UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

BEM-ESTAR SUBJECTIVO: PROCESSOS COGNITIVOS E AFECTO POSITIVO

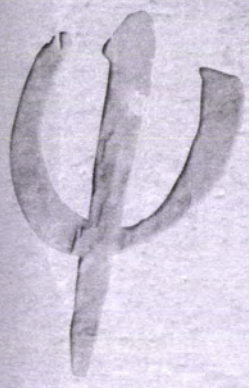
Ema Sofia F. S. Dias Pires
Orientação: Prof. Doutora Gina Cláudia Lemos

Mestrado em Psicologia
Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

Évora | 2010

Ema Sofia F. S. Dias Pires
BEM-ESTAR SUBJECTIVO: PROCESSOS COGNITIVOS E AFECTO POSITIVO

UE
174
605



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

BEM-ESTAR SUBJECTIVO: PROCESSOS COGNITIVOS E AFECTO POSITIVO

Ema Sofia F. S. Dias Pires
Orientação: Prof. Doutora Gina Cláudia Lemos

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
174605

Mestrado em Psicologia
Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

Évora | 2010

Agradecimentos

Pelo empenho e trabalho tido ao longo destes meses, o presente estudo de investigação não poderia ter sido elaborado sem a contribuição, em primeiro lugar, dos seus participantes, e em segundo lugar, de alguns Professores, Colegas de trabalho, Familiares e Amigos. É a todos eles que dedico este trabalho.

Em particular, começo por agradecer à Professora Doutora Gina Cláudia Lemos pela dedicação, profissionalismo e incansável disponibilidade. Sem ela, todo este trabalho não seria possível. A ela, os meus sinceros agradecimentos, sobretudo, pela aprendizagem que me proporcionou.

A todos os Participantes do estudo e aqueles que tornaram possível a recolha de dados, já que sem eles não nos era possível efectivar e desenvolver investigação científica. Na prática, todos eles, de uma forma ou de outra, me ensinaram a levar a cabo os procedimentos práticos e metodológicos, assim como, me ajudaram a 'cuidar' da análise e discussão de dados subsequentes. Em especial, gostaria de salientar a Psicóloga Maria João do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Portalegre, ao seu Director Clínico Doutor Érico Alves e a todos os Técnicos, aqui não directamente mencionados, mas que também colaboram atenciosa e assiduamente na presente recolha de dados. De igual forma, ao Doutor José Góis, Director do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Espírito Santo de Évora, assim como aos seus Profissionais e Técnicos auxiliares, pela prontidão e colaboração na recolha de dados no referido Departamento.

A outros Colegas e Profissionais, em especial Anabela Falé, que muito contribui para a recolha de dados, e Maria Rocha, pela ajuda na tradução dos Instrumentos.

Um especial agradecimento ao Professor Manuel Minhoto pela inteira disponibilidade, compreensão e colaboração nos procedimentos e análises estatísticos.

Aos Professores, Investigadores e Autores dos Instrumentos utilizados no presente estudo. Especificamente, Professor Rudolf Moos, David Watson, Pais Ribeiro e Iolanda Galinha. A todos eles, o meu obrigada pela sua colaboração e pela inspiração científica que me facultaram.

Não poderia terminar a presente secção de agradecimentos, sem agradecer a todos os Familiares, Colegas e Amigos. Em particular, Pai, Mãe, Ricardo e Carla, pela sua colaboração, compreensão e carinho demonstrados ao longo destes meses.

Colegas e Amigos, que também comigo colaboraram nos momentos mais difíceis e na componente mais prática do respectivo estudo, em especial: Mariana Pinheiro, Ana Rosário e Joana Durão.

Aos restantes Colegas e Amigos pelas discussões acesas acerca do tema, em particular à Ana Mafalda Gavina. E a todos os outros que aqui não menciono directamente, mas que sem eles não seria possível a dedicação e o gosto tidos ao longo do estudo.

A todos estes, e aqueles que não mencionei directamente, dedico o presente trabalho.

Índice

Resumo XXXI

Abstract XXXII

Introdução Geral 1

História e Delimitação do Campo de Estudo do Bem-Estar Subjectivo.... 8

Parte I: Enquadramento Teórico 17

Primeiro Capítulo: Bem-Estar Subjectivo 17

1. Definição de Conceitos 17
   1.1. Afecto Positivo e Afecto Negativo 17
2. Teorias e Factores Explicativos do Bem-Estar Subjectivo 23
   2.1. Teorias e Factores Biológicos 23
   2.2. Teorias e Factores Sócio-Demográficos 25
   2.3. Teorias e Factores Contextuais 28
   2.4. Teorias e Factores Afectivos 30
      2.4.1. Teorias do Prazer 30
         2.4.1.1. Teoria Espiral Ascendente das Emoções Positivas (*The Broaden-and-Build Theory of Positive* Emotions).. 30
      2.4.2. Teorias da Personalidade 32
   2.5. Teorias e Factores Cognitivos 34
   2.6. Teorias e Factores Culturais 36

Segundo Capítulo: Processos Cognitivos 39

3. Definição de Conceitos 39
   3.1. Processamento Cognitivo da Informação 39
4. Teorias e Factores Explicativos do *Coping* 49
   4.1. Teorias e Factores Biológicos 49
   4.2. Teorias e Factores Psicológicos 51
      4.2.1. Abordagem Contextual 51
         4.2.1.1. Modelo Transaccional de Stresse 51
      4.2.2. Abordagem Disposicional 54
         4.2.2.1. *Coping* de Aproximação Vs. *Coping* de Evitamento 55
5. Modelos Explicativos do *Coping* 56
   5.1. Modelos Integrativos 56
      5.1.1. Modelo de Interacção entre o Sistema Ambiental, o Sistema Pessoal, Competências de *Coping*, e a Adaptação..... 56

Terceiro Capítulo: Suporte Social 61

6. Definição de Conceitos 61

6.1. Suporte Social 61
7. Teorias, Factores e Modelos Explicativos do Suporte Social 71
7.1. Teorias e Factores Biológicos 71
7.1.1. Hipótese Reactividade-Suporte Social (*The Social Support-Reactivity Hypothesis)* 71
7.2. Teorias e Modelos Psicológicos 73
7.2.1. Modelo da Hipótese Moderadora: O Efeito Moderador/ Protector do Suporte Social (*The Buffering Hypothesis Model: The Moderate/Protective Effect of Social Support)* 73
7.2.2. Modelo da Hipótese de Tensão Crónica: O Efeito Directo/ Protector do Suporte Social (*The Chronic Strain Hypothesis Model: The Direct/Protective Effect of Social Support)* 75
7.2.3. Modelo da Hipótese dos Efeitos Principais: O Efeito Promotor do Suporte Social (*The Main Effects Hypothesis Model: The Promotive Effect of Social Support)* 77

Parte II: Estudo Empírico 79

8. Metodologia/*Design* da Investigação 79

8.1. Problemas de Investigação 80
8.2. Objectivos do Estudo 82
8.3. Hipóteses do Estudo 84
8.3.1. Estudo I 84
8.3.2. Estudo II 85
8.3.3. Estudo III 85
8.4. Método de Recolha e de Tratamento de Dados 86
8.5. Participantes 88
8.6. Instrumentos 96
8.6.1. Ficha de Dados Pessoais e Sócio-Demográficos 96
8.6.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) 97
8.6.3. Inventário de Saúde Mental (*The Mental Health Inventory*, MHI) 99
8.6.4. Inventário de Respostas de *Coping* (*The Coping Responses Inventory,* CRI) 103
8.6.5. Escala de Afecto Positivo e Negativo (*The Positive and Negative Affect Schedule,* PANAS) 105
8.7. Procedimento 108
8.7.1. Tradução do Inventário de Respostas de *Coping* (CRI) 111
8.7.2. Análises Estatísticas 111

Parte III: Resultados e Discussão de Dados 115

9. Validade e Fidelidade dos Instrumentos 116
9.1. Análise Factorial Exploratória (AFE) 116

9.1.1. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) 116
9.1.2. Inventário de Saúde Mental (*The Mental Health Inventory*, MHI) 118
9.1.3. Inventário de Respostas de *Coping* (*The Coping Responses Inventory*, CRI) 121
9.1.4. Escala de Afecto Posititvo e Negativo (*The Positive and Negative Affect Schedule*, PANAS) 124

10. Análise de Resultados 126
10.1. Estudo I 126
10.2. Estudo II 128
10.3. Estudo III 132
11. Discussão Geral 148

Parte IV: Conclusão do Estudo 155

12. Conclusão 155

12.1. Limitações do Estudo 158
12.2. Implicações e Estudos Futuros 160

Considerações Finais 163

Referências Bibliográficas 165

Anexos 199

Anexo A 201
Anexo B 207
Anexo C 211
Anexo D 215
Anexo I 235
Anexo II 259
Anexo III 299
Anexo IV 301
Anexo V 307
Anexo VI 433

Índice de Tabelas

Tabela 1. Variabilidade explicada no factor "Actividade"..... 134
Tabela 2. Variabilidade explicada no factor "Atenção"..... 135
Tabela 3. Variabilidade explicada por grupos no factor "Actividade"..... 136
Tabela 4. Variabilidade explicada por grupos no factor "Atenção"..... 139
Tabela 5. Variabilidade explicada na variável "Afecto Negativo"..... 141
Tabela 6. Variabilidade explicada na variável "Culpa"..... 143
Tabela 7. Variabilidade explicada por grupos na variável "Afecto Negativo"... 144
Tabela 8. Variabilidade explicada por grupos na variável "Culpa"..... 146
Tabela 1.1. Distribuição dos Grupos por Área de Residência..... 202
Tabela 1.2. Distribuição dos Grupos por Género..... 202
Tabela 1.3. Distribuição dos Grupos por Grupo Etário..... 202
Tabela 1.4. Distribuição dos Grupos por Estado Civil..... 203
Tabela 1.5. Distribuição dos Grupos por Grau de Escolaridade..... 203
Tabela 1.6. Distribuição dos Grupos por Estatuto Sócio-Económico..... 203
Tabela 1.7. Distribuição dos Grupos por Qualificação Profissional..... 204
Tabela 1.8. Distribuição dos Grupos por Situação Profissional Actual..... 205
Tabela 1.9. Distribuição dos Participantes segundo as variáveis Grupo, Área de Residência, Género, Grupo Etário, Estado Civil, Grau de Escolaridade, Estatuto Sócio-Económico..... 93
Tabela 1.10. Distribuição dos Participantes segundo as variáveis Qualificação Profissional e Situação Profissional Actual..... 95
Tabela 2.1. Número de casos processados na normalidade dos factores do MHI..... 236
Tabela 2.2. Teste de normalidade dos factores do MHI..... 236
Tabela 2.3. Número de casos processados na normalidade dos factores da PANAS..... 239
Tabela 2.4. Teste de normalidade dos factores da PANAS..... 239
Tabela 2.5. Número de casos processados na normalidade dos factores da PANAS por grupos..... 241
Tabela 2.6. Teste de normalidade dos factores da PANAS por grupos..... 242
Tabela 2.7. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Género..... 246
Tabela 2.8. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Género..... 246
Tabela 2.9. Teste de normalidade para a variável Género por grupos..... 247
Tabela 2.10. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Género..... 247
Tabela 2.11. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Grupo Etário..... 247
Tabela 2.12. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Grupo Etário..... 248
Tabela 2.13. Teste de normalidade para a variável Género por grupos..... 248
Tabela 2.14. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Género..... 249

Tabela 2.15. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Área de Residência..... 249
Tabela 2.16. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Área de Residência..... 249
Tabela 2.17. Teste de normalidade para a variável Área de Residência por grupos..... 250
Tabela 2.18. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Área de Residência..... 250
Tabela 2.19. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Grau de Escolaridade..... 250
Tabela 2.20. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Grau de Escolaridade..... 250
Tabela 2.21. Teste de normalidade para a variável Grau de Escolaridade por grupos..... 251
Tabela 2.22. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Grau de Escolaridade..... 251
Tabela 2.23. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Estado Civil..... 252
Tabela 2.24. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Estado Civil..... 252
Tabela 2.25. Teste de normalidade para a variável Estado Civil por grupos..... 253
Tabela 2.26. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Estado Civil..... 253
Tabela 2.27. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Estatuto Sócio-Económico..... 253
Tabela 2.28. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Estatuto Sócio-Económico..... 253
Tabela 2.29. Teste de normalidade para a variável Estatuto Sócio-Económico por grupos..... 254
Tabela 2.30. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Estatuto Sócio-Económico..... 254
Tabela 2.31. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Qualificação Profissional..... 255
Tabela 2.32. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Qualidade Profissional..... 255
Tabela 2.33. Teste de normalidade para a variável Qualificação Profissional por grupos..... 256
Tabela 2.34. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Qualificação Profissional..... 256
Tabela 2.35. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Situação Profissional Actual..... 256
Tabela 2.36. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Situação Profissional Actual..... 256
Tabela 2.37. Teste de normalidade para a variável Situação Profissional Actual por grupos..... 257

Tabela 2.38. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Situação Profissional Actual..... 257
Tabela 3.1. Análise Factorial Exploratória por Escala..... 260
Tabela 3.2. Índices de adequação da AFE para a ESSS..... 261
Tabela 3.3. Variabilidade explicada pelas componentes principais da AFE para a ESSS..... 261
Tabela 3.4. Matriz rodada de componentes principais da AFE para a ESSS..... 261
Tabela 3.5. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Escala Total da ESSS..... 262
Tabela 3.6. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Satisfação com os Amigos" da ESSS..... 262
Tabela 3.7. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Actividades Sociais" da ESSS..... 262
Tabela 3.8. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Satisfação com Família" da ESSS..... 262
Tabela 3.9. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Intimidade" da ESSS..... 263
Tabela 3.10. Estatísticas descritivas das correlações inter-item por Sub-Escala da ESSS..... 263
Tabela 3.11. Matriz de correlações inter-item por Sub-Escala da ESSS..... 263
Tabela 3.12. Estatísticas descritivas das correlações inter-item da ESSS..... 263
Tabela 3.13. Matriz de correlações entre Sub-Escala da ESSS..... 263
Tabela 3.14. Índices de adequação da AFE para o MHI..... 264
Tabela 3.15. Variabilidade explicada pelas componentes principais da primeira AFE para o MHI..... 264
Tabela 3.16. Matriz rodada de componentes principais da primeira AFE para o MHI..... 265
Tabela 3.17. Variabilidade explicada pelas componentes principais da AFE para cinco factores do MHI..... 267
Tabela 3.18. Matriz rodada de componentes principais da AFE para cinco factores do MHI..... 268
Tabela 3.19. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Escala Total do MHI..... 269
Tabela 3.20. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o primeiro factor de uma solução de cinco factores do MHI..... 269
Tabela 3.21. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o segundo factor de uma solução de cinco factores do MHI..... 269
Tabela 3.23. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o terceiro factor de uma solução de cinco factores do MHI..... 269
Tabela 3.24. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o quarto factor de uma solução de cinco factores do MHI..... 269
Tabela 3.25. Variabilidade explicada pelas componentes principais da AFE para quatro factores do MHI..... 270
Tabela 3.26. Matriz rodada de componentes principais da AFE para quatro factores do MHI..... 271

Tabela 3.27. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "*Distress* Psicológico" de uma solução de quatro factores do MHI..... 272
Tabela 3.28. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Bem-Estar Psicológico" de uma solução de quatro factores do MHI..... 272
Tabela 3.29. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Afecto Positivo" de uma solução de quatro factores do MHI..... 272
Tabela 3.30. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Perda de Controlo Emocional/Comportamental" de uma solução de quatro factores do MHI..... 272
Tabela 3.31. Estatísticas descritivas das correlações inter-item por Sub-Escala do MHI..... 273
Tabela 3.32. Matriz de correlações inter-item por Sub-Escala do MHI..... 273
Tabela 3.33. Estatísticas descritivas das correlações inter-item do MHI..... 273
Tabela 3.34. Matriz de correlações entre Sub-Escala do MHI..... 273
Tabela 3.35. Índices de adequação da AFE do CRI após eliminação dos itens menos correlacionados..... 274
Tabela 3.36. Variabilidade explicada pelas componentes principais da AFE para o CRI..... 274
Tabela 3.37. Matriz rodada de componentes principais da AFE para o CRI... 276
Tabela 3.38. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Análise Lógica do CRI..... 278
Tabela 3.39. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Análise Lógica do CRI..... 278
Tabela 3.40. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Análise Lógica do CRI..... 279
Tabela 3.41. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Análise Lógica do CRI..... 279
Tabela 3.42. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Análise Lógica do CRI. 279
Tabela 3.43. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI..... 280
Tabela 3.44. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI..... 280
Tabela 3.45. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI..... 280
Tabela 3.46. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI..... 281
Tabela 3.47. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI..... 281
Tabela 3.48. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI..... 281
Tabela 3.49. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI..... 281
Tabela 3.50. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI..... 282
Tabela 3.51. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI..... 282

Tabela 3.52. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI..... 282
Tabela 3.53. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI..... 283
Tabela 3.54. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI..... 283
Tabela 3.55. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI..... 283
Tabela 3.56. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI..... 284
Tabela 3.57. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI..... 284
Tabela 3.58. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI..... 284
Tabela 3.59. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI..... 284
Tabela 3.60. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI..... 285
Tabela 3.61. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI..... 285
Tabela 3.62. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI..... 285
Tabela 3.63. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI..... 286
Tabela 3.64. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI..... 286
Tabela 3.65. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI..... 286
Tabela 3.66. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI..... 287
Tabela 3.67. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI..... 287
Tabela 3.68. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Procura de Ganhos Alternativos do CRI..... 287
Tabela 3.69. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Procura de Ganhos Alternativos do CRI..... 288
Tabela 3.70. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Procura de Ganhos Alternativos do CRI..... 288
Tabela 3.71. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Procura de Ganhos Alternativos do CRI..... 289
Tabela 3.72. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Procura de Ganhos Alternativos do CRI..... 289
Tabela 3.73. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI..... 289
Tabela 3.74. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI..... 289

Tabela 3.75. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI..... 290
Tabela 3.76. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI..... 290
Tabela 3.77. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI..... 290
Tabela 3.78. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Escala Total do CRI..... 291
Tabela 3.79. Estatísticas descritivas das correlações inter-item do CRI..... 291
Tabela 3.80. Matriz de correlações inter-item por Sub-Escala do CRI..... 292
Tabela 3.81. Estatísticas descritivas das correlações inter-item do CRI..... 292
Tabela 3.82. Matriz de correlações entre Sub-Escala do CRI..... 293
Tabela 3.83. Índices de adequação da AFE para a PANAS..... 294
Tabela 3.84. Variabilidade explicada pelas componentes principais da PANAS..... 294
Tabela 3.85. Matriz rodada de componentes principais da PANAS..... 295
Tabela 3.86. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Escala Total da PANAS..... 296
Tabela 3.87. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 296
Tabela 3.88. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Actividade" da PANAS..... 296
Tabela 3.89. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Atenção" da PANAS..... 296
Tabela 3.90. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Culpa" da PANAS..... 296
Tabela 3.91. Matriz de correlações inter-item da PANAS..... 296
Tabela 3.92. Estatísticas descritivas das correlações inter-item da PANAS..... 297
Tabela 3.93. Matriz de correlações inter-item por factores da PANAS..... 297
Tabela 3.94. Estatísticas descritivas das correlações inter-item da PANAS..... 298
Tabela 3.95. Matriz de correlações entre factores da PANAS..... 298
Tabela 3.96. Comparação de médias entre os grupos relativamente à Saúde Mental..... 300
Tabela 3.97. Comparação de médias entre os grupos relativamente ao Afecto..... 300
Tabela 3.98. Correlações entre o Processamento Cognitivo "Aberto"e o Afecto..... 302
Tabela 3.99. Correlações entre as restantes respostas de *Coping* e o Afecto..... 302
Tabela 3.100. Correlações por Grupos entre o Processamento Cognitivo "Aberto" e o Afecto..... 302
Tabela 3.101. Correlações por Grupos entre as restantes respostas de *Coping* e o Afecto..... 303
Tabela 3.102. Correlações entre a Satisfação com o Suporte Social e o Afecto..... 303

Tabela 3.103. Correlações por Grupos entre a Satisfação com o suporte Social e o Afecto..... 304
Tabela 3.104. Correlações entre as Variáveis pessoais e sócio-demográficas e o Afecto..... 304
Tabela 3.105. Comparação de médias entre os Géneros relativamente à variável "Afecto Negativo"..... 304
Tabela 3.106. Estatísticas descritivas das médias para os diferentes Graus de Escolaridade..... 305
Tabela 3.107. Estatística de teste para a diferença de médias entre os Gruas de Escolaridade..... 305
Tabela 3.108. Comparação de médias entre o Grau de Escolaridade relativamente à variável "Afecto Negativo"..... 305
Tabela 3.109. Correlações por Grupos entre as variáveis Pessoais e Sócio-Demográficas e o Afecto..... 305
Tabela 3.110a. Comparação de médias por grupos e entre os géneros relativamente à variável "Actividade"..... 306
Tabela 3.110b. Comparação de médias por grupos e entre os géneros relativamente à variável "Afecto Negativo"..... 306
Tabela 3.111. Análise de correlações entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 308
Tabela 3.112. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 308
Tabela 3.113. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total). 308
Tabela 3.114. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 309
Tabela 3.115. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 309
Tabela 3.116. Análise de correlações entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 309
Tabela 3.117. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 310
Tabela 3.118. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 310
Tabela 3.119. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.. 311
Tabela 3.120. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.. 311
Tabela 3.121. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS..... 312
Tabela 3.122. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS..... 312

Tabela 3.123. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS..... 312
Tabela 3.124. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS..... 312
Tabela 3.125. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Actividade" da PANAS..... 313
Tabela 3.126. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Actividade" da PANAS..... 313
Tabela 3.127. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Actividade" da PANAS..... 313
Tabela 3.128. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Actividade" da PANAS..... 314
Tabela 3.129. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS..... 314
Tabela 3.130. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS..... 314
Tabela 3.131. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS..... 315
Tabela 3.132. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS..... 315
Tabela 3.133. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 316
Tabela 3.134. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 316
Tabela 3.135. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 316
Tabela 3.136. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 317
Tabela 3.137. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 317
Tabela 3.138. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 317
Tabela 3.139. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 318
Tabela 3.140. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 318

Tabela 3.141. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 318
Tabela 3.142. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 319
Tabela 3.143. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 319
Tabela 3.144. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 320
Tabela 3.145. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Atenção" da PANAS..... 320
Tabela 3.146. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Atenção" da PANAS..... 321
Tabela 3.147. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Atenção" da PANAS..... 321
Tabela 3.148. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Atenção" da PANAS..... 321
Tabela 3.149. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Atenção" da PANAS..... 321
Tabela 3.150. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Atenção" da PANAS..... 322
Tabela 3.151. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS..... 322
Tabela 3.152. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS..... 322
Tabela 3.153. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS..... 323
Tabela 3.154. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 323
Tabela 3.155. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 323
Tabela 3.156. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 324
Tabela 3.157. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 324
Tabela 3.158. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 325
Tabela 3.159. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 325

