *balanço da afectividade* ( $r=0.516$ ;  $p=0.001$ ). Por sua vez, as pontuações obtidas no factor *satisfação com a família* surgem negativamente

correlacionadas com os resultados na escala *afectos negativos* ( $r=-0.378$ ;  $p=0.016$ ) sendo esta correlação fraca.

O factor *actividades sociais* apresenta uma associação positiva e moderada com a *satisfação com a vida* ( $r=0.540$ ;  $p=0.000$ ) e com o *balanço da afectividade* ( $r=0.468$ ;  $p=0.002$ ).

Verificou-se ainda uma associação negativa entre as *actividades sociais* e os *afectos negativos* ( $r=-0.488$ ;  $p=0.001$ ) e uma associação positiva, embora fraca entre as *actividades sociais* e os *afectos positivos* ( $r=0.320$ ;  $p=0.044$ ).

Por fim, denota-se que o *suporte social total*, isto é, o somatório dos quatro factores da Escala de Satisfação com o Suporte Social, apresenta uma associação positiva e muito significativa com a *satisfação com a vida* ( $r=0.812$ ;  $p=0.000$ ) e uma associação positiva e significativa com o *balanço da afectividade* ( $r=0.684$ ;  $p=0.000$ ). No que diz respeito aos *afectos positivos*, o *suporte social total* apresenta uma associação positiva e moderada ( $r=0.562$ ;  $p=0.000$ ), contrariamente aos *afectos negativos* que apresentam uma associação negativa e significativa ( $r=-0.621$ ;  $p=0.000$ ).

Na Tabela 6 são apresentados os resultados das correlações obtidas entre o suporte social medido através da Escala de Satisfação com o Suporte Social, a *satisfação com a vida*, os *afectos positivos*, os *afectos negativos* e o *balanço da afectividade*, com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson.

**Tabela 9:** Relação entre o suporte social, a satisfação com a vida, os afectos positivos, os afectos negativos e o balanço da afectividade (Coeficiente de correlação de Pearson)

	<b>Satisfação com a Vida</b>	<b>Afectos Positivos</b>	<b>Afectos Negativos</b>	<b>Balanço da Afectividade</b>
<b>Satisfação com os amigos</b>	0.777**	0.607**	-0.622**	0.710**
<b>Intimidade</b>	0.723**	0.455**	-0.606**	0.613**
<b>Satisfação com a família</b>	0.718**	0.517**	-0.378**	0.516**
<b>Actividades sociais</b>	0.540**	0.320*	-0.488**	0.468**
<b>Suporte social total</b>	0,812**	0.562**	-0.621**	0.684**

Nota: \*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p \leq 0.01$ .

#### 4.11. Preditores da Satisfação com a Vida

Após observarmos os resultados das correlações obtidas entre as variáveis BES, características de Personalidade e Suporte Social com as respectivas dimensões, procedemos à realização do modelo de regressão hierárquica múltipla (através do método *stepwise*) para avaliarmos o poder preditivo destas variáveis sobre o BES de doentes oncológicas.

A tabela 7 apresenta o resultado do modelo de regressão para a nossa amostra, considerando a *satisfação com a vida* como variável dependente. Posteriormente foram introduzidas, de forma simultânea, todas as variáveis que demonstraram uma relação significativa com esta variável. Desta forma, verificámos que o primeiro bloco de variáveis (Passo 1) prediz 59.3% da variância da *satisfação com a vida* ( $F=57.897$ ;  $p=0.000$ ) apresentando-se a *satisfação com os amigos* como um preditor significativo ( $\beta=0.777$ ;  $p=0.000$ ). Ao adicionar a variável *neuroticismo* (Passo 2) a análise mostrou que esta variável contribuiu para o aumento do poder explicativo do modelo ( $F=44.912$ ;  $p=0.001$ ), embora a regressão hierárquica múltipla tenha revelado que a *satisfação com os amigos*, o *neuroticismo* e a *satisfação com a família* (Passo 3) possuem o maior poder explicativo do modelo, predizendo então 74.6% da variância do BES ( $F=39.214$ ;  $p=0.000$ ).

**Tabela 10:** Modelo de regressão hierárquica múltipla da satisfação com a vida

	B	EP B	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	F	p
<b>Passo 1</b>				0.604	0.593	57.897	0.000
Constante	-0.530	2.696					0.845
Satisfação com os amigos	0.993	0.130	0.777				0.000
<b>Passo 2</b>				0.708	0.692	44.912	0.000
Constante	10.135	3.752					0.010
Satisfação com os amigos	0.677	0.143	0.530				0.000
Neuroticismo	-0.371	0.102	-0.407				0.001
<b>Passo 3</b>				0.766	0.746	39.214	0.000
Constante	10.438	3.410					0.004
Satisfação com os amigos	0.351	0.170	0.274				0.047
Neuroticismo	-0.381	0.093	-0.418				0.000
Satisfação com a família	0.546	0.184	0.346				0.005

Nota: EP B – Erro padrão do valor B

#### 4.12. Preditores dos Afectos Positivos

Relativamente aos *afectos positivos*, recorreremos também à análise de regressão hierárquica múltipla através do método de *stepwise*, onde considerámos os *afectos positivos* como variável dependente. Foram introduzidas de forma simultânea todas as variáveis que apresentaram anteriormente uma relação significativa com estes afectos, com a obtenção de dois blocos de variáveis.

O primeiro bloco de variáveis (Passo 1) predisse 47.2% ( $F=35.836$ ;  $p=0.000$ ) da variância dos *afectos positivos* apenas com a introdução da variável *neuroticismo* ( $\beta=-0.697$ ;  $p=0.000$ ). O segundo bloco de variáveis (Passo 2) mostra-nos que o poder explicativo do modelo aumentou com a introdução da variável *extroversão*. O *neuroticismo* e a *extroversão* explicam então 53.8% ( $F=23.706$ ;  $p=0.000$ ) da componente *afectos positivos* nas participantes do nosso estudo. Na tabela 8 apresentam-se os resultados do modelo de regressão hierárquica múltipla para os *afectos positivos*.

**Tabela 11:** Modelo de regressão hierárquica múltipla dos afectos positivos

	<b>B</b>	<b>EP B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><math>R^2</math></b>	<b><math>\Delta R^2</math></b>	<b>F</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Passo 1</b>				0.485	0.472	35.836	0.000
Constante	40.891	1.610					0.000
Neuroticismo	-0.754	0.126	-0.697				0.000
<b>Passo 2</b>				0.562	0.538	23.706	0.000
Constante	31.415	4.025					0.000
Neuroticismo	-0.601	0.132	-0.556				0.000
Extroversão	0.592	0.233	0.310				0.015

Nota: EP B – Erro padrão do valor B

#### 4.13. Preditores dos Afectos Negativos

Para conhecermos as variáveis preditoras dos *afectos negativos* procedemos à realização de uma análise de regressão hierárquica múltipla (pelo método de *stepwise*), considerando os *afectos negativos* como variável dependente e posteriormente introduzidas as variáveis que obtiveram relações significativas nos testes de correlações anteriores. Constatámos que com a introdução da variável *neuroticismo* ( $\beta=0.776$ ;  $p=0.0000$ ) o modelo predizia 59.2% dos *afectos negativos* ( $F=57.617$ ;  $p=0.000$ ) mas que com a introdução da variável *amabilidade* a sua capacidade de predição aumentou substancialmente para um valor de 72.2% de explicação dos *afectos negativos* ( $F=51.668$ ;  $p=0.000$ ). Podemos concluir que os melhores preditores de *afectos negativos* nas participantes no nosso estudo, foram o *neuroticismo* e a *amabilidade*. Na tabela 9 encontra-se os resultados da análise de regressão hierárquica múltipla para os *afectos negativos*.

**Tabela 12:** Modelo de regressão hierárquica múltipla dos afectos negativos

	<b>B</b>	<b>EP B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><math>R^2</math></b>	<b><math>\Delta R^2</math></b>	<b>F</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Passo 1</b>				0.603	0.592	57.617	0.000
Constante	6.740	1.437					0.000
Neuroticismo	0.853	0.112	0.776				0.000
<b>Passo 2</b>				0.736	0.722	51.668	0.000
Constante	-15.907	5.360					0.005
Neuroticismo	0.949	0.095	0.864				0.000
Amabilidade	1.322	0.305	0.376				0.000

Nota: EP B – Erro padrão do valor B

#### 4.14. Preditores do Balanço da Afectividade

No que concerne ao *balanço da afectividade* (medida que permite obter a totalidade da dimensão afectiva do BES) efectuámos uma análise de regressão hierárquica múltipla (com recurso ao método de *stepwise*). Considerámos o *balanço da afectividade* como variável dependente e após a introdução das variáveis com uma relação significativa com esta medida do BES obtivemos três blocos de variáveis.