Tabela 3.160. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 326
Tabela 3.161. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 326
Tabela 3.162. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 327
Tabela 3.163. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 327
Tabela 3.164. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 328
Tabela 3.165. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 328
Tabela 3.166. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 328
Tabela 3.167. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 329
Tabela 3.168. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 329
Tabela 3.169. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 329
Tabela 3.170. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 329
Tabela 3.171. Estatísticas Descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 330
Tabela 3.172. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 330
Tabela 3.173. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 330
Tabela 3.174. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 331
Tabela 3.175. Estatísticas Descritivas da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 331
Tabela 3.176. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 332
Tabela 3.177. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos... 332
Tabela 3.178. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Afecto Negativo"da PANAS por grupos.. 332

Tabela 3.179. Estatísticas Descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.. 333
Tabela 3.180. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 333
Tabela 3.181. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 333
Tabela 3.182. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 334
Tabela 3.183. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 334
Tabela 3.184. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 335
Tabela 3.185. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 335
Tabela 3.186. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 336
Tabela 3.187. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Culpa" da PANAS..... 336
Tabela 3.188. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Culpa" da PANAS..... 337
Tabela 3.189. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Culpa" da PANAS..... 337
Tabela 3.190. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Culpa" da PANAS..... 337
Tabela 3.191. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Culpa" da PANAS..... 337
Tabela 3.192. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Culpa" da PANAS..... 338
Tabela 3.193. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS..... 338
Tabela 3.194. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS..... 338
Tabela 3.195. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS..... 339
Tabela 3.196. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 339
Tabela 3.197. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 340
Tabela 3.198. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 340

Tabela 3.199. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-
-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 340
Tabela 3.200. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala
Análise Lógica do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 341
Tabela 3.201. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala
Análise Lógica do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 341
Tabela 3.202. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre
Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social
(Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 341
Tabela 3.203. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala
Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e
o factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 342
Tabela 3.204. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-
-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social
(Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 342
Tabela 3.205a. Análise de correlações entre a Sub-Escala Evitamento
Cognitivo do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 343
Tabela 3.205b. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-
-Escala Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social
(Escala Total)..... 344
Tabela 3.206. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala
Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 344
Tabela 3.207. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala
Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 344
Tabela 3.208. Análise de correlações entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo
do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 345
Tabela 3.209. Estatística Descritiva da Análise de Regressão Simples da
Sub-Escala Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social
(Escala Total) por grupos..... 346
Tabela 3.210. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-
-Escala Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social
(Escala Total) por grupos..... 346
Tabela 3.211. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala
Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)
por grupos..... 346
Tabela 3.212. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala
Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)
por grupos..... 347
Tabela 3.213. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da
Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo"
da PANAS..... 347
Tabela 3.214. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-
-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo"
da PANAS..... 348
Tabela 3.215. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala
Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 348

Tabela 3.216. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-
-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo"
da PANAS..... 348
Tabela 3.217. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla
entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o
Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 349
Tabela 3.218. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a
Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social
e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 349
Tabela 3.219. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-
-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social
e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 349
Tabela 3.220. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-
-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e
o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 350
Tabela 3.221. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da
Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo" da
PANAS por grupos..... 350
Tabela 3.222. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-
-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo" da
PANAS por grupos..... 351
Tabela 3.223. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala
Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS
por grupos..... 351
Tabela 3.224. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala
Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS
por grupos..... 351
Tabela 3.225. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre
a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte
Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 352
Tabela 3.226(a). *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a
Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte
Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 352
Tabela 3.226(b). ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-
Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o
factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 353
Tabela 3.227. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-
-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social
e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 354
Tabela 3.228(a). Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da
Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS..... 355
Tabela 3.228(b).*Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a
Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS..... 355
Tabela 3.229. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala
Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS..... 355
Tabela 3.230. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-
-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS..... 356

Tabela 3.231. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS..... 356
Tabela 3.232. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS..... 356
Tabela 3.233. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS..... 357
Tabela 3.234. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS..... 357
Tabela 3.235. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 358
Tabela 3.236. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 358
Tabela 3.237. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 359
Tabela 3.238. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 359
Tabela 3.239. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 360
Tabela 3.240. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 360
Tabela 3.241. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 360
Tabela 3.242. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub--Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS por grupos..... 361
Tabela 3.243. Análise de correlações entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 362
Tabela 3.244. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 362
Tabela 3.245. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)... 363
Tabela 3.246. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).. 363
Tabela 3.247. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)... 363
Tabela 3.248. Análise de correlações entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 364

Tabela 3.249. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub--Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 365
Tabela 3.250. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 365
Tabela 3.251. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 365
Tabela 3.252. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 366
Tabela 3.253. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 366
Tabela 3.254. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 366
Tabela 3.255. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 367
Tabela 3.256. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 367
Tabela 3.257. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 367
Tabela 3.258. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 368
Tabela 3.259. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 368
Tabela 3.260. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 368
Tabela 3.261. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 369
Tabela 3.262. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 369
Tabela 3.263. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 370
Tabela 3.264. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 370

Tabela 3.265. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 371
Tabela 3.266. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 371
Tabela 3.267. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 372
Tabela 3.268. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub--Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 372
Tabela 3.269. Análise de correlações entre a Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 373
Tabela 3.270. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 374
Tabela 3.271. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 375
Tabela 3.272. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 375
Tabela 3.273. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 375
Tabela 3.274. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub--Escala Reavaliação Positiva do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 376
Tabela 3.275. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 376
Tabela 3.276. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 377
Tabela 3.277. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 377
Tabela 3.278. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 378
Tabela 3.279. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub--Escala Reavaliação Positiva do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 378
Tabela 3.280. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 379
Tabela 3.281. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 380

Tabela 3.282. Análise de correlações entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 381
Tabela 3.283. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub--Escala Resolução de Problemas do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 381
Tabela 3.284. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 382
Tabela 3.285. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 382
Tabela 3.286. Análise de correlações entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 383
Tabela 3.287. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub--Escala Resolução de Problemas do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 384
Tabela 3.288. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 384
Tabela 3.289. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 385
Tabela 3.290. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS..... 385
Tabela 3.291. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS..... 385
Tabela 3.292. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS..... 386
Tabela 3.293. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS..... 386
Tabela 3.294. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS..... 386
Tabela 3.295. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS..... 387
Tabela 3.296. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS..... 387
Tabela 3.297. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS..... 388
Tabela 3.298. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 388
Tabela 3.299. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 389

Tabela 3.300. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 389
Tabela 3.301. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 390
Tabela 3.302. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 390
Tabela 3.303. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 391
Tabela 3.304. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 391
Tabela 3.305. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 392
Tabela 3.306. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub--Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Atenção" da PANAS..... 393
Tabela 3.307. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Atenção" da PANAS..... 393
Tabela 3.308. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Atenção" da PANAS..... 393
Tabela 3.309. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Atenção" da PANAS..... 394
Tabela 3.310. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Resolução de Problemas, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS..... 394
Tabela 3.311. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub--Escala Resolução de Problemas, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS..... 394
Tabela 3.312. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Resolução de Problemas, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS..... 395
Tabela 3.313. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Resolução de Problemas, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS..... 395
Tabela 3.314. Análise de correlações entre a Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI e a Satisfação com o Suporte Social Escala Total)..... 396
Tabela 3.315. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)... 396
Tabela 3.316. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 397
Tabela 3.317. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 397

Tabela 3.318. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte no CRI no factor "Actividade" da PANAS..... 397
Tabela 3.319. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub--Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI no factor "Actividade" da PANAS..... 398
Tabela 3.320. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI no factor "Actividade" da PANAS..... 398
Tabela 3.321. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI no factor "Actividade" da PANAS..... 398
Tabela 3.322. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS..... 399
Tabela 3.323. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub--Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS..... 399
Tabela 3.324. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS..... 399
Tabela 3.325. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub--Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS..... 400
Tabela 3.326. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte no CRI no factor "Atenção" da PANAS..... 400
Tabela 3.327. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI no factor "Atenção" da PANAS..... 401
Tabela 3.328. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI no factor "Atenção" da PANAS..... 401
Tabela 3.329. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI no factor "Atenção" da PANAS..... 401
Tabela 3.330. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS..... 402
Tabela 3.331. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI , a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS..... 402
Tabela 3.332. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS..... 402
Tabela 3.333. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS..... 403
Tabela 3.334. Análise de correlações entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 404
Tabela 3.335(a). *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 404

Tabela 3.235(b). ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 405
Tabela 3.336. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).... 405
Tabela 3.337. Análise de correlações entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 406
Tabela 3.338. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 407
Tabela 3.339. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 407
Tabela 3.340. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 408
Tabela 3.341. Estatísticas descritiva da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 408
Tabela 3.342. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 408
Tabela 3.343. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/ Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 409
Tabela 3.344. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).... 409
Tabela 3.345. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS..... 409
Tabela 3.346. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS..... 410
Tabela 3.347. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS..... 410
Tabela 3.348. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS..... 410
Tabela 3.349. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub--Escala Aceitação/Resignação do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 411
Tabela 3.350. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 411
Tabela 3.351. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 412
Tabela 3.352. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 412

Tabela 3.353. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 412
Tabela 3.354. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub--Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 413
Tabela 3.355. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 413
Tabela 3.356. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos..... 414
Tabela 3.357. Análise de correlações entre o Género e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 416
Tabela 3.358. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 416
Tabela 3.359. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 416
Tabela 3.360. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 417
Tabela 3.361. Coeficientes da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 417
Tabela 3.362. Análise de correlações entre o Grau de Escolaridade e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 417
Tabela 3.363. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 418
Tabela 3.364. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 418
Tabela 3.365. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 418
Tabela 3.366. Coeficientes da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos..... 419
Tabela 3.367. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 419
Tabela 3.368. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 420
Tabela 3.369. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 420
Tabela 3.370. Coeficientes da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 420
Tabela 3.371. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.... 420
Tabela 3.372. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 421
Tabela 3.373. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 421

Tabela 3.374. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 421
Tabela 3.375. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 422
Tabela 3.376. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 422
Tabela 3.377. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 422
Tabela 3.378. Coeficientes da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 423
Tabela 3.379. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 423
Tabela 3.380. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 424
Tabela 3.381. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 424
Tabela 3.382. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos..... 425
Tabela 3.383. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 425
Tabela 3.384. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 426
Tabela 3.385. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 426
Tabela 3.386. Coeficientes da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 426
Tabela 3.387. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 427
Tabela 3.388. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 427
Tabela 3.389. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 427
Tabela 3.390. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS por grupos..... 428
Tabela 3.391. Análise de correlações entre o Grau de Escolaridade e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 429
Tabela 3.392. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 429

Tabela 3.393. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 429
Tabela 3.394. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 430
Tabela 3.395. Coeficientes da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)..... 430
Tabela 3.396. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 430
Tabela 3.397. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 431
Tabela 3.398. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 431
Tabela 3.399. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade no factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 431
Tabela 3.400. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre o Grau de Escolaridade, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 431
Tabela 3.401. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre o Grau de Escolaridade, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 432
Tabela 3.402. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre o Grau de Escolaridade, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 432
Tabela 3.403. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre o Grau de Escolaridade, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS..... 432
Tabela 3.404. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade no factor "Actividade"..... 434
Tabela 3.405. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade no factor "Atenção"..... 434
Tabela 3.406. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade no factor "Actividade" considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos..... 435
Tabela 3.407. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da v ariabilidade no factor "Atenção" considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos..... 436
Tabela 3.408. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade na variável "Afecto Negativo"..... 436
Tabela 3.409. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade na variável "Culpa"..... 437
Tabela 3.410. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade na variável "Afecto Negativo" considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos..... 437
Tabela 3.411. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade na variável "Culpa" considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos..... 438

Índice de Figuras

Figura 1.1. Modelo de Interacção entre o Sistema Ambiental, o Sistema Pessoal (incluindo Estilos de *Coping*), Competências de *Coping*, e a Adaptação (Moos & Holahan, 2003) 57
Figura 2.1. Modelo da hipótese inicial 6 86
Figura 2.2. Modelo da hipótese inicial 7 86
Figura 3.1. Modelo explicativo da variabilidade do Afecto Positivo 147
Figura 3.2. Modelo explicativo da variabilidade do Afecto Negativo 147
Figura 3.3. Modelo explicativo da variabilidade do Afecto Positivo nos participantes do grupo clínico 148
Figura 3.4. Modelo explicativo da variabilidade do Afecto Negativo nos participantes do grupo clínico 148
Figura 3.5. Modelo explicativo da variabilidade do Afecto Positivo nos participantes do grupo não clínico 148
Figura 3.6. Dendograma dos itens do CRI 277

Índice de Gráficos

Gráfico 2.1. Distribuição de normalidade do factor *Distress* Psicológico do MHI 237
Gráfico 2.2. Distribuição de normalidade do factor Bem-Estar Psicológico do MHI 237
Gráfico 2.3. Distribuição de normalidade do factor Afecto Positivo do MHI 238
Gráfico 2.4. Distribuição de normalidade do factor Perda de Controlo Emocional/Comportamental do MHI 238
Gráfico 2.5. Distribuição de normalidade do factor "Afecto Negativo" da PANAS 239
Gráfico 2.6. Distribuição de normalidade do factor "Actividade" da PANAS 240
Gráfico 2.7. Distribuição de normalidade do factor "Atenção" da PANAS 240
Gráfico 2.8. Distribuição de normalidade do factor "Culpa" da PANAS 241
Gráfico 2.9. Distribuição de normalidade do factor "Afecto Negativo" da PANAS no grupo clínico 242
Gráfico 2.10. Distribuição de normalidade do factor "Afecto Negativo" da PANAS no grupo não clínico 243
Gráfico 2.11. Distribuição de normalidade do factor "Actividade" da PANAS no grupo clínico 243

Gráfico 2.12. Distribuição de normalidade do factor "Actividade" da PANAS no grupo não clínico..... 244
Gráfico 2.13. Distribuição de normalidade do factor "Atenção" da PANAS no grupo clínico..... 244
Gráfico 2.14. Distribuição de normalidade do factor "Atenção" da PANAS no grupo não clínico..... 245
Gráfico 2.15. Distribuição de normalidade do factor "Culpa" da PANAS no grupo clínico..... 245
Gráfico 2.16. Distribuição de normalidade do factor "Culpa" da PANAS no grupo não clínico..... 246
Gráfico 3.1. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE da ESSS..... 262
Gráfico 3.2. *Screen Plot* das componentes extraídas pela primeira AFE do MHI..... 266
Gráfico 3.3. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE para cinco factores do MHI..... 269
Gráfico 3.4. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE para quatro factores do MHI..... 272
Gráfico 3.5. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE do CRI..... 275
Gráfico 3.6. *Component Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Análise Lógica do CRI..... 279
Gráfico 3.7. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI..... 280
Gráfico 3.8. *Component Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI..... 282
Gráfico 3.9. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI..... 283
Gráfico 3.10. *Screen Plot* das componentes extraídas pela A FE da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI..... 285
Gráfico 3.11. *Component Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI..... 287
Gráfico 3.12. *Component Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Procura de Ganhos Alternativos do CRI..... 288
Gráfico 3.13. *Component Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI..... 290
Gráfico 3.14. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE da PANAS..... 295

Resumo

O presente trabalho de investigação visa aprofundar o campo de estudo no âmbito do Bem-Estar Subjectivo. Especificamente, propõe-se apreciar qual o papel do Processamento Cognitivo "Aberto" (e outras formas de Coping) na relação entre Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Positivo e Negativo. A metodologia usada segue um método correlacional quantitativo através do recurso ao software de análise estatística SPSS. As análises de regressão simples e múltipla mostraram que diferentes variáveis, como as cognitivas (Processamento Cognitivo "Aberto" e outras formas de Coping) e as pessoais e sócio-demográficas (Género e Grau de Escolaridade), se encontram associados aos níveis de Afecto, quer Positivo quer Negativo, e contribuem também de formas distintas para explicar a sua variabilidade. Para além disso, as mesmas relações parecem ser influenciadas pelos níveis de Saúde Mental dos participantes. Os resultados do presente estudo sugerem importantes implicações teóricas e práticas no âmbito da Saúde Mental.

Palavras-Chave: Bem-Estar Subjectivo, Processamento Cognitivo "Aberto", Afecto Positivo e Negativo, Satisfação com o Suporte Social e Saúde Mental.

Subjective Well-Being: Cognitive Processes and Positive Affect

Abstract

This research work aims to deepen the field of study within the framework of Subjective Well-Being. Specifically, it proposes to assess the role of the Broad-Minded Coping (and other forms of Coping) in the relationship between Satisfaction with the Social Support and the Positive and Negative Affect. The methodology used follows a correlative quantitative method through the use of the statistical analysis software SPSS. Multiple and simple regression analyses showed that different variables, such as cognitive (Broad-Minded Coping and other forms of Coping) and personal and socio-demographic data (Gender and Scholarization), are associated with the levels of Affect, either Positive or Negative, and they also contribute differently to explain its variability. In addition, these relationships seem to be influenced by the participants' Mental Health levels. The results of this study suggest important theoretical and practical implications in the context of Mental Health.

Key-Words: Subjective Well-Being, Broad-Minded Coping, Positive and Negative Affect, Satisfaction with Social Support and Mental Health.

INTRODUÇÃO GERAL

É nos anos 70 do século passado que assistimos àquele que foi considerado ponto de viragem histórica nos paradigmas de compreensão, investigação e intervenção na saúde, a Segunda Revolução da Saúde (Lalonde, 1974; Richmond, 1979). O enfoque no tratamento e conceptualização da doença tornaram-se, por si só, progressivamente obsoletos, apresentando-se promissora a aposta na prevenção da doença e na promoção da saúde. É neste contexto que o Modelo Biopsicossocial torna-se "reconhecido como uma abordagem integral e holística, necessário para ultrapassar o reducionismo da perspectiva biomédica na promoção da saúde" (Galinha & Ribeiro, 2005a, p. 207). Desde então, conceitos como estilos de vida saudáveis, qualidade de vida e comportamentos de saúde, passam a ser dominantes na literatura científica (Cruz, Jesus, & Nunes, 2009; Gill & Feinstein, 1994; Mirowsky & Ross, 1998; Ogden, 2000). É pois neste quadro de fundo da ciência psicológica que o conceito de bem-estar surge consistentemente associado ao conceito de saúde, em geral e, de Saúde Mental, em particular (O'Donnell, 1986).

Foi em finais da década de 90 que Martin Selligman, na altura presidente da American Psychological Association (APA), reclama uma Psicologia cuja prática clínica seja completa e que não se limite a anular as condições incapacitantes dos indivíduos para atingir um estado neutro ou normativo (Wallis, 2005). A Psicologia Positiva emerge então para mostrar que os ganhos na Saúde Mental se fazem pela promoção e desenvolvimento daquilo a que chamam "forças" ou virtudes humanas (*strengths*) ou, mais comummente aceite, potencial humano, até porque segundo Seligman e Peterson (2003) "confidence, optimism, hope, and trust, for example, serve us not when life is easy, but when life is difficult" (p. 306).

Em sintonia com esta abordagem de cariz positivo, vários estudos da actualidade revelam que a Saúde Mental não é apenas a ausência de sintomas de doença mental (Seligman & Peterson, 2003), nem tampouco ou simplesmente a presença de níveis elevados de Bem-Estar Subjectivo, antes um estado completo de duas dimensões cruzadas – um *continuum* de doença mental e um *continuum* de Saúde Mental (Keyes, 2003) – a que se poderia acrescentar um outro *continuum* entre continuidade-descontinuidade entre Saúde Mental e doença mental ao longo do desenvolvimento ontogenético do indivíduo (Moreira & Melo, 2005). Pese embora esta continuidade vs descontinuidade, considera-se ainda que a Saúde Mental é multideterminada, dependendo de diversos factores, como sejam: o indivíduo e

respectivos factores intra e interpessoais, o contexto social e o contexto ambiental mais alargado (Stormshak & Dishion, 2002). Ademais, e segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001), os diferentes conceitos de Saúde Mental abrangem, entre outras coisas, o Bem-Estar Subjectivo (BES), a percepção de auto-eficácia, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Neste contexto, outros construtos como satisfação com a vida, felicidade, Afecto Positivo e Afecto Negativo são também consideradas como indicadores da Saúde Mental (Lucas, Diener, & Suh, 1996).

Dentro do campo de estudo do Bem-Estar Subjectivo tem sido demonstrado que o Afecto Positivo constitui uma fonte de força humana que incentiva e apoia a flexibilidade e um Processamento Cognitivo "Mente Aberta" (Fredrickson, 2001), permitindo às pessoas fazer o que precisa ser feito, aproveitar ao máximo as situações nas quais estas se encontram, explorar aquilo que encontraram em maior detalhe e considerar as implicações, bem como as circunstâncias em que elas são mais prováveis de ocorrer ou não (Isen, 2003). Especificamente, o Afecto Positivo parece facilitar padrões de pensamento abertos, flexíveis, criativos, integrativos e eficientes; e promove a prestabilidade ou generosidade (Isen, 2003). Segundo Isen (2009) "Positive affect facilitates thinking, problem solving, and social interaction through increased cognitive flexibility and explores a possible role for neuropsychology in understanding these effects." (p. 503).

O interesse no campo de pesquisa acerca do Bem-Estar Subjectivo e, especificamente acerca do Afecto Positivo, prende-se com o facto de, nas últimas 30 décadas, ter havido um crescente interesse na investigação e intervenção psicológicas no afecto e na emoção, mais especificamente, positivos. Segundo Isen (2003), esta tendência tem-se reflectido na crescente integração do afecto no estudo da cognição, motivação e das funções neurofisológicas e vice-versa, o que tem feito com que a compreensão acerca do funcionamento e comportamento humano tenha sofrido alterações no sentido da cada vez maior complexidade e dinâmica da sua natureza multifacetada ao longo dos vários processos psicológicos básicos.

No campo da Saúde Mental, é defendido que os sintomas de Saúde Mental subsistem no Bem-Estar Subjectivo individual (Relatório Sobre a Saúde no Mundo, 2001) ou ainda que este constitui um factor de protecção da perturbação psíquica (Beck, 1995; Seligman & Peterson, 2003). No campo da saúde física, na sua recuperação e manutenção (Dowd, Zautra, & Hogan, 2009), mas também como um indicador e facilitador da mesma (Molnar et al., 2006; Ostir, Markides, Black, & Goodwin, 2000). Mais especificamente, no que tange à Psicologia Positiva, uma das

constatações acerca deste corpo de investigação é a influência da felicidade na longevidade (Carlisle & Hanlon, 2008). Particularmente, níveis baixos de Afecto Positivo e níveis elevados de Afecto Negativo parecem relacionados com muitas perturbações psíquicas como fobia social, perturbação de stress pós-traumático, agorafobia, esquizofrenia, depressão, perturbação alimentar, entre outras (Barker & Galambos, 2009; Mineka, Watson, & Clark, 1998; Watson & Clark, 1994) e associados a uma diminuição da qualidade de vida a longo termo, por exemplo, em pacientes em recuperação cirúrgica cardíaca (Panagopoulou, Montgomery, Benos, & Maes, 2006).

Ainda no mesmo sentido, o Bem-Estar Subjectivo pode constituir uma medida apropriada acerca daquilo que as pessoas valorizam nas suas vidas e, por isso, relevante para a saúde pública, não fosse o grau de relacionamento entre saúde e Bem-Estar Subjectivo evidente, com importantes contributos teóricos e práticos para o seu crescente entendimento (Carlisle & Hanlon, 2008). Curiosamente, e através da consulta da Base de Dados Mundial da Felicidade (*World Database of Happiness*), Portugal situa-se nos valores médios de felicidade em execquo com países como o Irão, estando no topo da tabela países como Islândia e no fim Zimbabué.

A par de indicadores económicos e sociais, o Bem-Estar Subjectivo pode ser considerado como uma das três maiores vias para aceder à qualidade de vida das sociedades (Diener & Suh, 1998). Especificamente, tem sido demonstrado nas diferentes áreas dentro da ciência Psicológica que o Afecto Positivo constitui um factor de satisfação e produtividade no trabalho (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005; Wright, Cropanzano, & Meyer, 2004), na aprendizagem (Cohn, 2004), nas relações e actividades sociais (Burger & Caldwell, 2000); promove e expande os processos cognitivos (Dreisbach & Goschke, 2004; Fredrickson & Joiner, 2002; Isen, 2009) diminui a reincidência criminal (Ward & Mann, 2004); facilita políticas democráticas dentro de uma mesma nação (Diener & Seligman, 2009); e incentiva e apoia os processos psicoterapêuticos (Safran & Muran, 1998).

Dentro do campo de estudo do Afecto Positivo, vários autores têm vindo a verificar uma associação positiva aos processos intelectuais de nível superior como a resolução de problemas (Greene & Noice, 1988), funções executivas e criatividade (Ashby, Isen, & Turken, 1999), memória (Hill et al., 2005), e flexibilidade e perseveração cognitiva (Dreisbach & Goschke, 2004). Tugade e Fredrickson (2004), dois dos autores que têm trabalhado neste recente campo de estudo, sugerem que durante situações de perda, os indivíduos que experienciam mais emoções positivas parecem mais predispostos a desenvolver planos e objectivos a longo termo. O pressuposto subjacente consiste na suposição de que emoções positivas mostram

uma relação recíproca com o significado positivo que os indivíduos retiram em situações negativas ou adversas. Assim sendo, estes indivíduos parecem não apenas mais dispostos a retirar significado positivo perante estas situações, como a encontrar significados positivos em futuras situações. Para Fredrickson e Joiner (2002) as emoções positivas não ajudam apenas as pessoas a sentirem-se bem no presente, mas também a aumentar o bem-estar no futuro, accionando uma espiral ascendente para um maior bem-estar emocional. A chave para esta hipótese está na proposição de que as emoções positivas expandem a atenção e a cognição.

O estudo levado a cabo pelos mesmos autores (Fredrickson & Joiner, 2002) confirma a hipótese sugerida de que emoções positivas têm efeitos na abertura do pensamento (*Broad-Minded Coping*) que, por sua vez, prediz um futuro aumento na experiência de emoções positivas (*Broaden-and-Build Theory*). Affleck e Tennen (1996) confirmam que a mesma relação promove o bem-estar psicológico e a saúde. No entanto, Folkman e Moskowitz (2000) acrescentam que outras estratégias de *Coping* positivas, para além do *Coping* "Mente Aberta", como o sejam a Reavaliação Positiva e o *Coping* centrado no problema, parecem também directamente relacionadas com a ocorrência e a manutenção do Afecto Positivo. Gadermann e Zumbo (2007), por sua vez, observaram que variáveis cognitivas e metacognitivas, como o controlo interpessoal, parecem moderar e influenciar indirectamente a mesma relação. Os autores verificaram, por exemplo, que a maior parte dos indivíduos com elevados níveis de controlo interpessoal vêem-se a eles próprios como processadores de determinadas vantagens sociais e muitos deles são bem sucedidos na interacção com os outros, deixando interessantes perspectivas acerca dos processos cognitivos na regulação emocional e, consequentemente, no bem-estar individual.

Porém e, se por um lado a experiência de emoções positivas parece fundamental para muitos dos processos cognitivos e para o bem-estar, esta relação parece não ser assim tão simplista como muitos fazem crer. O Modelo Dinâmico Não-Linear de Losada (1999) é disso um exemplo. Segundo o autor, o florescimento para a Saúde Mental está associado com níveis de emoções positivas, mas não de forma linear, sugerindo que uma "apropriada negatividade" possui um papel importante nesta dinâmica relação. O autor utiliza o termo "apropriada negatividade" para sublinhar que apenas certas formas de negatividade fomentam esse potencial ou florescimento.

Para além disso, e segundo Nickerson (2007), nenhum dos estudos levados a cabo por Fredrickson e Joiner (2002) aferem a Teoria Espiral Ascendente (*Broaden-and-Build Theory*), pois todos eles testam as hipóteses em diferentes indivíduos para a mesma situação ao invés de para cada indivíduo em diferentes situações. Mais

especificamente, o teste da teoria deveria começar com um gráfico para cada indivíduo acerca da relação entre Afecto Positivo e o *Coping* "Mente Aberta" ao longo do tempo e nas diferentes situações. Nickerson (2007) faz ainda outra importante crítica ao teste das hipóteses que a teoria de Fredrickson e Joiner (2002) colocam. Segundo este, parece inconsistente o facto de os autores usarem duas regressões em separado para o Afecto Positivo e para o Afecto Negativo no tratamento dos dados acerca da influência do *Coping* "Mente Aberta" no Afecto Positivo (Hipótese 2), enquanto no tratamento dos dados acerca da influência do Afecto Positivo no *Coping* "Mente Aberta" (Hipótese 1) foi controlada. O autor prossegue referindo que as correlações foram apenas parciais no que toca a influência do *Coping* "Mente Aberta" no Afecto Positivo e vice-versa. *Será esta uma relação linear e directa?* Como nos aponta Nickerson (2007): *"Se assim fosse o mundo seria dividido em maníacos e depressivos."* (p. 555).

A evidência empírica que sustenta a ideia de que as emoções positivas expandem a atenção (Wadlinger & Isaacowitz, 2006), a cognição e a acção (Drake & Myers, 2006) e desenvolvem recursos físicos, intelectuais e sociais do indivíduo (Fredrickson, 2001) parece ainda controversa necessitando, por conseguinte, de validação e replicação com outros estudos. Acresce ainda, que os processos e mecanismos através dos quais os indivíduos reportam maiores níveis de Bem-Estar Subjectivo e, por sua vez, de Afecto Positivo, estão longe de ser claramente compreendidos, sendo que grande parte da variância continua por explicar. Nas palavras de Folkman e Moskowitz (2004) o interesse pelo estudo das emoções positivas nos processos de *Coping* tem sido um dos desenvolvimentos mais excitantes dentro deste recente campo de estudo. Porém, os autores prosseguem referindo que existe uma clara necessidade de delimitar a relação entre emoções positivas e negativas na pesquisa, identificando processos de *Coping* associados com as emoções positivas e negativas durante situações de stresse transitórias e/ou crónicas.

É neste contexto que atribuímos particular ênfase aos seus mais recentes trabalhos, onde Fredrickson e Joiner (2002) concluem que o Afecto Positivo prediz, em parte, o Afecto Positivo através do *Coping* "Mente Aberta". Este, por seu turno, prediz também o *Coping* "Mente Aberta" através do Afecto Positivo. Em suma, segundo o modelo teórico dos autores, o Afecto Positivo (e não o Afecto Negativo) e o *Coping* "Mente Aberta" (e não outros estilos de *Coping*) constroem-se ou influenciam-se mutuamente um ao outro numa espiral ascendente de emoções positivas. Assim sendo, um interessante "sub-campo" de estudo acerca do Afecto Positivo, ainda que pouco explorado na investigação subjacente ao tema, refere-se à sua influência nos

processos e estruturas psicológicas, nomeadamente cognitivas, e vice-versa, quer no que diz respeito a situações específicas quer de situação para situação, assim como, a curto e a longo termo.

Por outro lado, um outro campo de estudo tem demonstrado a preponderância das emoções positivas ao nível das interacções e actividades sociais (Burger & Caldwell, 2000). Estas parecem constituir um veículo para o crescimento pessoal e para o contacto ou ligação social (Abe & Izard, 1999). No mesmo sentido, Clark e Watson (1988) encontram uma elevada associação a um nível intra-individual entre o Afecto Positivo e os eventos sociais. Também Diamond e Aspinwall (2003) salientam que o Afecto Positivo parece relacionado com relações interpessoais próximas. Por exemplo, tem sido documentado na literatura científica que o suporte social está positivamente associado e influi significativamente nos níveis de Bem-Estar Subjectivo (Okun, Stock, Haring, & Witter, 1984; Triandis, 2000; Unwin & Clarke, 2009); e que a satisfação com as amizades prediz a felicidade em população adulta de idade avançada (Lyubomirsky, Tkach, & Dimatteo, 2006). Ainda assim, alguns estudos (e.g., Burns et al., 2007) colocam em causa esta relação não encontrando evidência para afirmar uma associação entre a Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Positivo, embora tenham verificado uma correlação inversa entre o Afecto Negativo e a Satisfação com o Suporte Social.

Ainda dentro deste campo de estudo, e na procura de explicações alternativas, outros autores defendem, ao invés, que a relação entre o suporte social e o bem-estar é feita de forma indirecta (e.g., Folkman, Chesney, Pollack, & Coates, 1993). A ideia subjacente é a de que o suporte social promove o Bem-Estar Subjectivo através da influência das emoções, cognições e comportamentos que, por sua vez, fomentam o Afecto Positivo. Por exemplo, Cohen e Wills (1985) verificaram que o suporte social exerce influência na satisfação com a vida e na saúde directa, mas também indirectamente, através de certos mecanismos cognitivos, como estratégias de *Coping*, emoções e comportamentos de saúde.

Neste âmbito, o presente estudo centra-se, primeiramente, na possível relação entre a influência da componente cognitiva – Processamento Cognitivo "Aberto" - no Bem-Estar Subjectivo, mais concretamente, na componente de Afecto Positivo e Negativo. O estudo propõe-se ainda analisar a influência da componente cognitiva (Processamento Cognitivo "Aberto") na relação entre a Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Positivo e Negativo, a fim de investigar se esta constitui ou não uma variável moderadora da mesma relação. A sua subsequente comparação com a variabilidade explicada por outras variáveis (i.e., pessoais e sócio-demográficas),

constitui, secundariamente, outro dos objectivos do presente trabalho de investigação. Complementarmente, a pesquisa empírica e a sua subsequente distinção entre população clínica e não clínica é ainda pouco visível na literatura acerca do Bem-Estar Subjectivo. Kelly, Tyrka, Price e Carpenter (2008), por exemplo, argumentam que a comparação entre população clínica e não clínica relativamente aos estilos de *Coping* e níveis de sintomatologia clínica, designadamente, de Afecto Positivo e Afecto Negativo é ainda reduzida.

Conjuntamente, e ao nível prático, temos vindo a assistir um pouco por todo mundo e especificamente no Alentejo, um maior consumo de psicofármacos, como ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepresssivos; bem como, a um aumento da taxa de suicídio antes dos 65 anos comparativamente à média do resto do país (INE, 2008). Para além disso, a população tem vindo a envelhecer significativamente e a população juvenil a decrescer substancialmente (INE, 2008), o que faz com que a actuação ao nível da promoção do Bem-Estar Subjectivo e da Saúde Mental, da qualidade de vida e da prevenção da perturbação mental se tornem fundamentais áreas de actuação nesta região em particular.

Apresentados os paradigmas e os trabalhos considerados mais pertinentes às questões que a nossa investigação coloca, assim como, a pertinência teórica e empírica, segue-se uma breve delimitação do campo de estudo no âmbito do tema do presente trabalho – o Bem-Estar Subjectivo. Subsequentemente, apresentamos o enquadramento teórico acerca dos construtos que a presente investigação coloca e que constitui a primeira parte do presente trabalho. Para o efeito, dividimos esta primeira parte em três grandes capítulos. No primeiro capítulo, faremos uma breve definição dos construtos no âmbito do Bem-Estar Subjectivo – o Afecto Positivo e o Afecto Negativo. Os factores e as teorias explicativos, apresentados igualmente no mesmo capítulo, constituem o enquadramento teórico relativo ao tema que lhes subjaz. Especificamente, serão apresentados os factores e teorias biológicas, pessoais e sócio-demográficas, contextuais, afectivas, cognitivas e culturais. No segundo capítulo, serão apresentados os factores, teorias e modelos explicativos dos processos de *Coping*. Pretende-se neste capítulo, fazer um breve enquadramento teórico acerca da componente cognitiva – Processamento Cognitivo "Aberto" – referindo os estudos mais recentes no respectivo campo de investigação, bem como as teorias e modelos explicativos do mesmo. Particularmente, serão salientados os factores e teorias biológicas e psicológicas (nas suas abordagens contextual e disposicional), bem como o modelo integrativo. Por fim, no terceiro capítulo definimos o construto Satisfação com o Suporte Social e apresentamos as teorias e modelos

explicativos, novamente, na sua perspectiva biológica e psicológica, sendo esta última representada segundo três grandes grupos de estudos (Hipótese Moderadora; Hipótese de Tensão Crónica e Hipótese dos Efeitos Principais).

Na segunda parte, colocamos em relevo os aspectos metodológicos tidos ao longo do presente estudo. Aqui, importa definir as perguntas de investigação, os objectivos e subsequentes hipóteses de estudo. Faremos ainda referência à caracterização dos participantes que integraram na investigação, bem como aos procedimentos tidos na recolha de dados e respectivas análises estatísticas.

A terceira parte tem como principal preocupação descrever e discutir os resultados obtidos à luz da revisão de literatura empírica no âmbito do Bem-Estar Subjectivo.

Na quarta e última parte, concluímos o presente estudo integrando as principais conclusões com os processos, métodos e produtos da presente investigação. Dentro destes últimos, destacaremos questões metodológicas, teóricas e empíricas que vieram dar resposta à pertinência e objectivos delineados pelo estudo.

Finalizamos o presente trabalho de investigação tecendo algumas considerações finais acerca dos seus contributos, tendo em linha de conta tanto os processos como os métodos que o possibilitaram.

História e Delimitação do Campo de Estudo do Bem-Estar Subjectivo

O Bem-Estar Subjectivo, enquanto dimensão positiva da Saúde Mental, é um conceito complexo e multifacetado, cujo processo evolutivo tem vindo a permear marcos históricos que remontam legados do século XVIII. Enquanto campo de estudo, tem vindo a intersectar, mais do que convergir ou congregar, os contributos de uma diversidade de domínios científicos, desde as Ciências Exactas (e.g., Economia, Genética, Neurociências) às Ciências Sociais e Humanas (e.g., Sociologia e Psicologia, nomeadamente, Psicologia Social, Psicologia da Saúde e Psicologia Clínica). Se diferentes autores se reportam ao Bem-Estar Subjectivo empregando denominações diversas que lhes servem de sinónimos, outros há que atribuem a tais termos, significados bem distintos. Satisfação com a vida, felicidade, emoções positivas, Saúde Mental, bem-estar psicológico, bem-estar social, bem-estar emocional ou, simplesmente, bem-estar são conceitos muitas vezes utilizados de formas semelhantes ou querendo significar o mesmo. Se é verdade que a distinção

destes conceitos é, no mais das vezes, dispensável, noutras, ela é útil e necessária (Galinha & Ribeiro, 2005a).

O bem-estar, enquanto conceito lato, pode ser entendido no senso comum como um "estado de contentamento físico e espiritual", "tranquilidade" e "conforto" (Dicionário de Língua Portuguesa, 2010). Segundo a literatura científica, podemos dizer que o Bem-Estar Subjectivo é um campo da Psicologia Positiva que estuda os "factores e os processos inerentes à variabilidade da felicidade e da satisfação com a vida avaliadas pelos próprios indivíduos" (Galinha, 2008, p. 13).

Quarenta anos de pesquisa acerca do BES serviram também para criar uma taxonomia de sintomas de Saúde Mental constituída pelo bem-estar emocional e pelo bem-estar funcional (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2000; Keyes & Waterman, 2003; cit. por Keyes, 2003). Os sintomas de bem-estar emocional foram encontrados através das respostas dos indivíduos a escalas estruturadas que avaliam a presença de Afecto Positivo, a ausência de Afecto Negativo e a percepção de satisfação ou felicidade com a vida. Neste contexto, o bem-estar emocional constitui uma dimensão específica do Bem-Estar Subjectivo que reflecte o grau em que os indivíduos avaliam a sua experiência de sintomas de Afecto Positivo e Afecto Negativo (Keyes, 2000). Por sua vez, o bem-estar funcional inclui uma dimensão psicológica e outra social. Na primeira, podemos encontrar seis dimensões: auto-aceitação, relações positivas com os outros, crescimento pessoal, propósito de vida, autonomia e mestria ambiental. Na segunda, as dimensões do bem-estar social dizem respeito à coerência social, actualização social, integração social, aceitação social e contribuição social (Keyes, 2003). Ainda segundo Keyes (2003) podemos dizer que o Bem-Estar Subjectivo reflecte, não apenas a percepção e a avaliação pessoal que o indivíduo faz a propósito da sua própria vida em termos dos seus estados afectivos e do seu funcionamento psicológico, mas também, social. Por sua vez, Larson (1992) define o bem-estar social segundo o ajustamento social e o suporte social. Enquanto o primeiro diz respeito à combinação da satisfação com as relações, o desempenho dos papéis sociais e o ajustamento do indivíduo ao meio envolvente; o segundo reporta-se ao número de contactos na rede social e à satisfação com esses mesmos contactos.

Apesar do seu relativo recente aparecimento na literatura científica e, especificamente, nas áreas da Psicologia Clínica, da Saúde e Social, as raízes do conceito Bem-Estar Subjectivo datam já séculos de existência. Se não vejamos. No período do Iluminismo, existir é condição para viver ao serviço da vida e não de uma entidade ou autoridade superior, como o Rei ou Deus. Com efeito, no século XVIII, a sociedade era encarada como meio para satisfazer as necessidades dos seus

cidadãos, empenhados em alcançar a felicidade e desenvolvimento pessoal, valores tidos como prioritários nos seus *modus vivendi*.

Mais tarde, no séc. XIX, o Utilitarismo vem reforçar esta ideologia e já no séc. XX, os Estados de Providência proporcionaram um campo fértil para o desenvolvimento daquilo que viria a ser o "ideal social", expresso nas igualdades sociais e, especificamente, dos rendimentos *per capita* dos indivíduos (Veenhoven, 1996).

É em 1960 que se assiste a uma evidente mudança de paradigma, historicamente célebre pela introdução do conceito qualidade de vida, que ultrapassou a barreira do *Welfare* ou bem-estar material para integrar uma dimensão global, de bem-estar na vida como um todo (Novo, 2003). Assim, o construto qualidade de vida constitui a avaliação que os indivíduos fazem, não apenas dos recursos materiais, como o rendimento, mas também da sua saúde, das suas relações, condições profissionais, entre outras dimensões e domínios das suas vidas (Van Praag & Frijters, 1999). Curiosamente, Gurin, Veroff e Feld (1960) apesar de, nos finais dos anos 50, ainda não usarem esta designação, reportavam-se-lhe no seu primeiro grande inquérito à população americana quando se referiam a Saúde Mental. Foi precisamente na década de 60 que se registou o nascimento do conceito de Bem-Estar Subjectivo tal qual prevalece nos dias de hoje, com os trabalhos de Wilson (1967), relacionando os conceitos de felicidade e satisfação com a vida de acordo com as duas perspectivas mais influentes no campo de estudo explicativo do BES desde então - a perspectiva *Bottom Up* e *Top Down*.

A par da Segunda Revolução da Saúde e da emergência do Modelo Biopsicossocial, impulsionadores dos conceitos de promoção da saúde e de estilos de vida, durante as décadas de 70 e 80, o estudo do Bem-Estar Subjectivo foi particularmente profícuo, contando com uma série de trabalhos empíricos, que se propuseram identificar os sentimentos e um nível médio de percepção de qualidade de vida dos americanos e, numa perspectiva mais abrangente, a satisfação e a felicidade globais (Andrews & Withey, 1976; Campbel, Converse, & Rogers, 1976; Veroff, Douvan, & Kulka, 1981). Não só na América vimos florescer este campo de estudo, mas também um pouco por todo o mundo. Um dos estudos de relevo, pela sua dimensão, abarcando 13 países, foi levado a cabo por Cantril (1967), que utilizou a ainda hoje conhecida *Lader Scale*, instrumento desenvolvido para medir os diferentes níveis de Bem-Estar Subjectivo. Refira-se ainda os inquéritos realizados anualmente em quase todos os países da União Europeia pela *Eurobarometer*, com particular

interesse a respeito de efeitos temporais, culturais e outros factores de natureza psicológica no Bem-Estar Subjectivo (Inglehart & Rabier, 1986).

Com efeito, as décadas de 70 e 80 foram caracterizadas por um desenvolvimento exponencial na investigação acerca do Bem-Estar Subjectivo. Desde economicistas, geneticistas, sociólogos, psicólogos positivistas, psicólogos evolucionistas, neurocientistas e investigadores socioculturais, todos têm vindo a contribuir para a complexa, mas produtiva acumulação de evidências (e.g., Huppert et al., 2005; cit. por Carlisle & Hanlon, 2008). A título ilustrativo, o campo da Sociologia apostou no estudo da influência de diversas variáveis (i. e., variáveis demográficas, rendimento e Estado Civil) no Bem-Estar Subjectivo (Campbel et al., 1976). Por outro lado, sociólogos e também economicistas interessaram-se pela avaliação de indicadores sociais objectivos na compreensão e promoção da satisfação com a vida nas diferentes sociedades (Galinha & Ribeiro, 2005a). Mais do que curar patologias ou minorar os seus efeitos, tornava-se então fundamental reconhecer e actuar no sentido de promover e capacitar os indivíduos numa crescente valorização do potencial de desenvolvimento, não apenas individual, mas também social (Carlisle & Hanlon, 2008; WHO, 1962). Por outro lado, segundo Williams (2000; cit. por Carlisle & Hanlon, 2008), devemos ter em conta que os conceitos de Saúde Mental, bem-estar, felicidade e boa vida (*"good life"*) podem também contribuir para a infelicidade porque podem cultivar expectativas irrealistas.