No primeiro bloco (Passo 1) o valor preditivo do modelo foi bastante elevado, explicando 71.7% do *balanço da afectividade*, integrando apenas a variável *neuroticismo* ( $\beta=-0.851$ ;  $p=0.000$ ). No segundo bloco de variáveis (Passo 2) foi adicionada a variável *satisfação com os amigos* ( $\beta=0.306$ ;  $p=0.003$ ) que contribuiu para o aumento do valor de predição do modelo para 77.2%. Por último (Passo 3), é possível verificar que o modelo ficou completo com a adição da variável *amabilidade* ( $\beta=-0.182$ ;  $p=0.025$ ) que conjuntamente com o *neuroticismo* e a *satisfação com os amigos* contribuiu para que o modelo tivesse um valor de 79.7% de capacidade de predição do *balanço da afectividade*. Apresentam-se na tabela 10 os resultados da regressão hierárquica múltipla para o *balanço da afectividade*.

**Tabela 13:** Modelo de regressão hierárquica múltipla do balanço da afetividade

	<b>B</b>	<b>EP B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><math>R^2</math></b>	<b><math>\Delta R^2</math></b>	<b>F</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Passo 1</b>				0.724	0.717	99.920	0.000
Constante	34.151	2.055					0.000
Neuroticismo	-1.607	0.161	-0.851				0.000
<b>Passo 2</b>				0.784	0.772	66.991	0.000
Constante	13.716	6.687					0.047
Neuroticismo	-1.256	0.182	-0.665				0.000
Satisfação com os amigos	0.809	0.254	0.306				0.003
<b>Passo 3</b>				0.812	0.797	51.895	0.000
Constante	37.030	11.793					0.003
Neuroticismo	-1.413	0.184	-0.748				0.000
Satisfação com os amigos	0.632	0.252	0.239				0.017
Amabilidade	-1.100	0.470	-0.182				0.025

Nota: EP B – Erro padrão do valor B

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

---

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Posteriormente à apresentação e análise dos resultados obtidos na presente investigação importa agora proceder à discussão dos mesmos à luz da revisão da literatura efectuada.

### 5.1. Diferenças no BES e nas suas componentes em função das variáveis sócio-demográficas e clínicas

Primeiramente, no que respeita à variável estado civil, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da *satisfação com a vida*, dos *afectos positivos*, dos *afectos negativos* e no *balanço da afectividade* nas participantes em função do estado civil. Um resultado divergente foi encontrado em diversos estudos (Diener, Gohm, Suh & Oishi, 2000; Simões & colaboradores, 2000; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Argyle, 1999) os quais indicaram que existem diferenças ao nível do BES e suas componentes segundo, o estado civil, apresentando os indivíduos casados ou que viviam em união de facto níveis de BES mais elevados, comparativamente a indivíduos com outros estatutos civis.

Também, em relação à situação profissional das participantes no nosso estudo, encontrámos diferenças estatisticamente significativas somente no BES, mais especificamente na componente *satisfação com a vida*. A este propósito, o estudo de Argyle (1999) reconheceu a importância que a situação profissional, ou ocupação, desempenha nos níveis de BES, podendo esta variável estar associada a benefícios de ordem económica e social. Contudo, o aumento dos níveis de BES está dependente da qualidade e satisfação que os indivíduos expressam perante a sua actividade laboral (Diener & colaboradores, 1999).

Relativamente às habilitações literárias, não observámos diferenças estatisticamente significativas entre as componentes do BES nas participantes. Contudo, o estudo de Diener e colaboradores (1999) sugere que o nível de escolaridade influencia, ainda que de forma indirecta, os níveis de BES na população em geral. Assim, um grau de escolaridade mais elevado deverá permitir que os indivíduos progridam nos seus objectivos e aspirações, alarguem o seu leque de interesses e poderá conferir-lhes mais competências para se adaptarem a situações do quotidiano. O facto de não se

observarem estes resultados no nosso estudo pode dever-se ao tamanho reduzido da nossa amostra, bem como ao facto de não se verificar homogeneidade nos níveis de habilitações literárias da amostra.

Relativamente ao nível sócio-económico da nossa amostra, encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas componentes do BES *satisfação com a vida*, *afectos positivos* e *balanço da afectividade*. De facto, o estudo de Diener e colaboradores (1999) refere que os sujeitos com mais recursos económicos apresentam níveis mais elevados de BES do que aqueles que apresentam menos recursos. No entanto, esta relação entre os rendimentos (ou nível sócio-económico) e o BES não é linear e é necessário avaliar expectativas e objectivos (desejos materiais) para explicar esta relação.

Observámos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas componentes do BES face à variável coabitação, isto é, o facto de viver sozinho ou acompanhado. É referido no estudo de Diener e colaboradores (1999) que os sujeitos que não são casados mas que moram acompanhados apresentam maior BES do que aqueles que habitam sozinhos. Este facto não se verificou no nosso estudo, talvez devido ao tamanho diminuto da amostra, assim como à heterogeneidade das características da coabitação.

Quanto à variável cirurgia, foi possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas na *satisfação com a vida*, nos *afectos positivos* e no *balanço da afectividade* das doentes oncológicas estudadas, sugerindo que as mulheres que não foram submetidas a procedimento cirúrgico apresentam médias superiores nestas componentes do que aquelas que foram submetidas a este tratamento. Não tendo nenhum estudo com que comparar os nossos resultados, apenas podemos referir uma das variáveis estudadas com influência no BES: o estado de saúde. De acordo com o estudo realizado por Simões e colaboradores (2000) o importante é a percepção e avaliação subjectiva que os indivíduos fazem do seu estado de saúde. Talvez para estas mulheres o facto de não ter passado por um tratamento cirúrgico tenha influenciado a percepção do seu estado de saúde como menos grave, quando comparadas com mulheres que tiveram de o realizar. Provavelmente o facto de não terem sido impostas mais limitações físicas, advindas deste procedimento médico, e de não se sentirem tão condicionadas, esteja na origem das diferenças encontradas.

## 5.2. Associação entre o BES e a idade

Os resultados obtidos indicam haver apenas associação, embora negativa, entre a idade e a *satisfação com a vida* e os *afectos positivos*. Os *afectos negativos* e o *balanço da afectividade* não demonstram qualquer tipo de relação com a variável idade.

O estudo de Diener e colaboradores (1999) refere que apenas os *afectos positivos* têm tendência a declinar com o aumento da idade e que as restantes componentes do BES tendem a manter-se estáveis ao longo da vida. Os nossos resultados estão de acordo com o estudo apenas no que diz respeito aos *afectos positivos*. Relativamente às restantes componentes do BES (*satisfação com a vida*, *afectos negativos* e *balanço da afectividade*), a ausência de relações estatisticamente significativas entre estas variáveis corroboram os resultados de Simões e colaboradores (2000), segundo os quais foram encontradas correlações baixas entre as variáveis idade e o BES. No entanto, estes resultados podem dever-se ao tamanho reduzido da amostra.

## 5.3. Associação entre as características de personalidade e a Satisfação com a Vida

As análises correlacionais efectuadas permitem-nos sugerir a existência de uma associação negativa e forte entre o traço de personalidade *neuroticismo* e a *satisfação com a vida*. Assim, à medida que as doentes oncológicas apresentam mais características do traço de personalidade *neuroticismo*, a sua *satisfação com a vida* diminui, isto é, as variáveis covariam em sentidos opostos. Este resultado corrobora os resultados de alguns estudos (Hayes & Joseph, 2003; Gannon & Ranzijn, 2005; Steel, Schmidt & Shultz, 2008), que referem que esta dimensão cognitiva do BES diminui com uma presença de traços de *neuroticismo* acentuada, quer na população em geral, quer em doentes oncológicos (Courneya et al. 2000; Härtl, Engel, Herschbach, Reinecker, Sommer & Friese, 2010; Aarstad, Aarstad & Olofsson, 2008; Grov, Fossa, Bremnes, Dahl, Klepp, Wist & Dahl, 2009). Assim, uma presença de traços de *neuroticismo* diminuída revela-se protectora face ao bem-estar percebido.

Também a *extroversão* apresenta uma associação forte com a *satisfação com a vida* na nossa amostra, tal como se verificou em estudos anteriores (Hayes & Joseph, 2003; Steel, Schmidt & Shultz, 2008; Haslam, Whelan & Bastian, 2009) com a população em geral. No entanto, esta associação é positiva, o que indica que à medida que o indivíduo apresenta mais características de personalidade relacionadas com a *extroversão*, a sua

*satisfação com a vida* também aumenta, desta forma ambas as variáveis covariam, podendo esta situação ser explicada pelo facto dos indivíduos extrovertidos serem mais optimistas sociáveis, activos, assertivos e expressivos (Steel, Schmidt & Shultz, 2008).