Face à latitude que o conceito vinha a ganhar e à soma de investigação acumulada na área do bem-estar, este campo de estudo confronta-se, na década de 80, com uma "crise de identidade", que encontrou resolução na sua divisão em duas perspectivas: o bem-estar psicológico (BEP) e o Bem-Estar Subjectivo (BES). Com efeito, outro conceito que se confunde com o BES é o conceito de bem-estar psicológico. Embora alguns autores (e.g., Ong & Zautra, 2009) continuem a defender uma abordagem unidimensional do bem-estar, desvalorizando esta divisão, a grande maioria defende a sua delimitação e subsequente separação (e.g., Diener, 2000, 2009; Galinha & Ribeiro, 2005b; Novo, 2005). O BEP é considerado então como um campo de estudo que engloba uma constelação de dimensões do funcionamento psicológico que vão desde a auto-aceitação, auto-realização, autonomia no sentido de auto-determinação, auto-controlo do comportamento, capacidade de adaptação ao ambiente e seus condicionalismos, capacidade para manter relações interpessoais positivas, capacidade para construir e desenvolver um projecto de vida, capacidade para actualizar e desenvolver-se em termos personalísticos, entre outras. Segundo Novo (2005), o bem-estar psicológico "define como objectivo fundamental a

operacionalização de dimensões do funcionamento psicológico positivo relativas ao crescimento pessoal e ao envolvimento interpessoal, dimensões que congregam características essenciais ao desenvolvimento da personalidade e à Saúde Mental identificadas a partir dos trabalhos de autores como C. Jung, Rogers, Maslow, Allport, Neugarten e Jahoda." (p. 480). Por outro lado, o BES é um campo de estudo mais restrito que se cinge às dimensões do Afecto (Positivo e Negativo) e da satisfação com a vida (Lucas, Dyrenforth, & Diener, 2008). Numa tentativa de distinguir estas duas perspectivas de bem-estar, Novo (2005) esclarece que enquanto a felicidade para o BEP é uma componente, ou seja, "não é um objectivo em si mesmo, mas acompanha o desenvolvimento e o funcionamento positivo num conjunto de áreas de vida (pessoal, interpessoal e social) e de domínios de funcionamento (cognitivo, afectivo-emocional e motivacional)" (p. 480), para o BES, é um critério, isto é, uma motivação fundamental para o bem-estar. Ao invés, o BES é composto por determinados indicadores sócio-culturais, que lhes servem de medida: "o Bem-Estar Subjectivo centra-se numa perspectiva hedónica, na identificação do nível de felicidade e satisfação dos indivíduos e procura identificar as condições sócio-demográficas, políticas e culturais que lhe estão associadas." (Novo, 2005, p. 479).

Embora o campo de pesquisa acerca do Bem-Estar Subjectivo seja relativamente recente, nas últimas duas décadas ele tem sofrido um rápido crescimento (Diener & Seligman, 2009; Diener & Suh, 1997; Lucas, 2007; Lucas et al., 2008; Schwarz & Strack, 1999; Vella-Brodrick, Park, & Peterson, 2009). A satisfação com a vida e a felicidade afirmaram-se como indicadores dominantes a partir de então e, segundo Diener, Oishi e Lucas (2003), o Bem-Estar Subjectivo define-se por aquilo a que as pessoas chamam de felicidade ou satisfação. A investigação na área da Psicologia Positiva teve um súbito desenvolvimento na década de 90 como resultado da valorização do conceito na Saúde Mental dos indivíduos e, consequentemente, as virtudes humanas ou *strengths* como a inteligência, o optimismo, a auto-eficácia, a resiliência, a sabedoria, a empatia, a cooperação, a tolerância, a compaixão, entre outros conceitos, passam a atrair a atenção de muitos investigadores (e.g., Aspinwall & Staudinger, 2003), surgindo vários estudos que exploram a relação entre o BES e as diferentes virtudes humanas.

No nosso panorama Português, a investigação sobre o BES é ainda diminuta, não obstante contamos com trabalhos de revisão sobre qualidade de vida (Ribeiro, 1998), felicidade (Oliveira, 2000) e Bem-Estar Subjectivo (Simões et al., 2000) e alguns estudos empíricos no âmbito do BES (Galinha, 2008; Novo, 2003).

Actualmente, é consensual na literatura definir o Bem-Estar Subjectivo como um conceito complexo que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva, caracterizado pela multiplicidade na sua avaliação (i.e., julgamentos globais, relatórios de humor momentâneos, medidas fisiológicas, expressão emocional) e variedade nos seus níveis de análise (Galinha, 2008). A dimensão cognitiva engloba um juízo avaliativo, normalmente exposto em termos de satisfação com a vida, quer ao nível global ou específico, quer ao nível do momento presente ou num período mais longo (Diener et al., 2003). De forma geral, as avaliações que os indivíduos fazem incluem as reacções emocionais das pessoas aos eventos de vida, o seu humor, julgamentos acerca da satisfação com a sua vida, de forma global, e em domínios específicos, como o trabalho ou o casamento (Diener et al., 2003). Para medir a dimensão global do conceito é comummente utilizada a Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction With Life Scale*; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Contudo, outras medidas têm sido também utilizadas, quer no que toca à dimensão global, como por exemplo medidas de item único (e.g., *Gurin Scale*; Gurin, Veroff, & Feld, 1960), quer no que diz respeito a domínios específicos ou também chamadas de medidas multi-itens (e.g., *Life Satisfation Inventory*; Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961; cit. por Diener, 2009). Por sua vez, a dimensão afectiva é exposta em termos dos seus pólos positivo e negativo, expressa em termos globais, de felicidade, ou também em termos específicos, através das emoções (Diener et al., 2003). Neste contexto, podemos também falar em BES como traço e BES como estado porque existe estabilidade e mudança no BES (Galinha, 2008). Para medir a dimensão afectiva em termos globais têm sido frequentemente utilizadas medidas de felicidade (e.g., *Mood Survey*; Underwood & Framing, 1980; cit. por Diener, 2009) e em termos específicos, por exemplo, a PANAS (*The Positive and Negative Affect Schedule*; Watson, Clark & Tellegen, 1988).

Segundo Diener e os seus colaboradores (2003) "Cada um dos construtos deve ser entendido isoladamente, embora se correlacionem substancialmente, sugerindo a necessidade de um factor de ordem superior" (p. 211), pelo que devem ser medidas e estudadas individualmente. Também McCullough, Heubner e Laughlin (2000) falam de um modelo tripartido do bem-estar, constituído por três componentes intercorrelacionadas mas separadas: a satisfação com a vida global, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo. Para Galinha (2008) as dimensões cognitiva e afectiva do BES revelam-se amplamente correlacionadas e só há bem pouco tempo se tem vindo a compreender a relação entre as várias componentes envolvidas no conceito. Por exemplo, Västfjäll, Gärling e Kleiner (2001) notam que o estado de humor "actual"

pode afectar os julgamentos cognitivos acerca do BES global e, por isso, também com ele relacionado. Vários autores têm vindo a validar o grau de relação entre as diferentes medidas do BES (e.g., Busseri, Sadava, & Decourville, 2007; Lyubomirsky et al., 2006; Schimmack, 2003; Schneider & Schimmack, 2009).

Se é verdade que uns autores defendem uma relação entre as diferentes componentes do BES, outros estudos apontam para a independência entre o julgamento afectivo e o julgamento cognitivo (e.g., Zajonc, 1980), e ainda outros, para um balanço de afecto (e.g., Diener, Sandvik, & Pavot, 1991; Gutiérrez, Jiménez, Hernández, & Puente, 2005; Schimmack, 2003). A mesma diversidade de resultados sugere que as diferentes dimensões do BES se relacionam entre si, embora mostrem também algum grau de independência constituindo, por isso, dimensões do BES. A par da controvérsia em torno da relação entre as dimensões do BES, constitui um facto que a relação entre as três componentes do BES não foi ainda clara e sistematicamente investigada. Segundo Sandvik e colaboradores (1993; cit. por Galinha, 2008), as medidas de auto-resposta revelam relações significativas entre si e com outras medidas do BES, como por exemplo, o autoconceito geral. Lucas e os seus colaboradores (1996) referem que quando diferentes métodos de avaliação são usados para medir diferentes componentes do BES, as diferentes medidas do mesmo construto tendem a estar mais fortemente relacionadas do que as medidas de diferentes construtos avaliadas por métodos similares. Quer isto dizer que diferentes níveis de medida do BES possuem impacto diferente na forma como as componentes se relacionam entre si, deixando importantes sugestões acerca da metodologia utilizada para medir os construtos que o definem.

Subjacente a esta divisão ou delimitação do conceito encontram-se também as próprias abordagens e teorias explicativas. Inicialmente, o campo de pesquisa acerca do Bem-Estar Subjectivo foi dividido segundo duas grandes perspectivas, as teorias *top-down* e as teorias *bottom-up*. Nas primeiras é defendido que a personalidade e os factores cognitivos e afectivos possuem influência no BES. De acordo com as mesmas, por exemplo, as pessoas são felizes porque possuem determinados traços ou características de personalidade (i.e., extroversão, abertura, conscienciosidade). Nas segundas, pelo contrário, é defendido que são as variáveis sócio-demográficas, os eventos e as circunstâncias de vida que têm influência no BES. Nesta perspectiva as pessoas são felizes porque se encontram inseridas em ambientes ou condições favoráveis. A actividade social, por exemplo, está associada com um elevado Afecto Positivo (Emmons, Diener, & Larsen, 1986; Pavot, Diener, & Fujita, 1990; Watson, 1988). No seu revés, outros estudos (e.g., Campbell et al., 1976; Diener & Larsen,

1993; Crawford & Henry, 2004; Okun & George, 1984) defendiam que características sócio-demográficas como a idade, a educação, o Género, a inteligência e outros tipos de recursos parecem não afectar significativamente os níveis médios de bem-estar. Diener e Larsen (1993) reforçam que a única variável demográfica que está forte e negativamente relacionada com o BES é o desemprego, sendo que o casamento mostra uma correlação consistente, contudo pequena.

A questão que se colocava inicialmente no meio académico e científico era então: *"A Felicidade é um traço ou um estado?"* Segundo Diener e os sues colaboradores (2003) a saúde, o rendimento, a Escolaridade e o Estado Civil apenas explicam uma pequena parte da variância nas medidas do BES, sugerindo a necessidade de integrar outros factores, como variáveis personológicas, para explicar a sua variabilidade. Se, por um lado, as teorias *bottom-up* defendiam que o bem-estar era o resultado da soma de acontecimentos e situações em determinados domínios como o casamento, o rendimento, o trabalho, entre outras, contribuindo para o desenvolvimento de um sentido global de Bem-Estar Subjectivo. Ou seja, as pessoas utilizavam julgamentos acerca dos diferentes domínios das suas vidas para avaliar o seu bem-estar global. Por outro, as determinantes individuais, como os estados afectivos, cognitivos ou outras variáveis personológicas mostravam a sua influência e explicavam a maior parte da variância na avaliação que os indivíduos faziam acerca do seu BES (Gutiérrez et al., 2005). Por outras palavras, uma pessoa feliz não era aquela que experienciava em maior frequência emoções e estados afectivos positivos e, em menor frequência, emoções e estados afectivos negativos, mas antes, aquela que vê os diferentes aspectos e domínios da sua vida como mais positivos do que realmente são (Kesebir & Diener, 2009). O que estes estudos nos vêm dizer é que as predisposições genéticas parecem contribuir para as diferenças encontradas no bem-estar entre os diferentes indivíduos. Por sua vez, Bostic e Ptacek (2001) encontraram variabilidade intraindividual no BES após um período de 10 semanas, onde as variáveis da personalidade explicavam apenas 12% da variância na variabilidade no BES.

Apesar da evidência que diz respeito às medidas de estabilidade (Busseri et al., 2007) e de hereditariedade da felicidade nos fazerem concluir que a felicidade não pode mudar, estudos mais recentes (e.g., Lucas, 2007), nomeadamente que usam a adaptação aos eventos de vida, alteram estas conclusões, salientando variáveis contextuais e situacionais na explicação da variabilidade no BES, permanecendo ainda actualmente o debate no meio académico e científico.

Em suma, colocar a questão da felicidade, em termos de perspectiva "interna" ou "externa" ao indivíduo parecia limitador, pois nenhuma perspectiva, só por si, parece suficiente para explicar a variabilidade do BES necessitando, por conseguinte, um do outro numa complementaridade recíproca (Schwarz & Strack, 1999).

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Primeiro Capítulo: Bem-Estar Subjectivo

"Research exploring happiness and its predictors is important because it illuminates factors that foster optimal psychological functioning."
(Gallagher & Vella-Brodrick, 2008, p. 1552)

1. Definição de Conceitos

1.1 Afecto Positivo e Afecto Negativo

À semelhança do que acontece na conceptualização do termo e delimitação do campo de estudo do Bem-Estar Subjectivo, a amplitude, a complexidade e a variedade de níveis de análise e aplicação atribuem ao afecto, quer enquanto conceito, quer enquanto campo de estudo, uma forma intrincada e uma tonalidade difusa.

Humor, afecto e emoção são termos que, por vezes, tendem a ser utilizados como sinónimos, quando, ainda que possam estabelecer alguma relação de partilha entre si, são considerados coisas distintas, mais não seja pelas diferenças na sua dimensão temporal: o humor é conceptualizado como integrando estados emocionais mais duradouros (e.g., ansiedade, depressão); o afecto, estados emocionais mais curtos; e as emoções, como acontecimentos emocionais que reúnem um misto de eventos emocionais breves, humor prolongado e predisposições estáveis de determinados estados emocionais (Bates, 2000; Stone, 1997).

Tem sido defendido, em certo consenso, que as emoções fazem parte de um campo de estudo mais alargado que é o afecto (Watson & Clark, 1994). Por sua vez, a investigação acerca do afecto tem mostrado sistematicamente que as emoções são complexos sistemas multicomponentes e dinâmicos, que simultaneamente alteram padrões de pensamento, comportamento, experiência subjectiva, comunicação verbal e não-verbal e a actividade fisiológica (Fredrickson & Losada, 2005; Izard, 2009).

Assim sendo, outra distinção que encontramos na literatura entre emoções e afecto acrescenta que às primeiras é reconhecida uma certa visibilidade, que o afecto "esconde" por constituir a representação cognitiva ou a experiência subjectiva das

mesmas (Avia, 1997). Daimond e Aspinwall (1998) distinguem que as emoções são padrões de resposta que o indivíduo desenvolve ao longo da vida perante situações diversas e que envolvem um estado subjectivo sentimental, um processamento cognitivo e informacional, um comportamento expressivo ou motor, uma motivação e uma resposta fisiológica (Cacioppo & Gardner, 1999; Lucas, Diener, & Larsen, 2003; Stone, 1997). Russell (2003) explica que o afecto central ou principal tem como função providenciar informação ao indivíduo acerca do valor dos estímulos envolventes (*pleasure/displeasure and arousal*).

Próximo do conceito de afecto, encontramos o conceito de felicidade, frequentemente utilizado para medir a dimensão afectiva do Bem-Estar Subjectivo. Argyle e Martin (1991) defendem que a felicidade pode ser definida segundo três componentes, a saber: a frequência e grau de Afecto Positivo; a satisfação com a vida ao longo de um determinado período; e a ausência de sentimentos negativos, como a ansiedade e a depressão. Nesta perspectiva, a felicidade mais não é do que aquilo que foi designado pelo meio académico e científico de Bem-Estar Subjectivo. No entanto e, segundo Galinha (2008), o mesmo conceito distingue-se do conceito de afecto pelo seu nível de análise. Ou seja, a felicidade constitui uma medida global da avaliação da dimensão afectiva do BES, enquanto o afecto, em si mesmo, constitui uma medida específica. Ainda que passíveis de complementaridade, e enquanto a perspectiva hedónica (e.g., Fredrickson, 2001) concebe a felicidade como a obtenção momentânea de prazer ou a vivência prazerosa, para a perspectiva eudaimónica (e.g., Nakamura & Csikszentmihalyi, 2003) a felicidade traduz-se na expressão das virtudes humanas e no desenvolvimento do potencial e da identidade própria.

Com efeito, na literatura encontramos uma definição de afecto mais ou menos consensual como componente emocional do Bem-Estar Subjectivo (Diener, 2000; 2009). Existe ainda um acordo no que toca à relevância do estudo do afecto e dos seus determinantes, em particular para a Psicologia: numa lógica de afecto estado, tido como permeável à influência de factores ambientais e contextuais, as emoções fazem parte da vivência de qualquer indivíduo; na óptica de humor, permite avaliar situações clínicas e psicopatológicas (e.g., depressão, mania, ansiedade, pânico) e intervir em termos psicoterapêuticos (Safran & Muran, 1998); e ainda, numa perspectiva de afecto traço, contribui para o estudo de aspectos menos susceptíveis de mudanças ambientais, como os aspectos da personalidade (Bates, 2000; Stone, 1997). Enquanto o afecto estado pode ser medido através de emoções, em intensidade e frequência, tanto positivas, como negativas; o afecto traço encontra-se, mais frequentemente associado a medidas da personalidade. Neste último caso, é

também frequente utilizarem-se as mesmas medidas de emoções, alterando, com efeito, a sua análise ou descrição temporal. Embora as medidas utilizadas dependam dos objectivos de cada investigação, o mais vulgarmente utilizado são as medidas de auto-resposta que medem a percepção individual acerca da intensidade e frequência do seu afecto (e.g., *Affect Intensity Measure*; Larsen, 1983; *Affectometer*; Kammann, & Flett, 1983, cit. por Diener, 2009), ao nível episódico, de curto termo ou de longo termo (*The Positive and Negative Affect Schedule* – PANAS; Watson et al., 1988) ou no balanço entre Afecto Positivo e Afecto Negativo (e.g., *Affect Balance Scale*; Bradburn, 1969). A Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS, Watson et al., 1988) é o instrumento mais comummente utilizado para medir a frequência de emoções, quer positivas quer negativas. Esta medida concretiza-se posteriormente em duas dimensões centrais: o Afecto Positivo e o Afecto Negativo podendo, de igual forma, ser medido em termos de traço, estado ou disposicional (Watson et al., 1988).

Dentro do campo de estudo do afecto, e subjacente à sua delimitação, encontram-se duas principais perspectivas - a perspectiva do afecto específico e a perspectiva dimensional. Na primeira perspectiva (e.g., Barrett, 2006; Izard, 2009), o afecto é visto como tendo características e respostas fisiológicas específicas. Pense-se, por exemplo, na alegria, na atenção, no medo ou na tristeza. Aqui, as emoções são entendidas como independentes umas das outras. Estas emoções básicas têm a sua origem no substrato neurobiológico filogenético e têm como função ajudar a organizar e a incentivar uma resposta rápida e critica para a sobrevivência e bem-estar, sendo por definição, inerentes ao desenvolvimento ontogenético do indivíduo (Izard, 2009). Abe e Izard (1999) acrescentam que as emoções, e não apenas as básicas, têm distintas propriedades motivacionais e servem funções adaptativas específicas. A explicação para tal facto parece estar na activação da componente avaliativa-neuronal (*neural-evaluative component*) activada durante a experiência emocional e que, por sua vez, organiza a expressão comportamental, fisiológica, perceptiva e cognitiva particular de forma a facilitar a resposta adaptativa por parte do indivíduo a um determinado evento (Abe & Izard, 1999). Ainda nesta perspectiva são comummente distinguidos dois tipos de emoções: num nível superior as interpessoais (e.g., amor) e num nível inferior as não-interpessoais (e.g., entusiasmo) (Shaver, Schwartz, Kirson, & O'Connor, 1987).

Na perspectiva dimensional (e.g., Tellegen, Watson, & Clark, 1999a), a qual que tem recebido maior atenção nas últimas décadas (Schmukle et al., 2003), as emoções são entendidas numa abordagem segundo duas dimensões centrais (Afecto Positivo e Afecto Negativo), formando um círculo com as respectivas dimensões

colocadas de forma perpendicular. Por sua vez, Tellegen e os seus colaboradores (1999a) acrescentam às suas dimensões centrais mais dois pares de dimensões: prazer vs desprazer e alta vs baixa activação (*Arousal*). Esta última constitui a expressão do Modelo Circular de Watson e Tellegen (1985; cit. por Tellegen et al., 1999a) e é também aquela que serve de fundamento teórico à construção da PANAS (*The Positive and Negative Affect Schedule*). Ainda assim, e de forma geral, podemos descrever o Afecto Negativo como sendo constituído por construtos como ansiedade traço, neuroticismo ou desajustamento que incluem uma variedade de estados emocionais negativos como medo, culpa, vergonha ou tristeza e, por sua vez, o Afecto Positivo como um conjunto de estados emocionais positivos como excitação, atenção, energia, actividade ou euforia que, em conjunto dizem respeito ao entusiasmo com a vida. Enquanto o primeiro corresponde um factor geral de *distress* subjectivo, o segundo associa-se a um factor de Bem-Estar Subjectivo (Clark, Watson, & Leeka, 1989). Os mesmos autores acrescentam que baixos níveis de Afecto Negativo são caracterizados por sensações de calma e relaxamento, enquanto baixos níveis de Afecto Positivo são caracterizados por sensações de letargia e cansaço. Para Galinha e Ribeiro (2005b): "O Afecto Positivo refere-se à frequência de emoções positivas num indivíduo (emoções como orgulho, interesse) enquanto o Afecto Negativo se refere à frequência das emoções negativas (como perturbação, hostilidade). Deste modo, as pessoas que demonstram um bem-estar positivo experienciam uma preponderância de emoções positivas em relação às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo." (p. 211).

A respeito desta última perspectiva, e subjacente à estrutura factorial da PANAS (Watson et al., 1988), há autores que têm sugerido um modelo integrador ou hierárquico, constituído por factores latentes, como sendo o modelo mais adequado para explicar o afecto; outros, um modelo ortogonal, constituído por dois factores independentes, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo. No primeiro modelo, os autores defendem que o afecto é constituído segundo uma hierarquia emocional, onde no nível superior se encontram a valência dos estados afectivos (i.e., Afecto Positivo e Afecto Negativo) e, num nível inferior, o seu conteúdo específico (i.e., qualidades distintas de cada estado afectivo expresso em emoções específicas distintas) (Watson & Clark, 1994). Embora sejam evidentes divergências entre as diferentes análises factoriais, vários estudos têm contribuído para a crescente evidência do modelo hierárquico (e.g., Gaudreau, Sanchez, & Blondin, 2006; Mehrabian, 1997; Schmukle et al., 2003).

No segundo modelo, mais acérrimo, os autores defendem unicamente o modelo de dois factores ortogonais, Afecto Positivo e Afecto Negativo, como sendo

aquele que melhor caracteriza e mede a estrutura do Afecto (e.g., Terracciano, McCrae, & Costa, 2003; Watson et al., 1988). Nos últimos tempos, a PANAS tem sido alvo de diversos estudos e o consenso quanto à sua estrutura está longe de ser claramente compreendido e empiricamente validado (Crawford & Henry, 2004; Harmon-Jones, Harmon-Jones, Abramson, & Peterson, 2009; Schmukle, Egloff, & Burns, 2002), já que a própria estrutura do conceito afecto, no seu sentido global, está também por definir e clarificar.

Se é certo que o Afecto integra duas dimensões com polaridades diferentes – Afecto Positivo e Afecto Negativo – não menos verdade é que permanece a controvérsia no que tange a relação entre eles. Alguns autores defendem a independência entre as dimensões Afecto Positivo e Afecto Negativo e realçam a bipolaridade da sua estrutura (e.g., Andrews & Withey, 1976; Barrett & Russell, 1998; Bradburn, 1969; Dowd et al., 2009; Goldstein & Strube, 1994; Jones & Fox, 1992; Kercher, 1992; MacLeod, Anderson, & Davies, 1994; Patrick & Lavoro, 1997; Potter, Zautra, & Reich, 2000; Schimmack, 2003; Smith & Christensen, 1996; Tellegen, Watson, & Clark, 1999b; Watson & Clark, 1992a; 1994; Yik & Russell, 2003; Yik, Russell, & Barrett, 1999). A corroborar a hipótese de independência, os trabalhos de Stein (1964) sugerem evidência neurofisiológica que apoia o funcionamento de diferentes áreas do cérebro para o Afecto Positivo e para o Afecto Negativo.

Outros, ao invés, preferem falar em multidimensionalidade do afecto (e.g., Gaudreau et al., 2006; Schmukle et al., 2003), de correlações inversas ou de unipolaridade (e.g., Crawford & Henry, 2004; Green & Salovey, 1999; Rafaeli & Revelle, 2006; Watson, Wiese, Vaidya, & Tellegen, 1999), ou mesmo de correlações directas (e.g., Harmon-Jones et al., 2009). Neste contexto, o modelo de Green, Goldman e Salovey (1993; cit. por Green & Salovey, 1999) veio trazer novos contributos à compreensão da estrutura e dos modelos do conceito de afecto. O que os autores propõem é que existem erros de medida (*acquiescence effect*) associados às análises estatísticas e, como tal, as correlações próximas de zero entre Afecto Positivo e Afecto Negativo, são meros "artefactos estatísticos". Nos seus estudos, apontam correlações negativas entre as suas dimensões e defendem que a estrutura do afecto não subsiste numa "relativa" independência, mas correlacionam-se substancialmente. Tellegen e os seus colegas (1999b) testaram posteriormente o modelo proposto pelos autores e, controlando os erros de medida, verificaram dados que apoiam o modelo hierárquico do afecto. Num dos seus estudos, os autores (Tellegen et al., 1999b) aferiram que os dois factores são compostos por estados emocionais distintos e concluem que as dimensões do afecto estado não são,

necessariamente, independentes ou ortogonais, mas podem correlacionar-se ou estruturar-se hierarquicamente segundo três ordens de factores: o primeiro constituído por nove dimensões de afecto, o segundo pela activação positiva e activação negativa e o terceiro pela felicidade (*happiness*) e tristeza (*unhappiness*). Também Harmon-Jones e os seus colaboradores (2009) mostram-nos eloquentemente que o Afecto Positivo, medido pela PANAS, pode ser aumentado através da manipulação da indução do estado emotivo raiva. Segundo os mesmos autores, este aumento pode ser devido ao facto dos itens que constituem a Sub-Escala Afecto Positivo da PANAS reflectirem, ao invés de uma positividade, uma abordagem motivacional e que pode ser negativa na sua valência.

Por fim, e na procura de explicações alternativas para a divergência e disparidade de resultados, outros autores apontam questões metodológicas (i.e., medidas utilizadas, amplitude temporal a que se referem os relatos, entre outras), culturais ou de Género, e a interferência de variáveis potencialmente mediadoras (e.g., Bagozzi, Wong, & Yi, 1999; Diener & Emmons, 1984; Egloff, 1998; Keyes, 2000; Reich, Zautra, & Potter, 2001; Schimmack, 2003; Schmukle et al., 2002). Por exemplo, em termos de frequência de afecto, as correlações entre o Afecto Positivo e o Afecto Negativo encontram-se alta e inversamente relacionadas, enquanto em termos de intensidade, as relações são positivas e elevadas (r=.70). Pelo contrário, se ambas as medidas forem utilizadas na mesma escala, é esperado que o Afecto Positivo e o Afecto Negativo se mostram praticamente independentes (Diener et al., in press; cit. por Diener, 2009). Um interessante dado verificado por Stone (1997), através da análise de estudos longitudinais, foi de que "quando a frequência é medida sobre longos períodos de tempo (afecto traço), então o Afecto Positivo e o Afecto Negativo tendem a relacionar-se negativamente. Se, por outro lado, é medida a intensidade do Afecto Positivo e do Afecto Negativo, então as escalas revelam-se independentes. Contudo, e no caso de o afecto ser medido em relação a períodos de tempo curtos (afecto estado), a relação entre as variáveis, quer em termos de intensidade quer em termos de frequência, é elevada e inversa, sendo a relação mais forte quanto mais curtos (momentâneos) forem os períodos de tempo definidos" (pp. 117).

Como vimos, o conceito de afecto reúne um vasto campo de estudo, como o sejam: o afecto estado, afecto traço, afecto disposicional e o humor. Podemos resumir a experiência afectiva segundo a sua qualidade (prazer vs desprazer), o tipo (humor vs emoção) e o seu aspecto (frequência, intensidade e duração). As dimensões do afecto são diversas e todas elas parecem contribuir de formas também diferentes para as diferentes medidas do BES. No presente estudo, serão consideradas as dimensões

Afecto Positivo e Afecto Negativo nas suas componentes traço medidas através da PANAS (*The Positive and Negative Affect Schedule*; Watson et al., 1988).

2. Teorias e Factores explicativos do BES

2.1 Teorias e Factores Biológicos

As teorias e os factores biológicos foram inicialmente a égide sob a qual se determinou a pesquisa no BES. Lykken e Tellegen (1996) realçam que a hereditariedade explica pelo menos 50% da variabilidade do Bem-Estar Subjectivo. Tendo em conta que a personalidade é relativamente estável ao longo do tempo e que os factores genéticos moderam em parte a sua expressão, os autores sugerem que o BES é primeiramente determinado por predisposições genéticas. A corroborar os mesmos dados, Davidson (1993) mostra-nos que diferenças individuais no traçado EEG frontal reflectem e predizem importantes aspectos no estilo afectivo de cada indivíduo. Especificamente, os indivíduos com activação extrema e estável frontal esquerda parecem menos predispostos a níveis de Afecto Negativo do que indivíduos com activação emocional direita. Em concordância com o pressuposto de que os sistemas de emoções positivas e negativas são diferentes e encontram-se diferentemente associados com a activação hemisférica esquerda e direita respectivamente, estudos neurofisiológicos mostram que as emoções positivas estão positivamente correlacionadas com sistema de activação comportamental e negativamente correlacionadas com o sistema de inibição comportamental (Cacioppo & Gardner, 1999), daí que as emoções positivas incitem à exploração do ambiente externo ao invés do seu evitamento. Apesar dos resultados pouco conclusivos, Clark e seus colaboradores (1989) mostram-nos ainda que os níveis de Afecto Positivo parecem variar ao longo do dia e de acordo com os ritmos biológicos individuais.

Actualmente, muitos investigadores voltam a salientar o papel dos factores biológicos na explicação para os níveis de BES. Pesquisas actuais mostram-nos que variações nos genes receptores de oxitocina parecem ajudar a regular os níveis de Afecto Positivo e Negativo (Lutch et al., 2009); que o ritmo cardíaco é o principal agente da manutenção de emoções positivas (McCraty & Rees, 2009); que a actividade dopaminérgica é o potencial factor que induz ou aumenta os níveis de

Afecto Positivo (Beatty, 1995); ou ainda que o tamanho do cérebro está correlacionado com traços de personalidade, como extroversão (Jorm et al., 1997).

Dentro dos factores biológicos, as teorias temperamentais defendem que, dependendo do temperamento, eventos positivos e eventos negativos afectam o Bem-Estar Subjectivo de forma diferente de pessoa para pessoa e em extensões também desiguais (Borkenau & Mauer, 2007). Nesta perspectiva, é sugerido que as diferenças biológicas e hereditárias predispõem os indivíduos para um maior ou menor Afecto, neste caso, Positivo, contribuindo então para a preponderância da perspectiva *top-down,* por oposição à perspectiva *bottom-up*, na explicação do BES.

São três os campos de estudo em que estas teorias se têm vindo a focar, a saber: (a) níveis de Afecto e de cognição básicos do BES; (b) reactividade emocional; e (c) processamento cognitivo da informação emocional (Diener et al., 2003). No primeiro, podemos encontrar os autores pioneiros que estabeleceram uma relação entre as teorias *bottom-up* e as teorias *top-down*. Quanto à reactividade emocional dos indivíduos, é defendido que determinadas características da personalidade fazem com que os indivíduos reajam aos estímulos consoante as suas características da personalidade (Rusting & Larsen, 1998). Contudo, as diferenças encontradas na forma como os indivíduos reagem aos diferentes eventos ou estímulos mostram uma percentagem de co-variância entre a personalidade e o BES reduzida e não sem algumas objecções. Por exemplo, Garcia e Siddiqui (2009), num estudo levado a cabo com 135 adolescentes, verificaram que o bem-estar psicológico predizia a satisfação com a vida para todos os temperamentos, excepto para aqueles com temperamentos auto-realizados (*"self-actualizing"*), caracterizados por altos níveis de Afecto Positivo e baixos níveis de Afecto Negativo. Por fim, e relativamente ao processamento cognitivo da informação emocional, existe evidência de que os indivíduos são mais propensos para perceber, atender e memorizar informação emocional congruente com as suas características da personalidade, mais do que informação incongruente (Diener et al., 2003). Na mesma linha, um interessante contributo para esta explicação retoma um estudo de Gray (1987) que nos diz que os indivíduos mais extrovertidos parecem mais sensíveis a sinais de recompensa, o que resultaria num maior Afecto Positivo que, por sua vez, continuava a fazê-los aproximar-se de estímulos-recompensa. Pelo contrário, indivíduos mais neuróticos parecem mais sensíveis a sinais de punição. Os mesmos resultados ajudam-nos a explicar por que determinados indivíduos parecem experienciar mais frequentemente emoções positivas do que outros. Neste sentido, pessoas ditas "mais felizes" percebem a informação positiva de forma mais rápida, retêm a informação positiva na memória durante mais tempo, atendem a essa

informação mais intensamente ou interpretam estímulos ambíguos de forma mais favorável do que as pessoas ditas "menos felizes" (Borkenau & Mauer, 2007).

2.2 Teorias e Factores Sócio-Demográficos

Variáveis sócio-demográficas, tais como a idade, o Género, a conjugalidade, a Situação financeira e Profissional têm-se assumido indicadores relevantes na pesquisa acerca do BES. Vários estudos tentaram explicar a sua variabilidade com base nestes factores e embora seja evidente a sua menor influência comparativamente a factores temperamentais e da personalidade, em determinadas circunstâncias, podem exercer substancial importância (Diener, 2000).

Vejamos alguns dos resultados empíricos dentro desta área de estudo. Por exemplo, é defendido que as diferenças de Género se encontram associadas à intensidade do BES e não à sua variabilidade (Galinha, 2008). Tem sido um consenso relativamente geral o facto de que indivíduos do Género masculino são aqueles que reportam níveis mais elevados de satisfação com a vida e também aqueles com maiores níveis de Afecto Positivo comparativamente aos indivíduos do Género feminino (Diener, Suh, & Oishi, 1997; Kelly, et al., 2008). Por seu turno, é defendido que indivíduos do Género feminino parecem perceber significativamente mais stresse e ansiedade (Wijndaele et al., 2007), mostram valores mais elevados em neuroticismo e depressão (Kelly, et al., 2008) e que reportam maiores níveis de Afecto Negativo (Cameron, 1975; Diener et al., 1997) comparativamente aos indivíduos do Género masculino. Porém, Gutiérrez e seus colegas (2005), controlando o efeito da variável neuroticismo, verificaram que os indivíduos de Género feminino parecem obter valores mais baixos de Afecto Negativo e valores mais altos no balanço de afecto comparativamente aos indivíduos do Género masculino. Lee, Seccombe e Shehan (1991), ao invés, sustentam que os elevados níveis de Afecto Negativo e Afecto Positivo registados nos indivíduos do Género feminino se equilibram, o que resultaria em níveis de BES global iguais aos dos indivíduos do Género masculino. É por esta razão que é defendido que os níveis globais de felicidade e satisfação com a vida apontam pequenas diferenças entre os géneros (Andrews & Withey, 1976; Campbell et al., 1976; Gurin et al., 1960).

Os resultados relativos à influência da idade nas medidas do BES parecem ser pouco claros acerca da sua preponderância. Os primeiros estudos acerca do efeito deste factor no BES apontavam que indivíduos mais jovens eram mais felizes do que

indivíduos mais velhos (e.g., Kuhlen, 1948). Estudos posteriores (e.g., Spreitzer & Snyder, 1974) mostram que não haveria influência da idade no BES; outros apontam uma relação positiva entre a idade e a satisfação com a vida (e.g., Medley, 1980); ou ainda quando variáveis de personalidade, como a extroversão e a abertura, são controladas, a influência daquela variável deixa de ser significativa (Gutiérrez et al., 2005). Recentemente, Diener e seus colegas (in press, cit. por Diener, 2009) sugerem que indivíduos mais jovens tendem a experienciar níveis mais elevados de entusiasmo, porém indivíduos mais velhos parecem julgar as suas vidas de forma mais positiva comparativamente aos indivíduos mais jovens.

Ainda assim, um consenso relativamente geral é o de que com a idade, a intensidade das emoções parece diminuir (Diener & Suh, 1997), o que poderá ter a ver com uma maior regulação emocional dos indivíduos mais velhos, o que não significa, de todo, que adultos maduros e idosos sejam menos satisfeitos com as suas vidas do que jovens ou adultos (Fung & Tang, 2005). No entanto, resultados de uma meta-análise (Pinquart, 2001) colocam em relevo uma associação não significativa entre a idade e o declínio de Afecto Positivo em adultos de meia-idade, embora nas amostras de adultos maduros (*older adults*) a associação é significativa. No que diz respeito ao balanço de afecto, a relação apresenta-se significativa em adultos de meia-idade e não significativa em adultos maduros. Por sua vez, a associação entre a idade e o aumento de Afecto Negativo nas amostras de adultos de meia-idade parece diminuir, ao passo que nas amostras de adultos maduros aumenta. Factores culturais e contextuais (i.e., pobreza e instabilidade societal), instrumentos de medida das variáveis, *design* da investigação e representatividade das amostras são apontados como possíveis variáveis moderadas dessa mesma relação (Pinquart, 2001). A par dos factores moderadores, o declínio da energia e da reactividade emocional, bem como as perdas associadas à idade e o aumento do isolamento podem ser factores moderadores das associações verificadas entre a idade e o afecto (Levinson, 1990).

Relativamente ao status marital ou Estado Civil os estudos são relativamente consensuais e referem que os indivíduos casados, comparativamente aos solteiros, viúvos ou divorciados são mais felizes e satisfeitos com as suas vidas. Numa revisão de literatura, Easterlin (2005) concluiu que indivíduos que tinham casado eram, por vezes, felizes a longo termo e indivíduos que se tinham divorciado ou separado eram, frequentemente, infelizes. Gutiérrez e seus colaboradores (2005) confirmam os mesmos resultados e apontam que indivíduos com relações estáveis, comparativamente a indivíduos que não têm um parceiro ou uma relação estável, obtêm valores mais elevados em Afecto Positivo, em particular e, no BES, em geral.

Todavia, o status relacional deixa de ser uma variável significativa quando variáveis personológicas, como o neuroticismo e a extroversão, são controladas, fazendo com que a presença ou a ausência de um parceiro seja uma variável que mostra influência apenas no balanço de Afecto (Gutiérrez et al., 2005). Também Lucas, Clark, Georgellis e Diener (2003) sugerem que indivíduos casados são, em primeiro lugar e antes de casarem, mais satisfeitos com a vida comparativamente aos não casados, o que coloca em causa a hegemonia desta variável na predição do BES sugerindo, ao invés, factores da personalidade como potenciais variáveis explicativas.

Quanto ao Grau de Escolaridade, os autores (Palmore, 1979; Spreitzer & Snyder, 1974) referem que os efeitos da educação no BES não mostram valores significativos. Diener e os seus colegas de trabalho (1997) defendem, ao invés, que a escolaridade se relaciona mais significativamente com o Bem-Estar Subjectivo em indivíduos com baixos rendimentos e em países mais pobres.

Por sua vez, a influência do rendimento económico no bem-estar parece ser representada de forma curvilínea (Arglye, 1999). No estudo levado a cabo por Wijndaele e a sua equipa de investigação (2007) os resultados evidenciam que um baixo estatuto sócio-económico é um importante preditor do stresse, ansiedade, depressão e outras perturbações. Se, por um lado, o rendimento parece constituir-se uma variável com peso substancial no BES, por outro, não mostra influência ou se têm, é apenas indirecta, através de variáveis como valores e crenças pessoais dos indivíduos (Georgellis, Tsitsianis, & Yin, 2009). Uma interessante conclusão parece ser a de que os indivíduos ricos são apenas ligeiramente mais felizes do que os indivíduos pobres, sendo que essa correlação é maior entre indivíduos de países menos ricos do que entre indivíduos de países ricos (Diener & Seligman, 2009). No entanto, quando necessidades básicas se encontram insatisfeitas, o rendimento deixa de exercer uma influência significativa nessa relação (Freedman, 1978). Controversamente, indivíduos de países ricos mostram-se significativamente mais felizes do que indivíduos de países pobres (Galinha, 2008). Ainda neste sentido, alguns autores encontraram correlações de .50 a .70 entre o rendimento *per capita* e o bem-estar entre diferentes nações (Diener & Seligman, 2002). Curiosamente, quando variáveis como políticas de governo, direitos humanos e indicadores de saúde são controlados, estas correlações deixam de ser significativas (Helliwell, 2006).

Por fim, podemos ainda referir os estudos acerca do status profissional e da ocupação vs desemprego que parecem afectar as várias componentes do BES e outras que lhes estão relacionadas, como a auto-estima, a apatia, a satisfação com o salário, a saúde e a habitação (Arglye, 1999). Cenkseven-Onder e Sari (2009)

verificaram que o satus nos Professores de Ensino Básico, em conjunto com outras variáveis como o *curriculum*, o *burnout* e o *Coping*, prediziam o BES em 39%, a satisfação com a vida em 23%, o Afecto Positivo em 23% e o Afecto Negativo em 37%. Por seu turno, Fong e Tiedens (2002) no seu estudo com 52 participantes do Género feminino e estudantes universitárias (18 a 23 anos de idade) observaram que mulheres com altos cargos profissionais experienciam ambivalência emocional (i.e., simultaneamente Afecto Positivo e Afecto Negativo).

No que diz respeito ao desemprego, Campbell e colaboradores (1976) observaram que o grupo de desempregados era aquele com menores níveis de felicidade, mesmo quando diferenças no rendimento económico eram controladas. Sabemos ainda que os indivíduos desempregados mostram maiores índices de perturbação mental e menores níveis de BES, comparativamente aos indivíduos que têm uma ocupação ou emprego (Oswald, 1997). Por seu turno, as domésticas, comparativamente às mulheres que trabalham, não evidenciam níveis de menor satisfação com a vida (Arglye, 1999). Mais do que o status profissional, a satisfação com o trabalho parece constituir-se um elevado preditor do BES.

2.3 Teorias e Factores Contextuais

Apesar da combinação dos contributos da personalidade e dos factores sócio-demográficos, mais de metade da variância no Bem-Estar Subjectivo está ainda por explicar (Vella-Brodrick et al., 2009). É neste sentido que psicólogos sócio-cognitivistas têm contribuído para o campo de estudo do BES, analisando influências, tanto directas (e.g., mudanças pessoais) como indirectas (e. g., personalidade), de acontecimentos e circunstâncias de vida nos níveis de BES.

As teorias *Bottom-Up* vieram dar o seu importante contributo ao permitir-nos compreender como factores externos e situacionais influenciam a vivência e a variabilidade do Bem-Estar Subjectivo. Esses factores dizem respeito aos acontecimentos de vida, condições de vida materiais e conjunturas políticas, sociais e culturais envolventes (Galinha, 2008).

Apesar da divergência de resultados no que tange à extensão em que as mudanças pessoais afectam o bem-estar, Diener e a sua equipa de investigação (2003) referem que as circunstâncias de vida e, não apenas os factores da personalidade, influenciam os níveis de BES a longo termo. Seguindo uma metodologia longitudinal, Hansson, Forsell, Hochwalder e Hilleras (2008) especificam

que as mudanças ou acontecimentos de vida afectam o bem-estar a longo termo e não apenas temporariamente, pelo menos numa perspectiva de três anos. O mesmo estudo demonstrou que os sujeitos que experienciaram uma mudança negativa no seu suporte social diminuíram os seus níveis de bem-estar. Também os participantes que viviam sozinhos na altura do *follow-up*, mas que co-habitavam com outra pessoa na *baseline*, viram diminuir os seus níveis de BES. Ao invés, os que estavam na situação contrária obtiveram melhores níveis de BES na altura do *folow-up.* No mesmo sentido, Keyes (2000) mostra-nos eloquentemente que indivíduos que percebem mais mudanças nas suas vidas, quer positivas quer negativas, reportam menores níveis de Afecto Positivo e maiores níveis de Afecto Negativo do que indivíduos que não vêem mudanças nas suas vidas.

Dentro desta perspectiva, duas grandes abordagens têm sido apontadas para explicar os resultados da influência das circunstâncias de vida no BES. Um interessante achado pode resumir-se ao facto de que o impacto das variáveis sócio-demográficas e dos acontecimentos ou circunstâncias de vida diminui à medida que as necessidades básicas dos indivíduos estão asseguradas (Galinha, 2008). E, segundo as teorias da adaptação os indivíduos, com o passar do tempo, habituam-se tanto aos bons como aos maus acontecimentos de vida e, desta forma, as variáveis externas, como os factores sócio-demográficos e os acontecimentos de vida, passam a não ter relevância no BES. Segundo Diener e Diener (1996), se no início o indivíduo reage fortemente ao impacto dos acontecimentos externos, passado algum tempo, e por mecanismos de habituação e comparação com outras situações, o mesmo indivíduo habitua-se ou adapta-se aos mesmos. O pressuposto subjacente é o de que os indivíduos utilizam estratégias e processos activos de reestruturação cognitiva para lidar com o impacto desses mesmos acontecimentos (Diener, 2009).

Podemos, então, concluir que apesar do contributo dos factores da personalidade e da estabilidade do bem-estar ser relativamente evidente, mudanças na situação financeira, no suporte social e a co-habitação influenciam o Bem-Estar Subjectivo.

2.4 Teorias e Factores Afectivos

2.4.1 Teorias do Prazer

As Teorias do Prazer tendem a realçar aquilo que é frequentemente designado por *The Happy Life* ou *The Good Life* (Vella-Brodrick et al., 2009) e concebem a felicidade como um estado, quer em termos de intensidade, quer em termos de frequência. O pressuposto teórico subjacente é de que a felicidade advém de momentos, acontecimentos ou eventos prazerosos ao longo do tempo. Contudo, quer os bons, quer os maus eventos de vida podem afectar o bem-estar e, neste sentido, a adaptação àqueles permite-lhes retomar a sua neutralidade (Cummins, 1995).

Dentro da perspectiva hedónica, Avia (1997) refere que a experiência de Afecto Positivo fomenta e mantém um estado de Afecto Positivo, enquanto a experiência de Afecto Negativo induz e motiva a fuga desses estados. Ao nível teórico, é defendido que picos emocionais positivos são sucedidos por picos emocionais negativos ou de privação emocional, daí que a intensidade do afecto não seja uma variável que contribua para o BES a longo termo. A par do debate acerca da influência da intensidade vs frequência de Afecto Positivo no BES, parece existir algum consenso de que a felicidade é reflectida na frequência de emoções positivas e não na intensidade das mesmas (Diener et al., 1991). Ainda assim, existe evidência empírica de que elevados níveis de Afecto Positivo e baixos níveis de Afecto Negativo estado contribuem positivamente para elevados níveis de BES (Galinha, 2008).