Constatámos também que existe uma associação, embora fraca, entre o traço de personalidade *conscienciosidade* e a *satisfação com a vida*, resultados estes semelhantes às investigações apresentadas sobre o tema (Diener, Suh & Oishi, 1997; DeNeve & Cooper, 1998; Hayes & Joseph, 2003; Steel, Schmidt & Shultz, 2008), que sugerem uma ligeira associação entre este traço de personalidade e esta componente cognitiva do BES. Hayes e Joseph (2003) sugerem que os indivíduos com níveis elevados deste traço de personalidade têm tendência a funcionar eficazmente em sociedade e elevada capacidade para atingir os seus objectivos pessoais. Nestes termos, a *conscienciosidade* encontra-se relacionada com a *satisfação com a vida* por enfatizar os aspectos cognitivos e avaliativos do BES e da felicidade.

Verificou-se que o traço *abertura à experiência* apresenta uma associação moderada com a *satisfação com a vida* na nossa amostra, facto que está de acordo com os estudos já referidos anteriormente (Diener, Suh & Oishi, 1997; DeNeve & Cooper, 1998; Hayes & Joseph, 2003; Steel, Schmidt & Shultz, 2008) nos quais os autores referem que este traço de personalidade pode apresentar uma pequena correlação com a dimensão cognitiva do BES, podendo este facto dever-se a factores contextuais.

No presente estudo a *amabilidade* foi o único traço de personalidade que não apresentou qualquer tipo de associação com a *satisfação com a vida*. Contudo, alguns autores (Diener, Suh & Oishi, 1997; DeNeve & Cooper, 1998; Hayes & Joseph, 2003; Steel, Schmidt & Shultz, 2008) referem que pode existir uma relação deste traço de personalidade com esta componente do BES devido a factores contextuais (e.g., cultura, metas pessoais, valores), à semelhança do que acontece com o traço *abertura à experiência*.

#### **5.4. Associação entre as características de personalidade e os Afectos Positivos**

Relativamente a esta dimensão afectiva do BES, ou seja, os *afectos positivos*, foi possível constatar que o traço de personalidade *neuroticismo* apresenta uma associação negativa e forte com estes afectos, facto este que nos sugere que à medida que as doentes oncológicas apresentam um maior número de características relativas a este

traço de personalidade, diminuem os *afectos positivos*. A *extroversão* também apresenta uma associação moderada com os *afectos positivos*, no entanto, contrariamente ao *neuroticismo*, ambas as variáveis covariam no mesmo sentido, ou seja, de forma positiva. Desta forma, à medida que o indivíduo apresenta maiores valores de *extroversão*, os *afectos positivos* têm tendência para aumentar também.

Estes resultados vão ao encontro das conclusões dos estudos anteriores acerca deste tema (Diener, Suh & Oishi, 1997; DeNeve & Cooper, 1998; Schimmack, Diener & Oishi, 2002; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Gutiérrez, Jiménez, Hernández & Puente, 2005; Librán, 2006; Steel, Schmidt & Shultz, 2008; Nunes, Hutz & Giacomoni, 2009) que nos indicam que os principais traços de personalidade que apresentam uma associação significativa com os *afectos positivos* são o *neuroticismo*, cuja natureza da relação é negativa e a *extroversão* que apresenta uma relação positiva.

A *abertura à experiência* e a *conscienciosidade* apresentam uma associação positiva, embora fraca, com os *afectos positivos*, sendo estes resultados já referidos em estudos anteriores (Diener, Suh & Oishi, 1997; Steel Schmidt & Shultz, 2008) De acordo ainda com McCrae e Costa (1991) a *abertura à experiência* está associada tanto aos *afectos positivos* como aos *afectos negativos* por permitir que os indivíduos experienciem tanto emoções positivas como negativas.

O traço de personalidade *amabilidade* não apresenta uma correlação significativa com esta dimensão afectiva do BES, isto é, com os *afectos positivos*. No entanto, alguns autores (Diener, Suh & Oishi, 1997; Steel, Schmidt & Shultz, 2008) referem que este traço de personalidade poderá estar associado a um aumento dos *afectos positivos*, apesar das correlações serem frequentemente fracas, o que não se observou no nosso estudo. Os autores Diener, Suh e Oishi (1997) explicam que a *amabilidade* pode contribuir para o aumento do BES através de reforços ambientais, isto é, os indivíduos que apresentam mais características deste traço de personalidade recebem mais reforços positivos de outros e conseqüentemente desenvolvem níveis de BES mais elevados. Os autores referem ainda que o facto de esta relação depender de reforços implica que existam diferenças na relação entre a *amabilidade* e o BES entre culturas.

## **5.5. Associação entre as características de personalidade e os Afectos Negativos**

Nos *afectos negativos* constatámos a existência de uma associação positiva e forte entre o traço de personalidade *neuroticismo* e esta componente afectiva do BES, o que nos indica que quantas mais características referentes a este traço de personalidade um indivíduo apresentar, mais os seus *afectos negativos* tendem a aumentar. Estes resultados corroboram as conclusões de alguns autores (Diener, Suh & Oishi, 1997; DeNeve & Cooper, 1998; Schimmack, Diener & Oishi, 2002; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Gutiérrez, Jiménez, Hernández & Puente, 2005; Librán, 2006; Steel, Schmidt & Shultz, 2008; Haslam, Whelan & Bastien, 2009; Nunes, Hutz & Giacomoni, 2009) que indicam que o *neuroticismo* apresenta uma associação significativa com os *afectos negativos*. Estes mesmos estudos indicam-nos também que o traço de personalidade *extroversão* se encontra significativamente associado a esta componente afectiva do BES, embora no nosso estudo este facto não se tenha verificado, a *extroversão* não surgiu significativamente correlacionada com os *afectos negativos*.

Os restantes traços *abertura à experiência*, *conscienciosidade* e *amabilidade* não apresentaram uma correlação significativa com os *afectos negativos*. Estes resultados divergem dos obtidos por alguns autores (Diener, Suh & Oishi, 1997), os quais encontraram correlações significativas, embora fracas, entre estes traços de personalidade e os *afectos negativos*. Os mesmos autores referem que a relação entre a conscienciosidade e a amabilidade e o BES não acontece de forma directa. A influência destes traços de personalidade no BES depende primeiramente de recompensas recebidas pelos sujeitos sendo que o efeito das mesmas que contribui para o aumento dos níveis de BES.

## **5.6. Associação entre as características de personalidade e o Balanço da Afectividade**

Na presente investigação foi utilizada uma medida que nos permite obter a dimensão afectiva do BES na sua globalidade, no sentido em que nos permite obter resultados mais precisos acerca desta dimensão. No entanto, na literatura nem sempre esta medida é utilizada, o que dificulta uma análise comparativa com estudos prévios.

Contudo, os nossos resultados indicam-nos que o *neuroticismo* apresenta uma associação muito forte com o *balanço da afectividade*, no entanto, esta associação com

esta dimensão do BES é negativa o que nos sugere que à medida que o indivíduo apresenta mais características inerentes a este traço de personalidade menor será o seu *balanço da afectividade*. A *extroversão* apresenta também uma associação moderada, embora positiva, com esta componente, o que sugere que a presença de características pertencentes a este traço de personalidade faz com que o *balanço da afectividade* aumente.

Estes resultados corroboram as conclusões das investigações anteriormente consultadas que nos indicam que estes dois traços de personalidade assumem maior destaque na relação com o BES, especialmente na sua componente afectiva, ou seja, na justificação dos *afectos positivos* e dos *afectos negativos* (Diener, Suh & Oishi, 1997; DeNeve & Cooper, 1998; Schimmack, Diener & Oishi, 2002; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Gutiérrez, Jiménez, Hernández & Puente, 2005; Librán, 2006; Steel, Schmidt & Shultz, 2008; Haslam, Whelan & Bastien, 2009; Nunes, Hutz & Giacconi, 2009).

Foi ainda possível constatar uma associação positiva e moderada entre o traço de personalidade *abertura à experiência* e o *balanço da afectividade* e uma associação positiva, embora fraca, entre a *conscienciosidade* e esta dimensão afectiva do BES. Desta forma, à medida que mais características associadas à *abertura à experiência* e à *conscienciosidade* se encontram presentes nos indivíduos, mais tende o *balanço da afectividade* a aumentar, indo os resultados ao encontro de conclusões de alguns autores (McCrae & Costa, 1991; Diener, Suh & Oishi, 1997; Gutiérrez, Jiménez, Hernández & Puente, 2005; Steel, Schmidt & Shultz, 2008).

Neste âmbito, o traço de personalidade *amabilidade* é o único que não apresenta uma correlação significativa com o *balanço da afectividade*, facto que não se verifica em alguns estudos (Diener, Suh & Oishi, 1997; Steel, Schmidt & Shultz, 2008) que referem que a *amabilidade* pode estar associada, ainda que fracamente, a esta dimensão do BES. Contudo, este facto também pode ser justificável através da associação que outros autores fazem, onde indicam que a *amabilidade* está mais associada à componente cognitiva do BES (DeNeve & Cooper, 1998; Hayes & Joseph, 2003) por melhorar a qualidade das relações sociais. A *amabilidade* permite essencialmente que os indivíduos adoptem comportamentos de cooperação e confiança nas interações sociais e age como facilitador no experienciar de situações positivas neste âmbito. Devido a estas características McCrae e Costa (1991) defendem que a *amabilidade* se encontra mais fortemente relacionada com a *satisfação com a vida* e com a felicidade

## 5.7. Associação entre o suporte social e as componentes do BES

Foi possível verificar uma associação positiva e forte entre o factor *satisfação com os amigos* e a *satisfação com a vida*, com o *balanço da afectividade* e com os *afectos positivos* nas participantes da nossa investigação, o que nos indica que à medida que estas mulheres apresentam maiores níveis de *satisfação com os amigos e as amizades*, estes componentes do BES têm tendência a aumentar.

Também foi possível observar uma associação forte mas negativa entre a *satisfação com os amigos* e os *afectos negativos*, o que sugere que quanto mais satisfeitas com este factor do suporte social os *afectos negativos* tendem a diminuir. Os nossos resultados corroboram os resultados obtidos por Coelho e Ribeiro (2000), no seu estudo onde relatam resultados semelhantes numa amostra de doentes crónicas (doença cardíaca). No mesmo estudo, o factor *satisfação com os amigos* apresenta uma correlação significativa com os níveis de bem-estar subjectivo em geral. Os autores mencionam que quanto mais insatisfeitas as mulheres, desta amostra, estão com este domínio do suporte social mais reforçada fica ideia de ausência de suporte ou salientados aspectos negativos das interações sociais (e.g. conflitos). Tudo isto poderá exercer uma influência negativa na percepção de BES bem como na capacidade de adaptação dos indivíduos a situações adversas, reflectindo o contributo do suporte social na diminuição dos *afectos negativos*.

O factor *intimidade* apresenta uma associação positiva e forte com a *satisfação com a vida*, com o *balanço da afectividade* e com os *afectos negativos*, embora com estes afectos a relação seja negativa. Desta forma, verifica-se que as mulheres da nossa amostra ao apresentarem maiores níveis de satisfação em relação à *intimidade*, a sua *satisfação com a vida* e o *balanço da afectividade* aumentam e os seus *afectos negativos* diminuem.

Constatámos também a existência de uma correlação positiva e moderada entre o factor *intimidade* e os *afectos positivos*, o que nos indica que ao aumentar a satisfação com a *intimidade* também os *afectos positivos* tendem a aumentar nas doentes oncológicas participantes no nosso estudo.

Estes resultados corroboram o estudo mencionado anteriormente (Coelho & Ribeiro, 2000) que verificou que a *intimidade* também apresenta uma associação significativa com o BES, em doentes crónicos. O facto de a *intimidade* estar relacionada com a percepção de que os indivíduos dispõem de um tipo de apoio íntimo ao qual

podem recorrer mesmo nas situações emergentes talvez confira às nossas participantes um sentimento de confiança e de apoio incondicional que as ajude a ultrapassar este período de crise. A satisfação com este domínio do suporte social e a percepção de existência do mesmo pode contribuir para o aumento do BES, nomeadamente dos *afectos positivos*, através do fortalecimento emocional proveniente da qualidade de sua rede de suporte. Coelho e Ribeiro (2000) referem também que se torna complicado em situações de elevado stresse (tal como no caso de uma doença oncológica) manter a qualidade das relações interpessoais pelo que a satisfação com o suporte social será protectora também em relação à saúde física e emocional.

A *satisfação com a família* apresenta uma associação positiva e forte com a *satisfação com a vida* e uma associação positiva e moderada com os *afectos positivos* e com o *balanço da afectividade*, o que nos sugere que face a níveis mais elevados de *satisfação com a família* a *satisfação com a vida*, os *afectos positivos* e o *balanço da afectividade* tendem a aumentar também. Apenas os *afectos negativos* apresentaram uma correlação negativa e fraca com este domínio do suporte social, o que sugere que à medida que este domínio aumenta, os *afectos negativos* diminuem, nas doentes oncológicas participantes nesta investigação. Os resultados obtidos no presente estudo vão ao encontro dos obtidos no estudo de Ribeiro e Coelho (2000) onde a *satisfação com a família* se encontrou significativamente associada ao BES. À semelhança do que acontece com a *satisfação com os amigos*, também a *satisfação com a família* contribui para a minimização de alguns efeitos negativos da doença que possam surgir, nomeadamente, o medo, a insegurança, a tensão e o stresse advindos desta situação de crise. Assim, os autores sugerem que a presença desta componente do suporte social terá influência no aumento dos níveis de BES em geral.

Por sua vez, o factor *actividades sociais* apresenta uma correlação positiva e moderada com a *satisfação com a vida*, com o *balanço da afectividade* e com os *afectos negativos*, embora com estes a relação seja negativa, estes resultados apontam no sentido em que um aumento da *satisfação com as actividades sociais*, na população em estudo, fará com que a *satisfação com a vida* e o *balanço da afectividade* aumente, ao passe que os *afectos negativos* terão tendência a diminuir.

Foi ainda observada uma associação positiva, embora fraca, entre este factor do suporte social e os *afectos positivos*, indicando que o aumento da *satisfação com as actividades sociais* aumenta os *afectos positivos*.

Relativamente ao envolvimento em actividades sociais o estudo de Coelho e Ribeiro (2000) refere que esta componente do suporte social é a que menos contribui para a percepção de bem-estar, embora este facto não se verifique no nosso estudo, uma vez que as actividades sociais demonstraram estar moderadamente associadas à maior parte das componentes do BES.

Finalmente denota-se que o suporte social total apresenta uma correlação positiva e muito forte com a *satisfação com a vida* e uma correlação positiva e forte com o *balanço da afectividade*. Com os *afectos negativos* apresenta uma associação também forte mas negativa e com os *afectos positivos* uma associação positiva e moderada.

Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Rodrigues e Madeira (2009), que indicam que o suporte social é uma variável de destaque no que diz respeito à justificação do bem-estar e da *satisfação com a vida* tanto na população geral como nos doentes crónicos em particular (como o caso das doenças oncológicas). Assim, o suporte social influencia a saúde física e mental dos indivíduos, através da estimulação do seu desenvolvimento pessoal e age como facilitador do ajustamento psicológico à doença, que se reflectirá nos níveis de BES mais elevados bem como no aumento do optimismo.

Também Meehan, Durlak e Bryant (1993) comprovaram que o suporte social está associado a um aumento das emoções positivas e da *satisfação com a vida* na população em geral, dado que este constructo se encontra intimamente relacionado com a partilha de emoções e experiências.

Em consonância com os resultados dos estudos descritos anteriormente, o suporte social demonstrou estar fortemente correlacionado com o BES no nosso estudo, o que nos sugere que este constructo desempenha um papel bastante relevante em contexto de doença, permitindo aos indivíduos ultrapassar situações adversas e ajudar a suportá-las de diferentes formas, quer através do apoio emocional ou do apoio instrumental, facultado pela rede de suporte social da qual estes indivíduos fazem parte.

Estes resultados reforçam os estudos acerca da temática anteriormente apresentados (Dunn, Steginga, Occhipinti & Wilson 1999; Coelho & Ribeiro, 2000; Brissette, Scheier & Carver, 2002; Holland & Holahan, 2003; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003; Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Jim, Purnell, Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006; Shelby & colaboradores, 2008).

Sob uma perspectiva mais generalista, podemos concluir também que os resultados são consistentes no que diz respeito ao efeito protector que o suporte social tem na

saúde, reforçando a ideia de que o nível de satisfação com os relacionamentos interpessoais, traduzidos nas dimensões família, amigos e intimidade, parece ser determinante em termos de resistência psicológica ao stresse provocado pela situação de doença que se expressa nos níveis de bem-estar subjectivo.

### **5.8. Preditores da Satisfação com a Vida**

Em relação à *satisfação com a vida*, foi possível verificar através da análise da regressão hierárquica múltipla que existem três variáveis, o *neuroticismo*, a *satisfação com os amigos* e a *satisfação com a família*, que explicam 74.6% da variância desta componente do BES, nas doentes oncológicas participantes no nosso estudo. Contudo, o *neuroticismo* influencia a *satisfação com a vida* de uma forma negativa, ou seja, contribui para a sua diminuição, enquanto a *satisfação com os amigos* e a *satisfação com a família* contribuem para o seu aumento.

Estes resultados corroboram as conclusões dos estudos de Hayes e Joseph (2003) e de Steel, Schmidt e Shultz (2008) que referem que o traço de personalidade *neuroticismo* exerce uma influência negativa na explicação da componente cognitiva do BES. Em relação às restantes variáveis predictoras, *satisfação com os amigos* e a *satisfação com a família*, os resultados obtidos são consistentes com os de Coelho e Ribeiro (2000), que sugerem que o suporte social apresenta uma influência significativas no BES. As interações sociais por aumentarem o sentimento de pertença e partilha revelam-se assim essenciais para o aumento do BES (Diener & Seligman, 2002).