2.4.1.1 Teoria Espiral Ascendente das Emoções Positivas *(The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions)*

Dentro da perspectiva hedónica, destacamos ainda a teoria de Fredrickson (1998; cit. por Fredrickson, 2001) como explicativa da experiência e frequência de emoções positivas, realçando a sua importância no presente estudo. A autora propõe que a capacidade para experienciar emoções positivas pode ser uma virtude humana fundamental e central para o estudo do potencial humano e do seu bem-estar quer físico, quer psicológico, não apenas no momento presente, como também ao longo do tempo (Tugade, Fredrickson, & Barrett, 2004).

Segundo o modelo teórico Espiral Ascendente das Emoções Positivas de Fredrickson (*The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions,* 1998; cit. por

Fredrickson, 2001), enquanto muitas emoções negativas estreitam os reportórios de pensamento-acção do indivíduo mediante uma tendência para a acção específica (e.g., atacar, fugir), muitas das emoções positivas ampliam os reportórios de pensamento-acção dos mesmos, instigando-os a exercer um maior leque de pensamento e acções do que é típico (e.g., brincar, explorar). A explicação para o facto parece ser a de que, numa situação ameaçadora, é necessária uma resposta rápida e decisiva, ao contrário das situações onde, normalmente, experienciamos emoções positivas. Pense-se, por exemplo, no comportamento de fuga quando temos perante nós uma situação ou objecto ameaçador. Estas são chamadas de funções adaptativas das emoções (Izard, 2009).

É nesta lógica que Cohn e Fredrickson (2009) explicam que enquanto as emoções negativas providenciam uma resposta rápida em situações de ameaça, as emoções positivas ocorrem num contexto seguro e controlável para o indivíduo. Acresce, que a tendência para a acção determinada pelas emoções positivas é vaga e não específica, ao contrário de muitas das emoções negativas (Fredrickson & Levenson, 1998; cit. por Fredrickson, 2001). Não obstante, "experienciar emoções positivas muito frequentemente possui um efeito favorável sobre vários processos psicológicos" (Avia, 1997, p. 33). Emoções positivas, como o orgulho, o amor, o interesse, o contentamento, entre outras, possuem um efeito complementar: expandir os reportórios de pensamento-acção, que têm como função fortalecer e desenvolver os recursos pessoais (i.e., comportamentos mais criativos e variados), intelectuais (i.e., expande a percepção e pensamentos flexíveis e criativos) e sociais (i.e., interacção social, maior atenção aos outros) do indivíduo. Estes recursos facilitam o *Coping* em situações adversas e induzem, por sua vez, a experiência de emoções positivas, aumentando assim o bem-estar emocional numa espiral ascendente ao longo do tempo (*The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions)* (Fredrickson, 2001). O interesse, por exemplo, cria uma enorme necessidade para explorar, incorporar nova informação e novas experiências, bem como expandir o *self* ao longo desse processo (Cohn & Fredrickson, 2009). Estas estratégias ou recursos cognitivos ajudam os indivíduos a sair de situações de crise com novas competências de *Coping*, relações interpessoais mais próximas e uma apreciação de vida mais rica o que permitirá ao indivíduo aumentar o seu bem-estar psicológico (Tugade et al., 2004). Além disso, a adequação da experiência de emoções positivas (*positive emotional granularity*) está associada a estilos de *Coping* úteis na gestão do stresse e de situações de ameaça, como por exemplo uma menor automatização da resposta e uma maior reflexão acerca das suas opções comportamentais antes de agir, daí que

indivíduos com uma melhor adequação da experiência emocional positiva pareçam ser mais pró-activos ou orientados para o futuro nas suas respostas de *Coping* do que indivíduos que mostram menor adequação ou regulação da experiência emocional.

No que toca à experiência de acontecimentos negativos, existem indivíduos que tendem a recuperar mais efectiva e rapidamente do que outros, manifestando ser resilientes, por: retirarem um significado mais positivo dessas situações de índole, à partida, negativa; usarem mais frequentemente emoções positivas; utilizarem estratégias de *Coping* como a avaliação positiva dos eventos ou a exploração de comportamento alternativos para gerar emoções positivas; manifestarem uma capacidade mais efectiva para regular a experiência de emoções negativas; e até por mostrarem uma recuperação cardiovascular provocada pela experiência de emoções negativas (i.e., regulam emoções) mais rapidamente do que indivíduos menos resilientes (Tugade & Fredrickson, 2004).

2.4.2 Teorias da Personalidade

As teorias da personalidade têm vindo a explicar, quer directamente (i.e., através de traços da personalidade) quer indirectamente (i.e., através dos eventos de vida), as dimensões afectiva e cognitiva do BES. Vários investigadores têm mostrado que o BES é, frequentemente, estável ao longo do tempo (e.g., Krueger & Schkade, 2008) e tende a manter-se de situação para situação (e.g., Stone, 1997) mesmo tendo em conta o impacto dos eventos de vida, o que parece estar forte e frequentemente correlacionado com traços estáveis da personalidade.

São vários os modelos que podemos salientar como sendo explicativos da relação entre a personalidade e o BES. Desde os modelos geneticistas, passando pelos modelos temperamentais, descritos anteriormente, e dos 5 Factores, até aos interactivos e integradores. O modelo dos 5 factores tem sido um dos modelos mais salientes na pesquisa dentro do campo de estudo do BES. Costa e McCrae (1992; cit. por Pervin & John, 2004) definem que a personalidade é composta por 5 grandes factores ou dimensões universais que, por sua vez, são compostos pelos seus opostos. O neuroticismo opõe-se à estabilidade emocional, sendo constituído por sentimentos negativos como por exemplo, a ansiedade, a irritabilidade e a tristeza. A abertura à experiência descreve a profundidade e a complexidade da vida experimental e mental do indivíduo, opondo-se à baixa abertura à experiência, quando as mesmas são pouco salientes no indivíduo. A extroversão e a amabilidade sintetizam traços interpessoais, mais especificamente, aquilo que o indivíduo realiza

com os outros e para os outros. Os seus opostos são a introversão e a assertividade, respectivamente. Por fim, a conscienciosidade descreve o comportamento direccionado para tarefas e objectivos, assim como o controlo dos impulsos que é exigido pela sociedade. O seu oposto refere-se à espontaneidade. Para os autores, todas as restantes características da personalidade derivam destes *5* grandes factores. Além disso, defendem que os traços centrais da personalidade são endógenos, universais, hierarquicamente estruturados e governados por factores biológicos. As restantes características adaptativas (i.e., interesses, atitudes, hábitos, crenças, entre outras) vão, posteriormente, permitir ao indivíduo lidar com o contexto particular e cultural envolvente.

Costa e McCrae (1980) defendem que algumas componentes do traço extroversão predizem sentimentos positivos e algumas componentes do traço neuroticismo predizem, independentemente, sentimentos negativos. Os mesmos autores vão mais além e acrescentam que as mesmas diferenças individuais da personalidade predizem a experiência de BES num período de 10 anos. Vários estudos e investigadores (e.g., Bostic & Ptacek, 2001; Schimmack, 2003; Burger & Caldwell, 2000; Gutiérrez et al., 2005; Lucas & Diener, 2009; Lyubomirsky et al., 2006; Yik, Russel, & Suzuki, 2003) têm demonstrado que o traço neuroticismo se encontra elevadamente correlacionado com sentimentos negativos (e.g., ansiedade, tristeza ou irritabilidade), mais do que com sentimentos positivos e, por sua vez, o traço extroversão com sentimentos positivos (e.g., alegria, interesse ou entusiasmo) mais do que com sentimentos negativos.

Em comparação com variáveis sócio-demográficas ou outras (e.g., as relações sociais) e, de acordo com a grande parte das investigações nesta área de estudo, os traços da personalidade extroversão e neuroticismo são aqueles que melhor explicam as medidas de BES (Gutiérrez et al., 2005; Libran, 2006; Lucas & Fujita, 2000; Vella-Brodrick et al., 2009; Watson & Clark, 1992b). Ainda assim, outros autores evidenciam que outros traços da personalidade, como o sejam a conscienciosidade ou a amabilidade se mostram igualmente relacionados às medidas de BES (Bostic & Ptacek, 2001; DeNeve & Cooper; 1998; Romero, Villar, Luengo, & Gómez-Fraguela, 2009). Lucas e Fujita (2000) concluem convincentemente que as correlações entre os traços da personalidade e as medidas de BES parecem variar de acordo com a escala de medida utilizada.

Ademais, a explicação para esta divergência de resultados pode estar também naquilo que McCrae e Costa (1991) consideram ser as duas vias pelos quais os traços da personalidade influenciam o BES - a temperamental e a instrumental. Como vimos

inicialmente no presente capítulo, enquanto a primeira diz respeito a aspectos disposicionais da personalidade (i.e., temperamentos), que impelem os indivíduos a reagir de maneira congruente com os acontecimentos e eventos de vida, a segunda prende-se com o facto de determinados traços da personalidade fazerem com que o indivíduo procure determinadas situações (e não outras) que, por sua vez, vão interferir no seu nível de felicidade. Por exemplo, Diener, Sandvik, Pavot e Fujita (1992) verificaram que indivíduos extrovertidos, quer vivendo sozinhos ou com outras pessoas, em grandes cidades ou em áreas rurais e quer trabalhem em ocupações sociais ou não sociais (i.e., individualmente) mostram maiores níveis de felicidade. Os autores concluem que, e independentemente do contacto social, indivíduos extrovertidos tendem a mostrar maiores níveis de felicidade, não porque passam mais tempo em actividade sociais do que os outros indivíduos, mas porque tendem a seleccionar activamente o tipo de ambientes em que se inserem que, por sua vez, fomentam o seu BES. A corroboram a mesma hipótese, Moskowitz e Coté (1995) sublinham que é a congruência comportamental que prediz significativamente o Afecto Positivo. Assim, os indivíduos extrovertidos, por exemplo, não são necessariamente felizes em situações sociais, a não ser que ponham em acção comportamentos congruentes com os traços de extroversão. No entanto, alguns estudos revelam que a relação entre o traço extroversão, por exemplo, e a felicidade é parcialmente mediada por actividades de lazer ou pela afiliação social (Tkach & Lyubomirsky, 2005), fornecendo suporte teórico e empírico para a influência dos acontecimentos e circunstâncias de vida, ao invés dos factores personológicos no BES.

2.5 Teorias e Factores Cognitivos

O optimismo (Carver, Scheier, Miller, & Fulford, 2009), a auto-estima (Ayyash-Abdo & Alamuddin, 2007), a criatividade (Simonton, 2009), a auto-eficácia (Bandura, 1994), a auto-determinação (Wehmeyer, Little, & Sergeant, 2009), a coragem (Pury & Lopez, 2009), o controlo pessoal (Thompson, 2009), a curiosidade e os interesses (Kashdan & Silvia, 2009) são factores que têm vindo a mostrar a sua relevância na pesquisa acerca do BES, quer directa quer indirectamente.

Directamente, tem sido demonstrado que o locus de controlo mostrou-se um perditor do Afecto Positivo em pacientes com cancro (Knappe & Pinquart, 2009); a esperança apresenta uma influência significativa no Afecto Positivo e no ajustamento

psicológico (entre .44 e .39, respectivamente) de pacientes com amputação de membro (Unwin & Clarke, 2009); ou ainda que a auto-estima parece correlacionar-se com a felicidade em .58 em população adulta de idade avançada (Lyubomirsky et al., 2006). Indirectamente, é descrito que os factores cognitivos podem constituir-se como factores protectores de perturbação mental (Lucas et al., 1996); ou ainda que as expectativas parecem exercer um papel significativo no BES de várias formas, nomeadamente através de um apropriado suporte e redes sociais de apoio, do *Coping* activo e da ausência de depressão (Peterson & Chang, 2003).

Dentro da contribução dos factores cognitivos, as teorias do Tipo de Julgamento sustentam que o Bem-Estar Subjectivo pode ser influenciado pelos julgamentos que os indivíduos fazem acerca das suas vidas. E, se alguns autores sugerem que esses julgamentos dependem, em parte, dos objectivos e dos valores pessoais, da cultura e do temperamento individual (Diener & Lucas, 2000); outros argumentam que os padrões de julgamento dependem de fontes de informação como o sejam: o estado afectivo no momento do relato, das expectativas futuras, dos eventos do passado e das comparações sociais (Galinha, 2008). Neste último caso, a satisfação com a vida resultaria de uma comparação entre as realizações pessoais na vida do indivíduo e um conjunto de padrões evocados. Por exemplo, estudos recentes têm apontado uma forte relação entre Afecto Positivo e o significado de vida, componente esta fortemente relacionada com o BES. Características como auto-confiança e a abertura de pensamento parecem facilitar a experiência de significado de vida (Schnell & Becker, 2006). É sugerido que, em parte, ela existe porque o Afecto Positivo facilita a manutenção do foco global cognitivo, levando a pessoa a ver a *"the big picture"* da sua vida (Hicks & King, 2007). A hipótese colocada pelos autores é a de que os indivíduos usam o estado afectivo actual como fonte de informação de julgamentos avaliativos acerca do seu BES (Schwarz & Clore, para uma revisão; cit. por Hicks & King, 2007). Embora a literatura aponte a relação recíproca entre o foco cognitivo global e o Afecto Positivo (Fredrickson, 2001), resultados há que não corroboram a suposição de que o foco cognitivo global e o significado de vida estão relacionados (Hicks & King, 2007). Esta parece ser apenas uma hipótese parcimoniosa, concretizando-se na influência do Afecto Positivo na abertura de pensamento levando o indivíduo a experienciar um senso de significado de vida. Em suma, o Afecto Positivo parece predizer o significado de vida para aqueles indivíduos que têm um estado Afectivo Positivo e não particularmente para aqueles com um processamento aberto da informação. Para os indivíduos que obtiveram elevadas

pontuações no processamento aberto da informação, o significado de vida estava menos relacionado com o Afecto Positivo.

2.6 Teorias e Factores Culturais

As variáveis culturais têm assumido, ao longo dos últimos tempos, uma importância crescente na pesquisa e explicação do BES (e.g., Diener & Biswas-Diener, 2002; Ott, 2005; Tov & Diener, 2009). Para Galinha (2008, p. 153) "os estudos entre diferentes culturas têm procurado analisar um conjunto de variáveis que se correlacionam com a variabilidade do Bem-Estar Subjectivo, em que se destaca a variável individualismo *versus* colectivismo." Num estudo levado a cabo por Oishi e Diener (2001), com população universitária, verificou-se que a persecução de objectivos independentes (e.g., divertimento) não aumentava efeitos positivos no BES nos *Asian Americans*, mas promovia os benefícios no BES nos *European Americans*. Por sua vez, a persecução de objectivos interdependentes (e.g., fazer os outros felizes) tendia a aumentar os efeitos positivos no BES nos *Asian Americans*, enquanto na amostra de *European Americans* diminuía os seus efeitos positivos. Os mesmos autores concluem que a cultura parece ter impacto no BES através dos objectivos que os indivíduos estabelecem e perseguem. Desta forma, diferentes culturas possuem valores também distintos quanto aos objectivos que estabelecem. Em culturas mais individualistas, os objectivos tendem a ser mais independentes, enquanto em culturas mais colectivistas, os objectivos tendem a ser mais interdependentes e este aspecto tem influência na forma como os indivíduos procuram e/ou definem o seu Bem-Estar Subjectivo (Triandis, 1995). Curiosamente, mesmo que não haja diferenças culturais na motivação para determinados objectivos, os preditores do BES variam de cultura para cultura, o que sugere que existem outras motivações ou valores que influenciam o BES que não estão presentes necessariamente a um nível explícito (Oishi & Diener, 2001).

Diener e Seligman (2009) salientam que factores como o capital social, um governo democrático e os direitos humanos constituem indicadores preditores de BES nas sociedades. Se, por um lado, culturas com elevados níveis de BES tendem a mostrar também elevados níveis de altruísmo, cooperação, confiança e atitudes democráticas e vice-versa (Tov & Diener, 2009), por outro, não devemos esperar que todas estas características positivas contribuam da mesma forma para o bem-estar. Por exemplo, Aspinwall e Staudinger (2003) salientam que, em determinadas culturas,

o pessimismo funciona como um mecanismo activo para a resolução de problemas. Ou seja, parte das diferenças culturais encontradas no BES parecem dizer respeito ao facto de culturas diferentes valorizarem também diferentes tipos de BES. Neste sentido, Diener e a sua equipa de investigação (2003) sugerem que as pessoas por todo o mundo desejam ser felizes através da obtenção das coisas que elas valorizam. Portanto, a felicidade *per se* parece não ser aquilo que, de facto, torna as pessoas mais felizes.

Outro campo de investigação, embora dos primeiros a aparecer no âmbito da influência das variáveis culturais no BES, prende-se com indicadores sócio-económicos entre as diferentes culturas e a sua comparação relativamente à satisfação com a vida. Diener e Biswas-Diener (2002) verificaram que a relação entre o rendimento e o BES é menor para as nações ditas desenvolvidas economicamente. Ott (2005) verificou que dentro do mesmo país as desigualdades em termos de economia, a segurança social, a liberdade económica, as taxas de corrupção, a estabilidade política, entre outras, estavam significativa e negativamente relacionadas com a satisfação com a vida. Num estudo levado a cabo em 39 países, o autor observou correlações de -.65, -.74 e -.29, para todos os países, sejam eles ricos ou pobres, respectivamente. Além disso, a felicidade parece não passar por reduzir estas desigualdades mas gerir e promover diferentes estratégias e políticas para cada nação (Ott, 2005).

Segundo Capítulo: Processos Cognitivos

"Interest in positive emotion in the stress process has opened a new avenue for Coping research."

(Folkman & Moskowitz, 2004, p. 764).

3. Definição de Conceitos

3.1 Processamento Cognitivo da Informação

Face à necessidade de responder à pergunta *"Como é que a mente humana funciona?"* que, desde os anos 50, o processamento cognitivo da informação vem sendo estabelecido no meio académico e científico como um conceito-chave nas abordagens e teorias cognitivas. Aliás, foi com George Miller, no artigo que ficou conhecido como um dos marcos históricos na revolução cognitiva intitulado de *"The magical number seven, plus or minus two: some limits of our capacity for processing information"* (Número mágico 7 +/- 2: Alguns limites na nossa capacidade de processar informação) que, em 1956, o conceito processamento da informação assume uma importância peremptória na mudança de paradigmas dentro da ciência psicológica. O paradigma vigente, consubstanciado na análise comportamental, passou a dar lugar à analogia entre a mente humana e o processamento computacional da informação, consolidando-se naquilo que ficou conhecido como o paradigma cognitivista.

Desde então, investigadores procuravam entender como se processava a informação na mente humana. Várias teorias no âmbito do paradigma do processamento da informação (Hunt, 1980; Newell & Simon, 1972; Stenberg, 2000) foram surgindo e enquanto uns autores propunham um processamento da informação serial vs paralelo (e.g., Jonhson-Laird, 1989), outros evidenciavam um processamento heurístico vs sistemático (e.g., Chaiken, Liberman, & Eagly, 1989). Neste contexto, qualquer acto ou realização cognitiva pressupunha um processo constituído por: recepção da informação (*input*), codificação, armazenamento, evocação e resposta (*output*) (Dias, 1993).

Transcorridos mais de 50 anos após as primeiras abordagens do conceito, novos paradigmas da ciência psicológica emergiram e com eles, também novas formas de compreender o mundo e a realidade. Como nos dizem Santos, Sisto e Martins (2003) "Existir como pessoa e desenvolver a própria visão do mundo determinariam o estilo cognitivo." (p. 11). Neocognitivistas, construtivistas e positivistas

vieram, *à posteriori*, expandir a compreensão do conceito e da sua utilidade para passarem a ter em conta que o processamento da informação envolve, não apenas, estruturas e processos cognitivos e metacognitivos como o sejam a percepção, a atenção, a memória, a representação e as crenças de auto-eficácia (Collins & Loftus, 1975; Coutinho & Neuman, 2008; Ericsson & Simon, 1980; Kintsch & Dijk, 1978; LaBerge & Samuels, 1974; Risto, 1990), mas também afectivos, motivacionais (Isen, 1990; Kanfer & Ackerman, 1989; Klinger, 1996; Lemerise & Arsenio, 2000; McNally, et al., 1992; Rusting & Larsen, 1998) e interpessoais (Berk & Andersen, 2000; King, 1998; Safran & McMain, 1992; Schlenker & Weigold, 1992).

A par da inegável relação entre as estruturas e mecanismos cognitivos, emotivos e interpessoais na grande parte das teorias da cognição, da emoção e integrativas (e.g., Beutler, Consoli, & Williams, 1995; Frijda, Manstead, & Bem, 2000; Izard, 2009; Scherer, 1984), tornava-se pertinente pautar a distinção entre o processamento emocional, o processamento social e o processamento cognitivo da informação. Enquanto o processamento emocional é definido em termos de uma modificação das estruturas da memória subjacentes às emoções (Foa & Kozak, 1986) e o processamento cognitivo em termos de análise, armazenamento, recordação e subsequente utilização da informação de diferentes maneiras e segundo diversos propósitos (Neisser, 1967; cit. por Neisser, 2009), o processamento social descreve um conjunto de mecanismos cognitivo-emocionais subjacente às diversas situações sociais (Crick & Dodge, 1995).

Actualmente, e dentro do campo da Psicologia Positiva, o estudo e a integração do afecto nas diferentes tarefas e processos cognitivos, nomeadamente em situações de stresse, tem sido a base sobre a qual os investigadores têm procurado aprofundar o seu conhecimento. Saliente-se a importância que Aspinwall (2005) atribui ao papel do Afecto Positivo nos diferentes processos cognitivos e metacognitivos, nomeadamente no pensamento orientado para o futuro, nas competências de auto-regulação e de resolução de problemas. A literatura tem sido largamente enriquecida a este respeito, documentando a associação entre o Afecto Positivo e desenvolvimento de competências de auto-regulação, bem como de processos cognitivos como pensamento flexível e criativo, abertura a nova informação, interpretação optimista de eventos ambíguos e na utilização de cognições positivas no confronto com as negativas, entre outras (Diamond & Aspinwall, 2003). Desde então, temos vindo a assistir a uma proliferação de construtos que procuram entender a forma como determinados indivíduos, após situações adversas, saem da crise com um maior desenvolvimento pessoal e com maiores recursos e estratégias de confronto perante

novas situações. Conceitos como regulação emocional (Carver & Scheier, 1999; Eisenberg et al., 1997), significado positivo (Park & Folkman, 1997), esperança (Alexander & Onwuegbuzie, 2007), *Coping* orientado para o futuro (Aspinwall & Taylor, 1997), *Coping* resolução de problemas (Heppner et al., 1995) ou *Coping* "Mente Aberta" (Fredrickson, 2001), são conceitos que têm crescido exponencialmente na literatura acerca do tema e constituem aquilo que muitos autores designam por *Coping* positivo (e.g., Burns et al., 2007).