### **5.9. Preditores dos Afectos Positivos**

Nos *afectos positivos*, constatámos que existem duas variáveis que explicam 53.8% da sua variância, o *neuroticismo* e a *extroversão*. No entanto, o *neuroticismo* influencia estes afectos negativamente, isto é, potencia a sua diminuição, ao passo que a influência da *extroversão* potencia o aumento dos *afectos positivos*.

Os nossos resultados confirmam as conclusões de vários autores (DeNeve & Cooper, 1998; Courneya & colaboradores, 2000; Schimmack, Diener & Oishi, 2002; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Gutiérrez, Jiménez, Hernández & Puente, 2005; Librán, 2006; Steel, Schmidt & Shultz, 2008; Haslam, Whelan & Bastien, 2009; Nunes, Hutz &

Giacomoni, 2009) que afirmam que estes dois traços de personalidade aparecem como as variáveis com maior relevância nesta componente afectiva do BES. Por um lado, o *neuroticismo* contribui para o decréscimo destes afectos porque reflecte a tendência a experienciar *afectos negativos* e os seus níveis elevados estão associados ao stress. Por outro lado a *extroversão* potencia os *afectos positivos* pois os indivíduos extrovertidos estabelecem mais interacções sociais, são mais sociáveis e apresentam, possivelmente, níveis superiores de afectividade positiva.

### **5.10. Preditores dos Afectos Negativos**

No que concerne aos *afectos negativos*, a análise de regressão hierárquica múltipla mostrou-nos que o *neuroticismo* e a *amabilidade* foram as variáveis que melhor explicavam estes afectos, explicando 72.2% da sua variância. Ambas as variáveis apresentam uma relação positiva com os *afectos negativos*, o que sugere que contribuem para o aumento dos mesmos.

No que diz respeito ao *neuroticismo*, o resultado vai de encontro ao indicado na literatura consultada onde estudos de vários autores, já referidos, (DeNeve & Cooper, 1998; Courneya & colaboradores, 2000; Schimmack, Diener & Oishi, 2002; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Gutiérrez, Jiménez, Hernández & Puente, 2005; Librán, 2006; Steel, Schmidt & Shultz, 2008; Haslam, Whelan & Bastien, 2009; Nunes, Hutz & Giacomoni, 2009) referem que o *neuroticismo* é o principal traço de personalidade com influência nos *afectos negativos*.

Quanto ao traço *amabilidade*, este resultado apenas se encontra de acordo com o estudo de Steel, Schmidt e Shultz (2008) que refere que este traço de personalidade se encontra relacionado de forma significativa com os *afectos negativos* embora tenhamos também consultado estudos (DeNeve & Cooper, 1998; Hayes & Joseph, 2003) que afirmam o contrário, que este traço pode apresentar pequenas relações com o BES mas que são sobretudo com a *satisfação com a vida*.

### **5.11. Preditores do Balanço da Afectividade**

No que diz respeito ao *balanço da afectividade* observou-se que existem três variáveis, o *neuroticismo*, a *amabilidade* e a *satisfação com os amigos*, que explicam 79.7% da variância desta componente do BES. Contudo, o *neuroticismo* e a

*amabilidade* apresentam uma influência negativa nesta componente, contribuindo para a sua diminuição, enquanto a *satisfação com os amigos* tem uma ascendência positiva sobre o *balanço da afectividade*, contribuindo para o seu aumento, nas participantes do nosso estudo.

Estes resultados apontam no mesmo sentido de estudos anteriores (DeNeve & Cooper, 1998; Courneya & colaboradores, 2000; Schimmack, Diener & Oishi, 2002; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Gutiérrez, Jiménez, Hernández & Puente, 2005; Librán, 2006; Steel, Schmidt & Shultz, 2008; Haslam, Whelan & Bastien, 2009; Nunes, Hutz & Giacomoni, 2009), que apontam o *neuroticismo* como uma variável com influência negativa na componente emocional do BES, à semelhança do que acontece no nosso estudo, encontra-se presente o seu contributo na diminuição dos *afectos positivos* e no aumento dos *afectos negativos*.

Relativamente ao traço de personalidade *amabilidade*, apesar da singularidade do seu resultado devido à influência negativa que exerce no *balanço da afectividade*, não encontramos estudos com os mesmos resultados embora, como já verificado anteriormente, Steel, Schmidt e Shultz (2008) refiram que este traço se encontra relacionado com todas as componentes do BES, incluindo a afectiva, estando o resultado neste aspecto de acordo com estas conclusões.

No que diz respeito à *satisfação com os amigos*, este factor de suporte social apresenta uma relação significativa também com esta dimensão do BES, tal como foi observado por Coelho e Ribeiro (2000) em doentes crónicos.

Desta forma, a *extroversão* tal como a *amabilidade* correspondem a características de indivíduos optimistas e sociáveis, que investem nas relações interpessoais e atribuem significados positivos aos acontecimentos de vida levando a uma maior expressão de *afectos positivos* e, conseqüentemente, potenciando o aumento do *balanço da afectividade*.

## **CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

---

## 6. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Após a apresentação e discussão dos resultados obtidos no presente trabalho de investigação, importa enumerar as principais conclusões retiradas do estudo, bem como as suas limitações.

De um modo geral este estudo possibilitou a caracterização sócio-demográfica de um grupo de doentes oncológicas que se encontram a realizar tratamentos de radioterapia no Algarve, bem como, permitindo avaliar algumas dimensões inerentes ao seu BES e de que forma estas dimensões se relacionam.

O presente estudo avalia o BES em indivíduos do sexo feminino, o que é uma limitação do mesmo. Contudo, na literatura consultada Neto (1999), Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), e Simões et al. (2000) não encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres ao nível do BES. Um futuro estudo deveria estudar indivíduos de ambos os sexos de modo a corroborar ou infirmar estes resultados.

Os resultados permitiram-nos concluir que, de uma forma geral, as participantes no estudo relatavam experienciar mais *afectos positivos* do que *afectos negativos* e que relativamente às variáveis de cariz sócio-demográfico, apenas a situação profissional, o nível sócio-económico e o facto de ter realizado (ou não) cirurgia apresentaram diferenças significativas entre as componentes do BES, *satisfação com a vida*, *afectos positivos* e *balanço da afectividade*. Em relação à variável idade foi possível constatar a sua associação negativa com algumas componentes do BES, nomeadamente com a *satisfação com a vida* e com os *afectos positivos*. As restantes variáveis estudadas (nomeadamente estado civil, habilitações literárias e coabitação) não apresentavam diferenças significativas entre as componentes do BES (*satisfação com a vida*, *afectos positivos*, *afectos negativos* e *balanço da afectividade*), provavelmente devido às características pouco homogéneas das próprias variáveis e ao tamanho reduzido da amostra.

No que diz respeito aos traços de personalidade avaliados, foi possível verificar que o *neuroticismo* se encontra significativamente e negativamente associado a todas as componentes do BES, com excepção da escala *afectos negativos*, em que a associação é significativa e positiva. A *extroversão*, por sua vez, apresenta uma associação positiva com todas as componentes do BES, com excepção da componente *afectos negativos*, com a qual apresenta uma associação não significativa. Além dos traços já referidos, que foram aqueles cujas associações ao BES foram mais fortes e evidentes, podemos

ainda salientar o facto do traço *abertura à experiência* se encontrar associado a todas as componentes do BES. De igual modo, a *conscienciosidade* apresentou associações significativas com a *satisfação com a vida*, com os *afectos negativos* e com o *balanço da afectividade*. Por sua vez o traço de personalidade *amabilidade* não apresentou associações significativas com nenhuma das componentes do BES.

Foi também possível verificar que a medida total de suporte social surge positiva e significativamente associada a todas as componentes do BES, excepto com a componente *afectos negativos* onde a associação é negativa mas igualmente significativa.

Se aprofundarmos a análise da relação entre o suporte social e o BES em relação aos factores do suporte social, pudemos concluir que todos os factores da escala de suporte social (*satisfação com os amigos*, *satisfação com a família*, *intimidade e actividades sociais*) se encontram significativamente associados a todas as componentes do BES. Também todas as dimensões do suporte social apresentam associações negativas com os *afectos negativos*.