O *Coping* positivo, na sua definição mais abrangente, assumiu-se dentro do movimento da Psicologia Positiva como um conceito que inclui estratégias auto-regulatórias de persecução de objectivos, assim como o crescimento pessoal (Snyder, 1999; Snyder & Lopez, 2002; cit. por Schwarzer & Knoll, 2003). Por sua vez, o processamento cognitivo da informação enquanto estratégia de *Coping* positiva constitui-se como elemento central no estudo da regulação emocional (Diamond & Aspinwall, 2003) e pode ser entendido como uma componente cognitiva da mesma (Moos, 1993).

Dentro das várias classificações e definições, o conceito de *Coping* tem sido usado num largo sentido segundo a forma como o organismo ou a pessoa se adapta a circunstâncias adversas (Endler & Parker, 1990; Folkman & Lazarus, 1980; Moos, 2002). Segundo Lazarus e Folkman (1984) o *Coping* é definido como "um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos com o objectivo de lidar com exigências específicas, externas e/ou internas, que surgem em situações de stresse e são avaliadas como excedendo ou ameaçando exceder os recursos pessoais do indivíduo" (p. 141). O objectivo do *Coping* constitui-se, desta forma, na intenção de uma resposta, geralmente orientada para a redução do stresse (Antoniazzi, Bandeira, & Dell'Aglio, 1998). Nurius (2000) acrescenta que ele constitui um conjunto de respostas que actuam no sentido de gerir a ameaça ou o perigo, o significado subjacente ao perigo ou a ameaça e os sentimentos negativos a eles associados. Neste sentido, o *Coping* traduz-se num processo composto por uma componente cognitiva, afectiva e comportamental. Dependendo do seu nível de análise, pode ser mais dependente da situação ou ser mais disposicional (Schwarzer & Knoll, 2003), mais ou menos automático ou mais ou menos voluntário (Eisenberg et al., 1997; Compas et al., 2001), mais ou menos adaptativo (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Taylor, 1983) e, para além disso, variar com o desenvolvimento do próprio indivíduo ao longo do seu ciclo de vida (Foster, 1997, Lazarus & DeLongis, 1983). Quer isto dizer que o *Coping* enquanto processo pode alternar, no mesmo indivíduo, de situação para situação ou, pelo contrário, na mesma situação, podem

existir diferentes respostas de *Coping* dependendo de disposições intraindividuais. Assim sendo, o *Coping* pode ser entendido como uma resposta situacional ao stresse ou como uma disposição ou um traço à mudança (Beutler & Moos, 2003).

Especificamente, o *Coping* tem sido tipicamente conceptualizado como uma resposta ou uma reacção a um acontecimento negativo ou a um stressor e, apesar da elevada proliferação de estilos e respostas de *Coping*, elas estão relacionadas com 3 tipos básicos de *Coping*: (a) a resposta que muda a situação; (b) a resposta que altera o significado da avaliação do stressor; e (c) a resposta que tem o objectivo de controlar sentimentos associados à situação ou ao stressor (Pearlin & Schooler, 1978).

A investigação acerca do *Coping* tem demonstrado efeitos directos e indirectos, quer na saúde, em geral, quer na Saúde Mental, em particular. Enquanto variável mediadora e/ou moderadora tem sido demonstrado que o *Coping* parece ser uma importante componente na relação entre aos problemas de saúde, como por exemplo no cancro (Hebert, Zdaniuk, Schulz, & Scheier, 2009; Koehler, Koenigsmann, & Frommer, 2009; Luszczynska et al., 2007) ou nas doenças crónicas (Abbott et al., 2008; Endler et al., 2003; Fleishman et al., 2000; Livneh, Wilson, Duchesneau, & Antonak, 2001; Schroder, 2004; Stanton, Revenson, & Tennen, 2007; Yancura & Aldwin, 2008) e o bem-estar; e entre acontecimentos negativos e o bem-estar físico e psicológico (Aspinwall, 2005; Folkman et al., 1993). Directamente, vários autores têm evidenciado relações entre o *Coping* positivo como a reavaliação positiva de eventos e a resolução de problemas e a Saúde Mental, nomeadamente com o Afecto Positivo (e.g., Ben-Zur, 2002; Moskowitz, Folkman, Collette, & Vittinghoff, 1996; Yamasaki, Uchida, & Katsuma, 2009). Curiosamente, outros recursos para além dos estilos de *Coping* positivo (i.e., Análise Cognitiva, Reavaliação Positiva, Procura de Apoio e Suporte, Resolução de Problemas e Procura de Ganhos Alternativos), como o suporte social e a satisfação com as redes sociais, foram estudados em população jovem e adulta com vista a avaliar a sua influência no Afecto Positivo (e vice-versa) ao longo de um período de dois meses, não tendo sido confirmada (Burns et al., 2007). Apenas o *Coping* positivo e a confiança interpessoal (enquanto recurso social) predizem o Afecto Positivo e vice-versa. A Satisfação com o Suporte Social mostrou apenas uma relação inversa com o Afecto Negativo, sendo que este último prediz, não apenas a diminuição da Satisfação com o Suporte Social, mas também estratégias de *Coping* maladaptativas, como o *Coping* de Evitamento e o *Coping* Aceitação/Resignação (Burns et al., 2007). Billings e colaboradores (2000) concluem que o uso de tais estratégias, como a reavaliação positiva, a aproximação social e o *Coping* focado no problema predizem um aumento de Afecto Positivo.

Pelo contrário, existe evidência de que, a longo termo, estratégias cognitivas e emocionais de evitamento predizem um aumento de *distress* (Moos, 2002; Rayburn et al. 2005; Stanton et al., 2007); comparativamente às estratégias de aproximação ou de resolução de problemas, parecem ser mais depressiogénicas (Blalock & Joiner, 2000) e encontram-se frequentemente associadas a sintomas de ansiedade (Kocovski, Endler, Rector, & Flett, 2005) e a baixos níveis de suporte social (Wijndaele et al., 2007). Controversamente, Stroebe e Schut (2001) verificaram que utilizar um *Coping* paliativo numa fase inicial do confronto com a perda e, só posteriormente (i.e., após ter sido retomado o equilíbrio emocional), utilizar um *Coping* instrumental, era adaptativo para os indivíduos. Suls e Fletcher (1985; cit. por Suls, David, & Harvey, 1996) corroboram estes achados e concluem que minimizar ou evitar a ameaça pode ser benéfico em determinadas fases de crise. Por sua vez, Franks e Roesch (2006), numa meta-análise, mostram-nos que indivíduos que vêem a sua doença como uma ameaça tendem a utilizar estratégias de *Coping* centradas no problema, enquanto os indivíduos que vêem a doença como uma perda tendem a usar mais estratégias de *Coping* de evitamento. Os mesmos achados realçam que ambas as estratégias são benéficas no ajustamento à doença oncológica, embora vários autores (e.g., Stanton et al., 2007) continuem a sugerir que, a longo termo, o processamento emocional deixe de ser benéfico e passe a ser ruminativo no ajustamento psicológico do indivíduo.

Neste sentido, Park e a sua equipa de investigação (2001) acentuam eloquentemente que as estratégias de *Coping* de aproximação, como a resolução de problemas, não são, invariavelmente, uma fonte preditora do ajustamento psicológico ou em maior valor que as estratégias de evitamento, por exemplo. Pelo contrário, a efectividade das estratégias de *Coping* parece depender também da avaliação individual acerca da mutabilidade do stressor (Folkman & Moskowitz, 2004; Roth & Cohen, 1984). Por exemplo, Austenfeld e Stanton (2004) notam que o *Coping* emocional (i. e., auto-regulação e controlo da expressão emocional) é mais benéfico para stressores percebidos como incontroláveis. Vitaliano e seus colaboradores (1990) constatam que o *Coping* focado no problema estava negativamente correlacionado com o humor depressivo para aqueles stressores percebidos como modificáveis, mas nenhuma relação significativa foi verificada para aqueles stressores percebidos como não modificáveis. Por sua vez, o *Coping* focado na emoção estava positivamente correlacionado com o humor depressivo para stressores percebidos como modificáveis. Os autores acrescentam que as mesmas relações não foram generalizáveis para a população psiquiátrica.

Os autores concluem que, para além do *Coping*, o Género parece ser uma variável moderadora da relação entre os eventos de vida negativos e os sintomas depressivos. Sugerem ainda que outras variáveis podem estar relacionadas com esta associação, nomeadamente a avaliação individual da situação, a auto-estima, as crenças de auto-eficácia e esquemas acerca do *Self*.

Por outro lado, está bem documentado que muitos indivíduos com perturbação psicológica, neuropsicológica e doença física crónica mostram dificuldades ou um desajustamento ao nível cognitivo, muitas das vezes associados a quadros cognitivos ou estilos metacognitivos disfuncionais, nomeadamente ao nível do processamento cognitivo da informação (Gotlib & Joormann, 2010; Gray, Maguen, & Litz, 2007; Kaspi, McNally, & Amir, 1995; Lienard et al., 2007; McBride, Farvolden, & Swallow, 2007; Riso, Maddux, & Santorelli, 2007; Strupp, Weingartner, Kaye, & Gwirtsman, 1986; Walker, Zona, & Fisher, 2006) e com défices ao nível de competências e estilos de *Coping* (Beutler, Moos, & Lane, 2003; Britton, 2004; Spoor, Bekker, Strien, & Heck, 2007). Allott e a sua equipa de investigação (2005) verificaram que, juntamente com factores da própria perturbação, crenças negativas e focadas na não controlabilidade e no perigo associado a elas estavam mais associadas a elevados níveis de *distress* em pacientes com perturbação de Parkinson. Pury (2002), no seu estudo com jovens universitários, verificou que sintomas de ansiedade prediziam uma maior atenção a estímulos de ameaça e o Afecto Negativo predizia uma maior interpretação de ameaça em estímulos neutros. O autor conclui que processos cognitivos interpretativos, como o processamento da informação, moderam a experiência de Afecto Negativo durante situações de stresse. Num interessante estudo levado a cabo por Bower e colaboradores (1998) verificou-se que 65% da amostra utilizou o processamento cognitivo como forma de confronto com a morte e 40% da amostra reportou utilizar a estratégia "significado positivo" como forma de lidar com a perda. O que os autores verificaram foi que o processamento cognitivo estava associado com o "significado positivo" encontrado perante tais situações. Para além disso, a maior parte dos participantes que retirou um "significado positivo" da situação eram também aqueles com maiores níveis de processamento cognitivo comparativamente aos participantes que não retiraram "significado positivo" do evento.

Adicionalmente, indivíduos com perturbação psicológica, como depressão, esquizofrenia, perturbações de ansiedade, autismo, entre muitas outras, mostram uma falta de recursos de *Coping* que os ajudem ou facilitem a lidar com as mudanças e situações adversas do quotidiano, quer advêm directamente da perturbação, quer aquelas que derivam indirectamente do seu estado mental (Moos, 2002; Taylor &

Stanton, 2007). Ainda neste contexto, tem sido também defendido que o *Coping* focado na emoção é mais comum em indivíduos com perturbação psicológica ou algum desajustamento psicossocial. Por exemplo, Ritsner e colaboradores (2006), comparando um grupo de indivíduos com perturbação de esquizofrenia com indivíduos sem perturbação psicológica, verificaram que os primeiros mostravam níveis de *distress* significativamente mais elevados comparativamente aos segundos e tendiam a utilizar 5.5 vezes mais um estilo de *Coping* orientado para a emoção, enquanto um estilo de *Coping* orientado para a tarefa, a auto-eficácia, percepção de suporte social e a satisfação com a vida eram mais baixos comparativamente ao grupo de controlo.

Se, por um lado, tem sido demonstrado que indivíduos com menor ajustamento psicológico ou menor Saúde Mental tendem a utilizar mais frequentemente um *Coping* de evitamento (cognitivo e comportamental), passivo e focado na emoção comparativamente a indivíduos com melhor ajustamento psicológico ou com melhor Saúde Mental (Cronkite & Moos, 1995; Deisinger, Cassisi, & Whitaker, 1996; Derisley, Libby, Clark, & Reynolds, 2005; Horan et al., 2007; Luecken, Tartaro, & Appelhans, 2004; Wright, Crawford, & Sebastian, 2007) e que o estilo de *Coping* activo, positivo e centrado no problema prediz uma diminuição nos sintomas e um melhor ajustamento psicológico em diversas perturbações psicológicas (e.g., perturbação de ansiedade, perturbação somatoforme, dependência de álcool, perturbação do pensamento, enquanto os estilos de coping distracção e ventilação de emoções predizem o aumento de sintomas nas perturbações de depressão, distimia, entre outras condições clínicas) (Dimiceli, Steinhardt, & Smith, 2010; Vollrath, Alnaes, & Torgersen, 1996; Wu et al., 2009), por outro, há estudos que defendem que determinadas perturbações, como a perturbação de stresse pós-traúmático, predizem um *Coping* de aproximação, ao invés do *Coping* de Evitamento (Tiet et al., 2006). Tiet e a sua equipa de investigação (2006), seguindo uma metodologia longitudinal, mostram-nos que os sintomas de perturbação pós-traumática predizem o *Coping* de Evitamento comportamental (e não o Cognitivo) e o *Coping* de aproximação (cognitivo e comportamental), mas também que o *Coping* de Evitamento Cognitivo (e não comportamental) prediz os sintomas da mesma perturbação. Ainda, Wu e colaboradores (2009) verificaram que uma boa adaptação à doença psiquiátrica estava associada a um *Coping* focado em emoções positivas, e também a um *Coping* focado em emoções negativas. Cheng (2003), num interessante estudo, conclui que é a flexibilidade das diferentes respostas de *Coping* em diferentes situações que está associada a um melhor ajustamento psicológico. Ademais, é sugerido que outras variáveis parecem moderar a relação entre o *Coping* e o *distress* psicológico também

em indivíduos com perturbação psicológica. Por sua vez, Parker e Endler (1992), defendem que o *Coping* orientado para a regulação emocional está positivamente relacionado com a depressão para situações onde os stressores são vistos como modificáveis. Bittinger e Smith (2003) acrescentam que o *Coping* maladaptativo usado pelos indivíduos com perturbação alimentar era moderado pela percepção de stresse, entre outras variáveis, mais do que por um défice nos estilos e competências de *Coping*.

Ainda assim, podemos dizer que a investigação no âmbito do *Coping* tem investido numa perspectiva mais interindividual (ou seja, na mesma situação e segundo diferentes indivíduos) por oposição à pesquisa longitudinal e intraindividual (ou seja, para diferentes situações no mesmo indivíduo ao longo do seu ciclo de vida). Se é verdade que nos primórdios prevalecia uma abordagem derivada da psicologia do *ego* que procurava uma definição de *Coping* enquanto um mecanismo de defesa (Vaillant, 1994), a partir da década de 60 do século passado, procurava-se identificar comportamentos de *Coping* e os predisponentes (cognitivos e situacionais) a eles associados (Folkman & Lazarus, 1980, 1985; Lazarus & Folkman, 1984). Actualmente, ainda a fim de conceptualizar e explicar o referido campo de pesquisa e devido à falta de evidência empírica que suporte que os factores situacionais são capazes de explicar na totalidade a variabilidade dos comportamentos e processos de *Coping*, a investigação tem buscado a integração entre o *Coping* e a personalidade (e.g., Holahan & Moos, 1985). Neste âmbito, construtos como a auto-estima (Aspinwall & Taylor, 1992), o optimismo (Fotiadou, Barlow, Powell, & Langton, 2007; Solberg Nes & Segerstrom 2006), as crenças de auto-eficácia (Blanchard et al., 2002), o locus de controle (Compas, Banez, Malcarne, & Worsham, 1991), e os traços da personalidade como o neuroticismo, a extroversão, a conscienciosidade e a abertura (Bouchard, Guillemette, & Léger, 2004; Carver & Connor-Smith, 2009) têm-se revestido de particular interesse.

Por exemplo, tem sido sugerido que o *Coping* Resolução de Problemas e o *Coping* Reestruturação Cognitiva encontram-se correlacionados com elevados níveis nos traços da personalidade extroversão, conscienciosidade e abertura. Enquanto emoções negativas e de evitamento emocional parecem correlacionadas positivamente com elevados níveis no traço de personalidade neuroticismo (Geisler, Wiedig-Allison, & Weber, 2009). Subjacente a estes dois campos de pesquisa (inter e intraindividual) há autores que diferenciam estratégias, competências ou respostas de *Coping* e estilos de *Coping*. Segundo Beutler e Moos (2003), a perspectiva do *Coping* enquanto resposta, estratégia ou competência define o *Coping* como integrando

qualidades emocionais, comportamentais e cognitivas. Ainda, segundo os mesmos autores, o *Coping* é geralmente considerado um padrão específico para lidar com o stresse, através do qual as percepções, as emoções e os comportamentos do indivíduo o preparam para a adaptação e para a mudança. Por sua vez, o *Coping* enquanto estilo é considerado uma variável traço que é activada quando existem mudanças ambientais. Ademais, assemelha-se a outras características da personalidade, descreve disposições de resposta segundo formas específicas (Beutler & Moos, 2003) e são comummente associadas a características adaptativas do comportamento do indivíduo como a impulsividade, nível de controlo afectivo ou restrição, procura de estimulação, evitamento social, auto-reflexão e balanço entre agressividade e passividade nas relações sociais (Beutler & Clarkin, 1990). Enquanto os estilos de *Coping* são frequentemente associados a características da personalidade ou a resultados de *Coping*, as estratégias, competências ou respostas referem-se a acções cognitivas ou comportamentais tomadas durante um episódio particular de stresse (Antoniazzi et al., 1998; Moos, 2002).

No contexto da pesquisa interindividual, e de uma forma geral, os investigadores têm considerado duas abordagens principais para classificar as respostas e competências individuais de *Coping* em situações específicas (Moos & Holahan, 2003). Uma das abordagens enfatiza o foco (focus) de *Coping*, isto é, a orientação e a actividade individual na resposta ao stressor. Aqui, o indivíduo pode aproximar-se do problema e criar esforços no sentido de o resolver, evitar o problema ou ainda gerir as emoções a ele associadas. Por sua vez, uma outra linha de investigação dá particular relevo ao método de *Coping*, isto é, se uma resposta envolve esforços cognitivos ou comportamentais. Neste âmbito, é defendido que os estilos de *Coping* podem influenciar a extensão das estratégias, respostas e competências de *Coping* seleccionadas pelo indivíduo (Folkman & Moskowitz, 2004; Monnier, Stone, Hobfoll, & Johnson, 1998).

Se num nível inicial da pesquisa esta era uma questão mais ou menos consensual entre os diversos investigadores, estudos actuais vêm colocar em causa esta relação. Bouchard, Guillemette e Landry-Léger (2004), por exemplo, verificaram que a personalidade explica tanta variabilidade no *Coping* situacional (mais dependente das estratégias) como no *Coping* disposicional (mais dependente do estilo). Por seu turno, Connor-Smith e Flachsbart (2007) numa meta-análise com 165 amostras, incluindo crianças de meia-idade, adolescentes e adultos, verificaram correlações modestas entre os traços da personalidade e o *Coping*. Curiosamente, e por outro lado, Knoll, Rieckmann e Schwarzer (2005) analisaram que o *Coping* em

situações específicas constituía uma variável mediadora entre a personalidade e os resultados de *Coping* perante um determinado stressor, ao contrário do *Coping* disposicional que não mostrou uma influência significativa nessa mesma relação. Para além disso, os mesmos autores concluem que, independentemente do *Coping* constituir uma variável mediadora entre a personalidade e a resposta de *Coping* emocional ao stressor, a abordagem metodológica sob a qual este é operacionalizado influencia largamente os resultados do estudo. Neste sentido, Monnier e seus colaboradores (1998b) verificaram que o *Coping* disposicional era o melhor preditor de resultados emocionais a longo termo e o *Coping* situacional, o de resultados emocionais correntes. Ptacek e os seus colaboradores (2006) corroboram os mesmos dados e verificam que o estilo de *Coping* pode constituir-se como um forte preditor das respostas de *Coping* a longo termo e entre as várias situações enquanto a curto termo se mostre um fraco preditor das respostas e comportamentos de *Coping* perante uma dada situação. Ademais, têm sido sugeridos alguns factores moderadores da relação entre personalidade e *Coping* como a idade, o tipo de stressor e a sua severidade, o *Coping* situacional vs disposicional e o espaço de tempo entre a actividade de *Coping* e os seus resultados (Carver & Connor-Smith, 2009). Daí que estes autores defendam a impossibilidade de se tentar predizer respostas situacionais a partir do estilo típico de *Coping* de uma pessoa, defendendo antes o *Coping* como um processo situacional e relativamente independente de factores da personalidade e mais dependente de factores situacionais e contextuais (e.g., Lazarus & Folkman, 1984). A par do intenso debate que tem existido ao longo dos últimos tempos acerca destas duas formas de *Coping* e que está subjacente à pesquisa acerca da abordagem *Coping* situacional vs disposicional, a relação entre elas ainda não está claramente compreendida. Segundo Bouchard, Guillemette e Landry-Léger (2004) tal facto pode ser devido aos estudos que investigam a relação entre os conceitos utilizarem o mesmo questionário com os mesmos itens e, muitos deles, sem a avaliação cognitiva acerca do stressor, mudando para o efeito apenas as instruções fornecidas aos respondentes. Como consequência, o *Coping* situacional pode ser mais influenciado por factores disposicionais de *Coping.*

Associado, quer aos estilos, quer às estratégias de *Coping,* temos os recursos de *Coping.* Se para alguns autores (Taylor & Stanton, 2007) os recursos de *Coping* incluem diferenças individuais relativamente estáveis ao nível, por exemplo, do optimismo, do senso de mestria, da auto-estima e do suporte social; para outros (Folkaman & Lazarus, 1980), constituem recursos no sentido em que ajudam a efectivar determinada estratégia de *Coping.* Neste último caso, o suporte social, por exemplo, está associado ao bem-estar perante desafios adaptativos, em parte, porque

incentiva respostas de *Coping* mais adaptativas (Lepore, Evans, & Schneider, 1991; Thoits, 1995).

Na abrangência do conceito, interessa-nos considerar no presente estudo o processamento cognitivo da informação enquanto estratégia de *Coping*. Daremos particular ênfase aos trabalhos de Fredrickson (2001), que defende que o Processamento Cognitivo "Aberto" ou, o mais vulgarmente designado, *Coping* "Mente Aberta" ("*Broad-Minded Coping*") é uma forma de resiliência psicológica no sentido em que a experiência de emoções positivas fomenta e desenvolve recursos psicológicos que conduzem, por sua vez, em crescente espiral ao bem-estar emocional. Segundo a autora (Fredrickson, 2000) *broadening* define-se como "having a wider array of perceptions, thoughts, and actions, with the consequences of broadening being flexible, creative and unusual thinking." (p. 220).

De acordo com as diferentes abordagens teóricas, diferentes instrumentos de avaliação do *Coping* foram surgindo. Numa abordagem contextual/situacional citem-se, por exemplo, o Questionário de Folkman e Lazarus (1988, cit. por Parker & Endler, 1992; *Ways of Coping Questionnaire* - *WOC*) e o Inventário de Moos (1993, *Coping Responses Inventory – CRI*). Na abordagem disposicional temos o Inventário de Endler e Parker (1990, cit. por Parker & Endler, 1992; *Coping Inventory for Stressful Situations* - CISS) e o de Carver, Scheier e Weintraub (1989; *Coping Orientation to Problem Experience* - COPE).