Estes resultados permitem-nos concluir o seguinte: por um lado não conseguimos perceber se existe algum factor de suporte social que tenha maior relevância para as doentes oncológicas, visto que todos se encontram relacionados com o BES. Por outro lado, podemos pensar que o suporte social, tal como descrito na literatura, é de facto uma variável preponderante ao nível do BES, podendo potenciá-lo e/ou minimizar os efeitos negativos das dificuldades inerentes às estratégias empregues para lidar com uma doença oncológica. O facto de todos os factores de suporte social estarem negativamente associados à componente do BES *afectos negativos* vem realçar este aspecto. Dito de outra forma, quanto maior for a satisfação expressa com a família, os amigos, as relações íntimas, as actividades sociais realizadas, os grupos nos quais o individuo se encontra inserido, quanto maior o sentimento de pertença e de que se é amado, menos *afectos negativos* tenderão a ser vivenciados e consequentemente, menores serão os pensamentos e sentimentos associados aos mesmos.

Foi possível apurar, na nossa investigação, que as variáveis predictoras da componente cognitiva do BES - *satisfação com a vida* - são a *satisfação com os amigos*, o *neuroticismo* e a *satisfação com a família*, referindo que a influência do *neuroticismo* nesta componente do BES é expressa negativamente na nossa amostra.

Quanto às componentes afectivas do BES, nomeadamente os *afectos positivos*, verificou-se que os seus preditores são o *neuroticismo* e a *extroversão*. No entanto, o

impacto do *neuroticismo* sobre estes afectos parece ser negativo, o que sugere que esta variável está associada a uma presença mais baixa de *afectos positivos*, ao passo que a *extroversão* os faz aumentar. No que se refere aos *afectos negativos*, pudemos observar que os seus maiores preditores foram o *neuroticismo* e a *amabilidade*, ambos com uma relação positiva com estes afectos. Por último, na dimensão *balanço da afectividade* constatámos que o *neuroticismo*, a *satisfação com os amigos* e a *amabilidade* constituíram os melhores preditores desta componente do BES. Contudo, o *neuroticismo* e a *amabilidade* apresentam uma influência na diminuição desta dimensão do BES. Podemos concluir que estas duas variáveis fazem com que o *balanço da afectividade* diminua, enquanto a *satisfação com os amigos* potencia o aumento desta componente nas doentes oncológicas integrantes na amostra da nossa investigação.

Face aos resultados encontrados podemos verificar que o traço de personalidade *neuroticismo* é a variável que aparece de forma consistentemente como preditora de todas as componentes do BES (*satisfação com a vida*, *afectos positivos*, *afectos negativos* e *balanço da afectividade*). Os resultados sugerem então que o BES se encontra mais relacionado com a estabilidade emocional do que com qualquer outra característica de personalidade.

Não obstante o interesse destes resultados para a investigação neste tipo de doentes, importa identificar as limitações e fragilidades do nosso estudo.

Em primeiro lugar, trata-se de uma amostra de conveniência, tendo sido escolhido um grupo de mulheres por razões de facilidade em aceder a esta amostra. No entanto, apesar de alguns autores sugerirem que não existem diferenças significativas entre género na expressão de BES (Neto, 1999; Simões et al. 2000), importa que em investigações futuras sejam feitos estudos que considerem a influência do género no BES especificamente em doentes oncológicos. Por outro lado, embora as participantes tenham sido seleccionadas procurando limitar o número de patologias, a relativa heterogeneidade de patologias presentes na nossa amostra (mama e útero) pode ter influência ao nível da percepção de BES, uma vez que o impacto emocional que estas duas patologias têm na mulher pode ser diferente. Seria então importante alargar a dimensão dos grupos de participantes de modo a perceber eventuais diferenças devidas à patologia no BES.

Em segundo lugar, a nossa amostra apresentou uma grande amplitude etária, facto que pode ter influenciado também os resultados. Assim, embora vários autores anteriormente referenciados concluam que a idade não é o melhor preditor do BES, a

percepção que uma jovem adulta tem do seu BES diferirá da percepção de uma mulher na 3ª idade.

Em terceiro lugar, é importante ter em conta que a recolha de dados foi feita em contexto de sala de espera da Unidade de Radioterapia do Algarve, o que pode ter interferido com a concentração das participantes no momento de recolha dos dados, devido às características do espaço físico (ruído, chamada para a sessão de tratamento ou falta de privacidade).

Em suma, consideramos importante que sejam desenvolvidas novas investigações sobre o tema presente no nosso estudo, para que seja possível validar e comparar os nossos resultados. Sugerimos também que se continue a estudar o BES em doentes oncológicos mas que sejam também produzidos estudos de cariz qualitativo, através de entrevistas clínicas, por forma a recolher outras informações relevantes para os pacientes e sobre as suas vivências no decurso do diagnóstico da doença e dos tratamentos. Seria pois de interesse a realização de estudos longitudinais que permitissem um acompanhamento destes doentes para complementar os estudos existentes e verificar a estabilidade das variáveis estudadas ao longo do ciclo de vida.

Seria também bastante interessante que investigações futuras analisem também as relações e a influência que diferentes variáveis não presentes no nosso estudo, como por exemplo, as estratégias de coping ou os comportamentos orientados para a saúde possam ter no BES.

Para concluir, é importante realçar a importância de estudar o BES em doentes oncológicos, uma vez que estes indivíduos vivenciam períodos de crise e de mudança nas suas vidas, veem-se restringidos em alguns domínios da sua vida e por vezes, podem ser alvo de estigma social. Estes fatores conjuntamente podem levar, não só, ao decréscimo da sua qualidade de vida física, mas também a alterações no seu estado psicológico. Desta forma, ao procurarmos identificar as variáveis potenciadoras de BES nesta população pretendemos contribuir positivamente para a promoção de bem-estar em doentes oncológicos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarstad, A. K. H., Aarstad, H. J., & Olofsson, J. (2008). Personality and choice of coping predict quality of life in head and neck cancer patients during follow-up. *Acta Oncologica*, *47*, 879-890.
- Abend, T. A., & Williamson, G. A. (2002). Feeling attractive in the wake of breast cancer: Optimism matters, and so do interpersonal relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *28*, 427-436.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). New York: Russell Sage Publications.
- Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1993). The effects of social comparison direction, threat, and self-esteem on affect, self-evaluation, and expected success. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*, 708-72
- Bertoquini, V., & Ribeiro, J.L.P. (2006). A estrutura hierárquica do bem-estar subjectivo, neuroticismo e extroversão. In Leal, Ribeiro & Jesus, *6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 15-21). Lisboa: ISPA.
- Brissette, I., Scheier, M., & Carver, C. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(1), 102-111.
- Carmo, C. (2007). A personalidade como factor de risco para as perturbações do comportamento alimentar. In M.M. Siqueira, S. N. Jesus & V. B. Oliveira (Eds) *Psicologia da Saúde. Teoria e Pesquisa* (pp. 41-64). Universidade Metodista de São Paulo.
- Carr, A. (2004). *Positive psychology. The science of happiness and human strengths*. New York: Brunner-Routledge.
- Chou, K. (1999). Social support and subjective well-being among Hong Kong chinese young adults. *The Journal of Genetic Psychology*, *160*(3), 319-331.
- 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), 79-87.
- Courneya, K., Bobick, T., Rhodes, R., Jones, L., Friedenreich, C., & Arthur, K. (2000). Personality correlates of patient's subjective well-being after surgery for colorectal cancer: an application of the five-factor mode. *Journal of Psychosocial Oncology*, *18*(4), 61-72.
- DeNeve, K., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *124*(2), 197-229.

- Diener, E. (1984). Subjective-Well Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (1996). Traits can be powerfull, but are not enough: Lessons from subjective well-being. *Journal of Research in Personality*, 30, 389-399.
- Diener, E., Gohm, C. L., Suh, E. M., Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross Cultural Psychology* 31(4), 419–436.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review Psychology*, 54, 403–25.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.
- Diener, E., & Seligman, M. (2002). Very happy people. *Psychological science*, 13(1), 81-84.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., Suh, E. M., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Duckworth, A., Steen, T., & Seligman, M. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Dunn, J., Steginga, S., & Occhipinti, K., & Wilson, K. (1999). Evaluation of a peer support program for women with breast cancer – Lessons for practitioners. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 9(13), 13-22.
- Eddington, N., & Schuman, R. (2005). Subjective well-being (happiness). Continuing Psychology Education Inc.
- Galinha, I. C., & Ribeiro, J. P. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(XXIII): 219-227.
- Galinha, I. C., & Ribeiro, J. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Gannon, N., & Ranzijn, R. (2005). Does emotional intelligence predict unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? *Personality and Individual Differences*, 38, 1353-1364.
- Gutiérrez, J., Jiménez, B., Hernández, E., & Puente, C. (2005). Personality and subjective well-being: big five correlates and demographic variables. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1561-1569.

- Grov, E., Fossa, S., Bremnes, R., Dahl, O., Klepp, O., Wist, E., & Dahl, A. (2009). The personality trait of neuroticism is strongly associated with long-term morbidity in testicular cancer survivors. *Acta Oncologica*, *48*, 842-849.
- Härtl, K., Engel, J., Herschbach, P., Reinecker, H., Sommer, H., & Friese, K. (2010). Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psychooncology*, *19*(2), 160-169.
- Haslam, N., Whelan, J., & Bastian, B. (2009). Big five traits mediate associations between values and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, *46*, 40-42.
- Hayes, N., & Joseph, S. (2003). Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, *34*, 723-727.
- Headey, B. (2008). The set-point theory of well-being: Negative results and consequent revisions. *Soc Indic Res*, *85*, 389-400.
- Holland, K., & Holahan, C. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, *18*(1), 15-29.
- Jesus, S.N. (2006). Bem-Estar em Psicologia da Saúde. In Leal, I. (coord.). *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 81-99). Coimbra: Quarteto.
- Jim, H., Purnell, J., Richardson, S., Golden-Kreutz, S., & Andersen, B. (2006). Measuring meaning in life following cancer. *Quality of Life Research*, *15*, 1355-1371.
- Librán, E. (2006). Personality dimensions and subjective well-being. *The Spanish Journal of Psychology*, *9*(1), 38-44.
- Lima, M., & Simões, A. (2000). NEO PI-R: inventário de personalidade NEO revisto – manual profissional. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Lopes, H., Ribeiro, J.L., & Leal, I. (1999). Estudos sobre qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. *Análise Psicológica*, *3* (17), 483-497.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, *131*(6), 803-855.
- Macedo, A., Andrade, S., Moital, I., Moreira, A., Pimentel, L., Barroso, S., Dinis, J., Afonso, N., & Bonfill, X. (2008). Perfil da doença oncológica em Portugal. Racional, objetivos e metodologia – estudo perfil. *Acta Médica Portuguesa*, *21*, 329-334.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T (1991). Adding liebe und arbeit: The full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *17*, 227-232.

- Meehan, M., Durlak, J., & Bryant, F. (1993). The relationship of social support to perceived control and subjective mental health in adolescents. *Journal of Community Psychology, 21*, 49-55.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade. *Psychologica, 22*, 55-70.
- Nunes, C., Hutz., & Giacomoni, C. (2009). Associação entre o Bem-Estar Subjectivo e a personalidade no modelo dos cinco grandes factores. *Avaliação Psicológica, 8(1)*, 99-108.
- Organização Mundial de Saúde (2012). *Cancro*. Acedido a 24 de Abril de 2012 em <http://www.who.int/topics/cancer/en/>
- Paredes, T., Simões, M., Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., Gameiro, S., & Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: Comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças, 9 (1)*, 73-87.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2005). O doente oncológico e a sua família. Lisboa: Climepsi.
- Quevedo, R., & Abella, M. (2010). Well-being and personality: Facet-level analyses. *Personality and Individual Differences, 50*, 206-211.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, 3(XVII)*, 547-558.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). Introdução à Psicologia da Saúde. Coimbra: Quarteto.
- Rodrigues, V., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Edições da Universidade Fernando Pessoa, 6*, 390-399.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44(1)*, 127-139.
- Santos, C., Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças, 4(2)*, 185-204.
- Schimmack, U., Diener, E., & Oishi, S. (2002). Life-satisfaction is a momentary judgment and a stable personality characteristic: The use of chronically accessible and stable source. *Journal of Personality, 70(3)*, 345-384.
- Shelby, R., Crespín, T., Gregorio, S., Lamdan, R., Siegel, J., & Taylor, K. (2008). Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 433-444.
- Siqueira, M., & Padovam, V. (2007). Suporte social. In M. M. Siqueira, S. N. Jesus & V. B. Oliveira (Eds), *Psicologia da Saúde. Teoria e Pesquisa* (pp. 65-84). Universidade Metodista de São Paulo.

- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4, 243-279.
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 134, 138–161.
- Urcuyo, K., Boyers, A., Carver, C., & Antoni, M. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20(2), 175-192.
- VanderZee, K., Buunk, B., DeRuiter, J., Tempelaar, R., VanSonderen, E., & Sanderman, R. (1996). Social comparison and the subjective well-being of cancer patients. *Basic and Applied Social Psychology*, 18(4), 453-468.
- Vieira, L. S., & Jesus, S. N. (2007). A felicidade nos professores como expressão de saúde. In M. M. Siqueira, S. N. Jesus & V.B. Oliveira (Eds), *Psicologia da Saúde, Teoria e Pesquisa* (pp. 259-285). Universidade Metodista de São Paulo.
- Voigtmann, K., Köllner, V., Einsle, F., Alheit, H., Joraschky, P., & Herrmann, T. (2010). Emotional state of patients in radiotherapy and how they deal with their disorder. *Strahlenther Onkol*, 186(4), 22 –235.

## **ANEXOS**

---

## **Anexo A**

---

Carta de pedido de autorização à Administração da Unidade de Radioterapia do Algarve para a realização da investigação

Exmo. Senhor Presidente da Administração da  
Unidade de Radioterapia do Algarve

Eu, Marta Isabel Nunes Martins, no âmbito da investigação como discente à dissertação de mestrado na área de Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade do Algarve, proponho-me a realizar uma investigação sob a orientação do Professor Doutor José Pestana Cruz, com o tema “Bem-Estar Subjectivo, traços de personalidade e suporte social em pacientes sujeitos a radioterapia. Dada a relevância social e científica do tema bem-estar subjectivo em doentes oncológicos, solicito a vossa excelência autorização para aceder a alguns utentes da Unidade de Radioterapia do Algarve, a fim de recolher dados para amostra do estudo.

Pretende-se a recolha de informação através da administração de questionários de forma directa, após o consentimento informado dos participantes.

No final, os resultados do presente estudo de investigação serão disponibilizados à Unidade de Radioterapia do Algarve, preservando sempre a confidencialidade dos participantes.

Agradece-se a atenção disponibilizada e aguarda-se autorização.

---

(Marta Martins)

---

(Prof. Doutor José Pestana Cruz)

## **Anexo B**

---

### Consentimento Informado

A presente investigação “Bem-Estar Subjectivo, traços de personalidade e suporte social em pacientes sujeitos a radioterapia, está inserida no âmbito do projecto de Dissertação de Mestrado, no 2º Ciclo do curso de Psicologia Clínica e da Saúde, sendo levada a cabo por Marta Martins sob a orientação do Professor Doutor José Pestana Cruz. Tem por objectivo alargar os conhecimentos de investigação, sociais e clínicos acerca do bem-estar subjectivo nos doentes oncológicos sujeitos a tratamento de radioterapia.

A participação neste estudo é voluntária, garantindo-se antecipadamente a confidencialidade e anonimato das respostas, destinando-se unicamente a fins de investigação. Caso aceite, agradecemos que responda com a maior sinceridade às perguntas, não existem respostas certas ou erradas, e certificando-se que respondeu a tudo. Caso não seja do seu interesse a participação no estudo, não será efectuado qualquer tipo de tratamento estatístico da informação.

Agradeço a sua participação, bem como a disponibilidade.

Obrigada pela colaboração!

Tomei conhecimento e aceito participar voluntariamente nesta investigação.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/ \_\_/\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

## Anexo C

---

### Questionário Socio-Demográfico e Clínico

Sexo: M  F  Idade: \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz na opção escolhida:

1. Zona de Residência:

a) Zona Urbana

b) Zona Rural

2. Habilitações Literárias:

a) Iltrado (a)

b) Básica (9º ano)

c) Secundária (12º ano)

d) Superior (Licenciatura concluída)

3. Situação Profissional:

a) Activo(a)

b) Desempregado(a)

c) Reformado(a)

4. Nível Sócio Económico:

a) Baixo (até 500.00€ mensais)

b) Médio (até 2000.00€ mensais)

c) Alto (acima de 2000.00€ mensais)

5. Estado Civil:

a) Solteiro(a)

b) Casado(a)/ União de Facto

c) Divorciado(a)

d) Viúvo(a)

6. Com quem habita?

a) Cônjuge

b) Filho(a)

c) Cônjuge e filho(s)

d) Sozinho(a)

e) Outro

7. Há quanto tempo lhe foi diagnosticada a doença?

a) Há menos de 6 meses

b) De 6 meses e 1 ano

c) De 1 a 3 anos

d) Mais de 3 anos

8. Localização do cancro?

a) Mama

b) Próstata

c) Útero

d) Intestino e Recto

Outro  \_\_\_\_\_

9. Foi submetido (a) a algum tipo de cirurgia?

a) Não (passe para a pergunta 12)

b) Sim

Se sim de que tipo? \_\_\_\_\_

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

10. Há quanto tempo foi operado (a)?

a) Até 1 ano

b) De 1 a 2 anos

c) De 2 a 3 anos

d) De 3 a 4 anos

e) Mais de 4 anos

Quantos? \_\_\_\_\_

11. Que outros tratamentos efectuou?

a) Quimioterapia

b) Radioterapia

c) Quimioterapia + Radioterapia

d) Quimioterapia + Hormonoterapia

e) Hormonoterapia

12. Tem história de cancros na família?

a) Sim

b) Não

13. Como se sente em relação ao futuro?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Muito Optimista	Optimista	Nem optimista nem pessimista	Pessimista	Muito Pessimista

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sinto muita esperança em relação ao futuro	Sinto esperança	Não sinto nem esperança nem desesperança	Sinto desesperança	Sinto muita desesperança em relação ao futuro

**PANAS – Escala de Afectos Positivos e Afectos Negativos**

(Watson, Clark & Tellegen, 1988; traduzido por Galinha & Ribeiro, 2005)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções.

Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções durante as últimas semanas.

1 – Nada ou Muito Ligeiramente

2 – Um pouco

3 – Moderadamente

4 – Bastante

5 - Extremamente

\_\_\_ Interessado

\_\_\_ Perturbado

\_\_\_ Excitado

\_\_\_ Atormentado

\_\_\_ Agradavelmente surpreendido

\_\_\_ Culpado

\_\_\_ Assustado

\_\_\_ Caloroso

\_\_\_ Repulsa

\_\_\_ Entusiasmo

\_\_\_ Orgulhoso

\_\_\_ Irritado

\_\_\_ Encantado

\_\_\_ Remorsos

\_\_\_ Inspirado

\_\_\_ Nervoso

\_\_\_ Determinado

\_\_\_ Trémulo

\_\_\_ Activo

\_\_\_ Amedrontado

**Escala de Felicidade Subjectiva**

(Lyubomirsky, 1999; traduzida por Bertoquini & Ribeiro, 2004)

Para cada uma das afirmações seguintes assinale o ponto da escala que pensa que melhor o/a descreve, colocando um círculo.

1. De uma forma geral considero-me

1            2            3            4            5            6            7

**Uma pessoa não  
muito feliz**

**Uma pessoa  
muito feliz**

2. Comparado com os meus amigos considero-me

1            2            3            4            5            6            7

**Menos Feliz**

**Mais Feliz**

3. Algumas pessoas são, de uma forma geral, mais felizes. Elas apreciam a vida, independentemente do que se passa, aproveitando ao máximo. Em que medida esta caracterização o/a descreve?

1            2            3            4            5            6            7

**Em nada**

**Totalmente**

4. Algumas pessoas não são, de uma forma geral, muito felizes. Apesar de não estarem deprimidas, elas nunca parecem tão felizes como poderiam estar. Em que medida esta caracterização o/a descreve?

1            2            3            4            5            6            7

**Em nada**

**Totalmente**

## Anexo F

---

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

De seguida irá encontrar algumas afirmações seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor represente os seus pensamentos.

A = Concordo Totalmente
B = Concordo na maior parte
C = Não concordo nem discordo
D = Discordo na maior parte
E = 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 quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
3.	Os meus amigos não me procuram tantas vezes como as que 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 (p.ex. clubes desportivos, partidos políticos, etc).	A	B	C	D	E
9.	Estou satisfeito com a forma com que 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

**NEO-FFI – Inventário de Personalidade NEO-PI: Forma Abreviada**

(Costa & McCrae, 1992, adaptado por Lima & Simões, 2000)

Instruções

Este questionário é composto por 60 afirmações. Leia cuidadosamente cada uma delas e para cada afirmação assinale com um círculo à volta da letra que melhor representa a sua opinião:

**DF** = Circule DF (**Discordo Fortemente**) se a afirmação for definitivamente falsa ou se discordar fortemente dela.

**D** = Circule D (**Discordo**) se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se discordar dela.

**N** = Circule N (**Neutro**) se for igualmente verdadeira e falsa, ou se você não se decidir, ou ainda, se a sua posição perante o que foi dito for completamente neutra.

**C** = Circule C (**Concordo**) se a afirmação for na maior parte das vezes verdade, ou se concorda com ela.

**CF** = Circule CF (**Concordo Fortemente**) se a afirmação for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

Não existem respostas certas ou erradas, expresse as suas opiniões da forma mais precisa e sensível possível.

Por favor, leia cada afirmação com atenção e marque apenas a letra que melhor corresponde à sua opinião. Responda a todas as questões.

Note que as respostas estão numeradas ao longo das linhas, tome atenção para que a sua resposta seja marcada no espaço correctamente numerado.

Se tiver mudado de opinião ou se se tiver enganado, apague completamente a sua resposta ou, no caso de tal não ser possível, encha o círculo errado e assinale com um novo círculo a resposta correcta.

DF = Discordo Fortemente D = Discordo N = Neutro C = Concordo CF = Concordo Fortemente

1.	Não sou uma pessoa preocupada	DF	D	N	C	CF
2.	Gosto de ter muita gente à minha volta.	DF	D	N	C	CF
3.	Não gosto de perder tempo a sonhar acordado.	DF	D	N	C	CF
4.	Tenho de ser delicado com todas as pessoas, que encontro.	DF	D	N	C	CF
5.	Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.	DF	D	N	C	CF
6.	Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas.	DF	D	N	C	CF
7.	Rio facilmente.	DF	D	N	C	CF
8.	Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais.	DF	D	N	C	CF
9.	Frequentemente arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.	DF	D	N	C	CF
10.	Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.	DF	D	N	C	CF
11.	Quando estou numa grande tensão sinto-me, às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.	DF	D	N	C	CF
12.	Não me considero especialmente, uma pessoa de ânimo leve.	DF	D	N	C	CF
13.	Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza.	DF	D	N	C	CF
14.	Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.	DF	D	N	C	CF
15.	Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).	DF	D	N	C	CF
16.	Raramente me sinto só ou abatido(a).	DF	D	N	C	CF
17.	Gosto muito de falar com as outras pessoas.	DF	D	N	C	CF
18.	Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias indiscutíveis, só os pode confundir e desorientar.	DF	D	N	C	CF
19.	Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.	DF	D	N	C	CF
20.	Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.	DF	D	N	C	CF
21.	Muitas vezes sinto-me tenso e enervado.	DF	D	N	C	CF
22.	Gosto de estar onde está a acção.	DF	D	N	C	CF
23.	A poesia pouco ou nada me diz.	DF	D	N	C	CF
24.	Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.	DF	D	N	C	CF
25.	Tenho objectivos claros e faço por atingi-los, de uma forma ordenada.	DF	D	N	C	CF
26.	Às vezes sinto-me completamente inútil.	DF	D	N	C	CF
27.	Normalmente prefiro fazer as coisas sozinho(a).	DF	D	N	C	CF

28.	Frequentemente experimento comidas novas e desconhecidas.	DF	D	N	C	CF
29.	Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós se as deixarmos.	DF	D	N	C	CF
30.	Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.	DF	D	N	C	CF
31.	Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).	DF	D	N	C	CF
32.	Muitas vezes, sinto-me a reventar de energia.	DF	D	N	C	CF
33.	Poucas vezes me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas.	DF	D	N	C	CF
34.	A maioria das pessoas que conheço, gostam de mim.	DF	D	N	C	CF
35.	Trabalho muito para conseguir o que quero.	DF	D	N	C	CF
36.	Muitas vezes aborreço-me a maneira como as pessoas me tratam.	DF	D	N	C	CF
37.	Sou uma pessoa alegre e bem disposta.	DF	D	N	C	CF
38.	Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.	DF	D	N	C	CF
39.	Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.	DF	D	N	C	CF
40.	Quando assumo um compromisso, podem sempre contar que eu o cumpra.	DF	D	N	C	CF
41.	Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir.	DF	D	N	C	CF
42.	Não sou um(a) grande optimista.	DF	D	N	C	CF
43.	Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção.	DF	D	N	C	CF
44.	Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes.	DF	D	N	C	CF
45.	Às vezes não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser.	DF	D	N	C	CF
46.	Raramente estou triste ou deprimido(a).	DF	D	N	C	CF
47.	A minha vida decorre a um ritmo rápido.	DF	D	N	C	CF
48.	Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.	DF	D	N	C	CF
49.	Geralmente procuro ser atencioso(a) e delicado(a).	DF	D	N	C	CF

50.	Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.	DF	D	N	C	CF
51.	Sinto-me muitas vezes desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.	DF	D	N	C	CF
52.	Sou uma pessoa muito activa.	DF	D	N	C	CF
53.	Tenho muita curiosidade intelectual.	DF	D	N	C	CF
54.	Quando não gosto das pessoas faço-lho saber.	DF	D	N	C	CF
55.	Parece que nunca consigo ser organizado(a).	DF	D	N	C	CF
56.	Já houve alturas em que fiquei tão envergonhado(a), que desejava meter-me num buraco.	DF	D	N	C	CF
57.	Prefiro tratar da minha vida a ser chefe (mandar) das outras pessoas.	DF	D	N	C	CF
58.	Muitas vezes dá-me para brincar com teorias e ideias abstractas.	DF	D	N	C	CF
59.	Se for necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.	DF	D	N	C	CF
60.	Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.	DF	D	N	C	CF

**FIM**

**Obrigada pela sua colaboração!**