4. Teorias e Factores explicativos do *Coping*

4.1 Teorias e Factores Biológicas

Pese embora a contribuição dos factores biológicos e genéticos recebam pouca atenção na pesquisa empírica acerca do *Coping*, a verdade é que, ainda que controversos, os resultados apontam para alguns indicadores desta índole (Caldú & Dreher, 2007; Rasheed et al., 2010). A saber, tem sido sugerido que os recursos e os processos de *Coping* são moderados por contribuições genéticas relativamente ao *distress* psicológico (Carver & Connor-Smith, 2009) e ao bem-estar (Taylor & Stanton, 2007), directa ou indirectamente, através das características da personalidade.

Directamente, salientem-se estudos levados a cabo com gémeos monozigóticos (Kato & Pedersen, 2005; Kendler et al., 1991; cit. por Taylor & Stanton,

2007), onde foram escrutinadas contribuições genéticas nas estratégias de *Coping*, incluindo na resolução de problemas, *Coping* focado na emoção, *Coping* de evitamento e o uso de suporte social.

Indirectamente, é defendido que os factores biológicos e hereditários influenciam as respostas e os estilos de *Coping* do indivíduo perante situações de stresse. Por exemplo, é bem sabido que indivíduos com depressão endógena possuem uma estruturação e um funcionamento cerebral, nomeadamente ao nível da amígdala, do córtex do cíngulo anterior, do hipocampo e das regiões subcorticais, diferente de indivíduos sem esta patologia (Clark, Chamberlain, & Sahakian, 2009; Davidson, Pizzagalli, Nitschke, & Putnam, 2002) que, por sua vez, parece ter uma componente geneticamente determinada (Hedrick & Kalinowski, 2000). Além disso, estudos acerca dos níveis de serotonina indicam-nos que indivíduos com perturbação depressiva *major* possuem também menores níveis de serotonina comparativamente a indivíduos sem esta patologia e, especificamente em situações de stresse (e.g., Gotlib & Joormann, 2010; MeCanee-Katz, Price, Charney, & Heninger, 1992). Neste contexto, é defendido que as diferenças morfológicas e funcionais ao nível da patologia depressiva se traduzem numa dificuldade em regular emoções e cognições (Gotlib & Joormann, 2010).

Ainda assim, um dos contributos mais relevantes dentro da perspectiva biológica advém da evidência de que o sistema dopaminérgico está envolvido na regulação emocional na resposta aos stressores (Giorgi et al. 2003; Rasheed et al., 2010). Em concreto, é sugerido que os processos de *Coping* reduzem o stresse através da regulação das regiões do córtex pré-frontal, incluindo a amígdala, o cíngulo dorsal anterior, o córtex e o hipotálamo, que são activadas em situações de ameaça ou de perigo. Como tal, este sistema tem sido reconhecido como exercendo um papel central na motivação, na resposta às diferentes recompensas e, mais recentemente, nos processos cognitivos (Caldú & Dreher, 2007). A título exemplificativo, Alcaro, Huber e Panksepp (2007) salientam o papel deste sistema na manutenção de um estado Afectivo Positivo e consequente procura de estímulos a eles associados, bem como no evitamento de situações de ameaça.

4.2 Teorias e Factores Psicológicos

4.2.1 Abordagem Contextual

A perspectiva contextual/situacional defende que o contexto influencia, quer a manifestação da personalidade, quer a relação entre personalidade e *Coping* nos diferentes domínios de stresse. A abordagem contextual reflecte a forma como os indivíduos respondem a situações de stresse específicas e pode ser descrita em termos de mudanças relativamente aos esforços de *Coping* durante essas mesmas situações (Pearsall, Ellis, & Stein, 2009). Ao contrário da perspectiva disposicional, que considera as características da personalidade como factores determinantes do *Coping*, a presente abordagem defende que a resposta perante stressores específicos depende, maioritariamente, do tipo de situação e suas exigências, dos custos e benefícios da resposta, dos recursos de *Coping* existentes, da severidade do stressor e do grau da sua controlabilidade (Shoji, Harrigan, Woll, & Miller, 2010). A ênfase é, então, colocada na natureza do stressor, incluindo a sua severidade, controlabilidade e domínio.

4.2.1.1 Modelo Transaccional de Stresse

Desde os anos 70, Folkman e Lazarus (Folkman & Lazarus, 1980, 1985; Lazarus & Folkman, 1984) têm sido dos autores mais salientes na pesquisa acerca do *Coping.* Segundo a presente abordagem, o *Coping*, quer enquanto processo quer enquanto traço da personalidade, constitui um procedimento transaccional entre a pessoa e o ambiente, embora seja visto como uma resposta a uma determinada situação adversa e não como uma característica estável da personalidade. Ademais, ele constitui um processo dinâmico que muda ao longo do tempo de acordo com as novas exigências colocadas e com a avaliação individual da situação.

Lazarus e Folkman (1984) conceptualizam o processo de *Coping* segundo diferentes etapas. De acordo com esta abordagem, o stresse experimentado numa dada situação é determinado por um processo avaliativo designado por avaliação cognitiva, constituída por dois tipos de avaliação: a avaliação primária e a avaliação secundária. No momento inicial (avaliação primária), este processo inicia-se com a determinação do significado pessoal da situação geradora de stresse: *"Qual o significado desta situação?"* e *"Como ela afectará o meu bem-estar?".* A mesma

situação é avaliada de acordo com os recursos sócio-ecológicos e pessoais do indivíduo (opções de *Coping*). Para os mesmos autores, são recursos no sentido em que facilitam determinadas estratégias de *Coping*. Exemplos de recursos são: saúde, crenças positivas, competências de resolução de problemas, competências sociais e o suporte social (Lazarus & Folkman, 1984). Ainda nesta avaliação inicial, o indivíduo pode interpretar a situação como benigna, irrelevante ou stressante. Segundo os autores, o stresse ocorre quando a situação é avaliada pelo indivíduo segundo um significado pessoal de perigo, excedendo ou ameaçando exceder os seus recursos sócio-ecológicos e pessoais, contando com poucas opções viáveis para o seu confronto.

Assim sendo, o indivíduo principia uma segunda fase constituída pela avaliação secundária: *"O que posso fazer?"*; *"Quanto me vai custar?"* e *"Qual o resultado esperado?"*. Nesta fase, o processo inclui uma avaliação das exigências da situação, das exigências instrumentais e das exigências causadas pela necessidade de regular as emoções. À semelhança do que acontece na avaliação primária, na avaliação secundária a situação é avaliada de acordo com os recursos e opções de *Coping* do indivíduo (recursos de *Coping* sócio-ecológicos e recursos de *Coping* pessoais). Nesta fase, o indivíduo leva a cabo um conjunto de esforços no sentido de lidar com a situação. De acordo com a sua função, esses esforços incluem dois tipos de estratégias: as estratégias focadas no problema ou as estratégias focadas na emoção.

Por fim, e com base nos resultados das respostas de *Coping*, o indivíduo efectua uma reavaliação: *"O stresse mudou?"* e *"Sinto-me melhor?"*. Se a avaliação de stresse e a angústia por ela gerada persistirem ao longo do tempo, são esperados efeitos adversos sobre a saúde física e psicológica do indivíduo.

De salientar que para os autores o stresse é tido, não apenas quando o indivíduo confronta a situação com as respostas e recursos de *Coping*, mas a própria avaliação da situação é geradora de stresse (Folkman & Lazarus, 1980). Porém, a função primordial da avaliação cognitiva é mediar a relação entre o stressor e as respostas de *Coping* do indivíduo (Lazarus, 1993).

Relativamente às estratégias de *Coping*, e ainda segundo o modelo, podem ser descritas em dois tipos: focadas no problema ou focadas na emoção. A primeira forma de *Coping* representa um esforço para actuar na situação que deu origem ao stresse, tentando mudá-la (por exemplo, trabalhar mais horas para impedir ser despedido). A função desta estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está a causar a tensão. Para além disso, a acção de *Coping* pode ser direccionada internamente ou externamente. Quando o *Coping* focalizado no problema

é dirigido para uma fonte externa de stresse, inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. Quando ele é dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento stressor (Antoniazzi et al., 1998). A segunda forma de *Coping*, focado na emoção, é definida segundo um esforço para regular o estado emocional que é associado ao stresse ou como resultado de eventos stressantes, visando alterar o estado emocional do indivíduo (por exemplo, fumar um cigarro).

Tem sido apontado que as estratégias focadas no problema, comparativamente às estratégias focadas na emoção, promovem o ajustamento psicossocial do indivíduo, enquanto as estratégias focadas na emoção contribuem para o *distress* psicológico (Rayburn et al., 2005). De acordo com Folkman e Lazarus (1988), quando as situações são avaliadas como modificáveis ou controláveis, o indivíduo, provavelmente, usará mais as estratégias focadas no problema; e quando as situações são avaliadas como não modificáveis ou incontroláveis, o indivíduo, presumivelmente, recorrerá mais as estratégias focadas na emoção. Lazarus (2006) acrescenta ainda que uma e outra forma de *Coping* podem facilitar-se mutuamente. Por exemplo, o *Coping* focado no problema diminui a ameaça, contudo pode também diminuir o *distress* associado à situação geradora de ameaça. Por sua vez, o *Coping* focado na emoção diminui os sentimentos negativos associados à situação causadora de stresse, ao mesmo tempo que torna possível considerar o problema de forma mais calma, podendo facilitar, por conseguinte, o *Coping* focalizado no problema. Segundo Lazarus (2006) esta interligação entre ambas as estratégias faz com que as suas funções sejam mais complementares do que independentes. Neste contexto, Folkman & Lazarus (1984, 1985) não definem estratégias de *Coping* adaptativas ou mal-adaptativas, *per se*, sendo a adaptabilidade determinada pelo seu resultado e pela melhor congruência entre a estratégia de *Coping* particular com os factores situacionais e com factores pessoais. De salientar que, para os autores, qualquer tentativa para administrar o stressor é considerado como *Coping*.

Por fim, sublinhe-se que a forma como os indivíduos respondem a determinada situação não pode ser adequadamente predita sem considerar as exigências específicas que cada situação coloca, bem como, as respectivas avaliações individuais tidas de acordo com o significado pessoal das mesmas exigências (Lazarus & Folkman, 1984).

4.2.2 Abordagem Disposicional

Segundo a perspectiva disposicional os factores da personalidade influenciam os estilos e as respostas de *Coping* do indivíduo perante situações de stresse. Por exemplo, Schwarzer e seus colaboradores (2005), seguindo uma metodologia longitudinal, verificaram que o *Coping* disposicional, medido através de crenças de auto-eficácia, constituía-se como um preditor de quatro estratégias de *Coping* (i.e., planeamento, humor, aceitação e acomodação) em indivíduos que tinham feito cirurgia a um tumor num período de 11 meses. Também Ben-Zur (2002), num estudo levado a cabo com população adulta, verificou que, para além do suporte social, o estilo cognitivo de "monitorização" estava positivamente correlacionado com um estilo de *Coping* activo e com a procura de suporte, enquanto o estilo cognitivo "embotamento" estava positivamente correlacionado com um estilo de *Coping* de evitamento. Os mesmos resultados sugerem que factores pessoais, neste caso, factores cognitivos, influenciam o uso de determinadas estratégias de *Coping*, mais do que a reacção afectiva à ameaça.

De um ponto de vista biológico é defendido que a resposta ao stresse é determinada por factores temperamentais, de evitamento e pelos sistemas de regulação da atenção (Derryberry et al., 2003). Sabemos, por exemplo, que a relação entre a patologia depressiva e a reacção aos eventos de vida é moderada por factores sócio-demográficos, psicológicos e desenvolvimentais, mas também biológicos e disposicionais (Hammen, 2005); que o neuroticismo encontra-se associado a diferenças individuais na reactividade emocional ao stresse (Costa & McCrae, 1987); e que os indivíduos optimistas, comparativamente aos indivíduos pessimistas, tendem a persistir mais na busca de dos objectivos quando confrontados com situações adversas, a lidar de forma mais eficaz com as metas quando estas se encontram bloqueadas e a aproveitar as oportunidades em maior extensão (Wrosch & Scheier, 2003).

Se, por um lado, é defendido que os estilos de *Coping* são fortemente influenciados pela personalidade e pelas suas características associadas e, como tal, determinados geneticamente (Kessler, 1997), por outro lado, há autores que defendem que os estilos de *Coping* são apenas modestamente hereditários e que as bases genéticas da personalidade e do *Coping* não se encontram altamente correlacionadas (Jang et al., 2007). Porém, a influência dos factores da personalidade nos estilos de *Coping* tem sido notória ao longo dos tempos (Carver & Connor-Smith, 2009). A evidência para tal facto advém de numerosos estudos apontarem que as respostas de

Coping são estáveis ao longo do tempo (Holahan & Moos, 1987; McCrae, 1989; Terry, 1994) e de domínio para domínio (Causey & Dubow, 1992; Cohen & Roth, 1984; Gil, Wilson, & Edens, 1997; Terry, 1994).

4.2.2.1 Coping de Aproximação e Coping de Evitamento

De acordo com este modelo existem dois tipos básicos de orientações ou estilos de *Coping*: o *Coping* de aproximação e o *Coping* de evitamento. Enquanto o primeiro diz respeito a estratégias de confronto da situação adversa ou stressante (e.g., estar em vigília, alerta, procurar informação, avaliar, planear), o segundo representa estratégias de evitamento como a minimização ou a negação da situação adversa ou stressante (e.g., procrastinar, ignorar, procurar distrair-se). De acordo com Roth e Cohen (1986) estas duas orientações de *Coping* podem variar em primazia ao longo do tempo para o mesmo indivíduo ou ambas podem estar presentes na mesma situação num determinado momento quando alguns aspectos da situação são abordados (*Coping* de aproximação) e outros, evitados (*Coping* de evitamento). Segundo os mesmos autores, e apesar de poder haver o predomínio de um estilo de *Coping*, ambos os tipos de orientação não são mutuamente exclusivos. Quer isto dizer que um indivíduo não é caracterizado unicamente por usar um estilo de *Coping* de aproximação ou de evitamento, porque um mesmo indivíduo pode usar diferentes estratégias de *Coping*, quer de aproximação quer de evitamento, ao longo do tempo, de situação para situação e perante a mesma situação, dependendo das suas características individuais e da situação geradora de stresse.

Ainda assim, Roth e Cohen (1986) listam um conjunto de custos e benefícios do uso de uma ou outra orientação. Relativamente ao *Coping* de evitamento, parece claro que este tipo de orientação ajuda a reduzir o stresse e a ansiedade associados aos eventos adversos ou ameaçadores. Para além disso, minimizar as consequências da situação, por exemplo, induz esperança e coragem durante longos períodos de tempo. Acrescente-se ainda que este tipo de orientação pode gerar um senso de mestria face a emoções negativas associadas com a situação de ameaça. Relativamente ao *Coping* de aproximação, os benefícios parecem ser vários. Um deles é poder levar a cabo uma acção apropriada face à situação, à natureza do stressor ou aos sentimentos a ele associados (e. g., uma acção apropriada é necessária durante um ataque de asma). Outra vantagem deste tipo de orientação é a ventilação de emoções, útil na experiência e na expressão de emoções de *distress* associadas à

situação. Para além disso, um dos benefícios desta orientação constitui na assimilação e resolução do trauma na estrutura do *self*.

De igual forma, ambos os tipos de orientação estão associados custos. Relativamente ao *Coping* de aproximação, o aumento de *distress* é um custo associado. Para além disso, e quando não é possível alterar a situação ou assimilá-la e integrá-la emocionalmente, o *Coping* de aproximação pode revelar-se não produtivo e uma fonte de preocupação para o indivíduo. Os custos do *Coping* de evitamento são também significativos. Em primeiro lugar, estratégias de evitamento podem interferir na acção apropriada face ao stressor, sua natureza e sentimentos subjacentes. O entorpecimento emocional, a intrusão de material derivado da situação que provocou stresse e comportamentos de evitamento destrutivos são outros custos deste tipo de orientação que o indivíduo leva a cabo a fim de manter as cognições e afectos fora da consciência. Por exemplo, o indivíduo pode restringir o seu leque de actividades por forma evitar lembrar-se da situação stressante. Por fim, a falta de consciência relativamente à relação entre sintomas psicológicos e a situação ameaçadora ou que provocou stresse pode ser outro dos custos associado a este tipo de orientação. Se a conexão entre a reacção e a situação causadora de stresse não for feita, as possibilidades de tratamento e recuperação são reduzidas. Idealmente, a acção de *Coping* deveria operar segundo um aumento dos benefícios e uma redução dos custos associados, contudo nem sempre isso acontece (Roth e Cohen, 1986).

5. Modelos explicativos do *Coping*

5.1 Modelo Integrativo

5.1.1 Modelo de Interacção entre o Sistema Ambiental, o Sistema Pessoal, Competências de Coping, e a Adaptação

Dado o reconhecimento de muitos teóricos contemporâneos acerca da complementaridade entre a abordagem disposicional e a abordagem contextual na descrição dos processos de *Coping,* o presente modelo é consistente com o modelo da integração/processo que considera o *Coping* em termos de grau de integração entre os valores e crenças pessoais, o comportamento e emoções, o sistema social, e as dificuldades inerentes aos diferentes stressores (Pargament et al., 1998; cit. por

Moos & Holahan, 2003). Nele, os processos de *Coping* assumem uma importância fundamental no sentido em que eles influenciam os stressores a que os indivíduos estão expostos, as reacções às ameaças e os desafios que estes oferecem e à mudança dos stressores a curto e a longo prazo. A ênfase é colocada no indivíduo enquanto agente activo que pode moldar, mas também, ser moldado pelas circunstâncias adversas ao longo do seu ciclo de vida (Moos, 2002).

De acordo com Cronkite e Moos (1995) o *Coping* constitui uma orientação individual relativamente ao problema e ao tipo de actividade usada para responder ao stressor, podendo ser de aproximação/activo ou de evitamento/regulação emocional (foco de *Coping*). Para além disso, o *Coping* pode ser também conceptualizado em termos de método, isto é, se a resposta de *Coping* envolve esforços cognitivos ou esforços comportamentais.

A Figura 1.1 representa graficamente o modelo proposto por Moos e Holahan (2003). Nele, podemos observar que existem dois grandes sistemas: o ambiental e o pessoal.

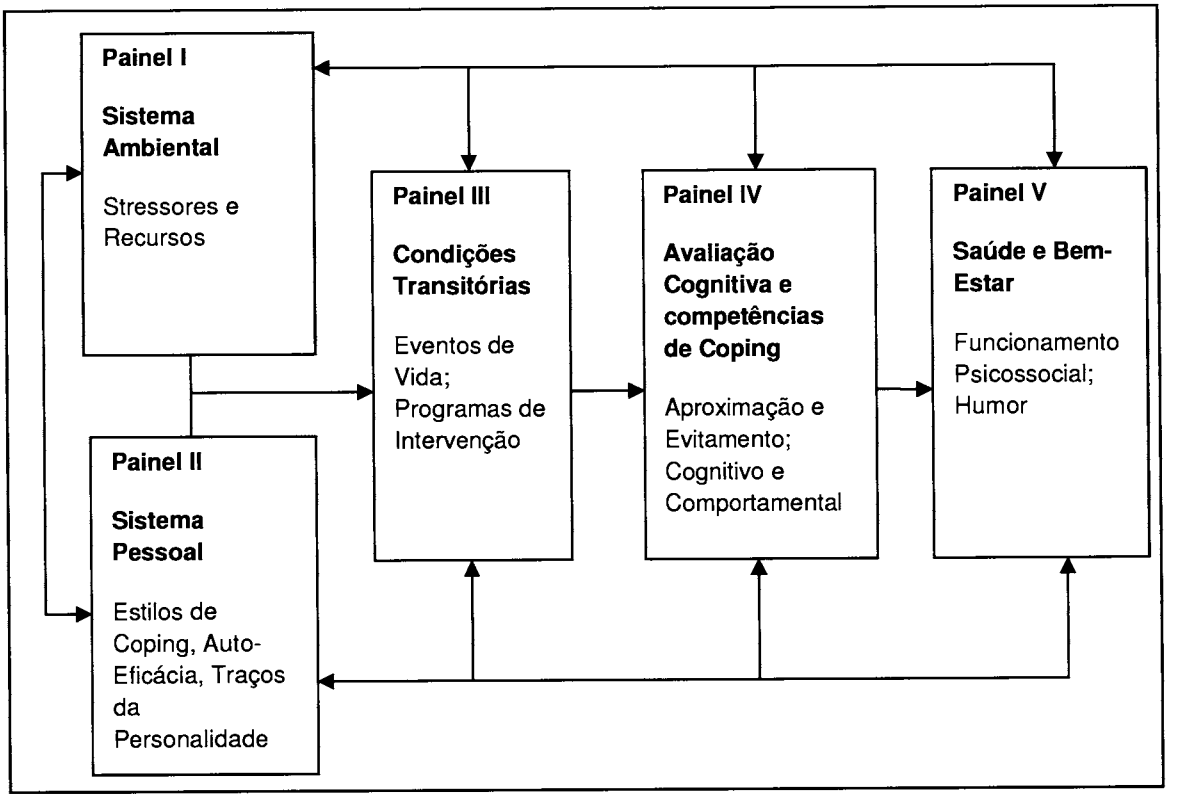


Figura 1.1. Modelo de Interacção entre o Sistema Ambiental, o Sistema Pessoal (incluindo Estilos de *Coping*), Competências de *Coping*, e a Adaptação (Moos & Holahan, 2003).

O sistema ambiental (Painel I) é composto por condições ambientais relativamente estáveis, que incluem os stressores e os recursos sociais em domínios específicos, como por exemplo o trabalho, a saúde e o relacionamento com a família e os amigos. Por sua vez, o sistema pessoal (Painel II) representa os estilos de *Coping* relativamente estáveis do indivíduo, tais como a autonomia, a independência e a sociotropia. Este sistema inclui um largo espectro de características pessoais que influenciam as competências de *Coping*, tais como crenças de auto-eficácia, senso de coerência, optimismo disposicional, habilidades cognitivas e intelectuais, e traços gerais da personalidade como a abertura à experiência e a amabilidade.

Por oposição ao Painel I, que representa aspectos relativamente duradouros do ambiente, o Painel III representa condições ambientais transitórias, tais como novos eventos de vida e participação em programas de intervenção e de tratamento. Ambos os conjuntos de circunstâncias de vida, condições ambientais duradouras e transitórias, moldam os esforços de *Coping* e vão permitir ao indivíduo oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal ou, pelo contrário, o seu declínio.

O modelo pressupõe que os actuais factores ambientais e pessoais são moldados em condições transitórias e são estes três conjuntos de factores que vão potenciar a avaliação cognitiva e permitir ao indivíduo seleccionar as repostas e competências de *Coping* específicas (Painel IV) que, por seu turno, conduzirão à saúde e bem-estar individual (Painel V). Mesmo dependentes do contexto, as competências de *Coping*, associadas à maturação a longo termo e ao bem-estar, parecem captar aspectos moderadamente estáveis da personalidade na resposta às circunstâncias de vida (Moos, 2002). Desta forma, também os recursos pessoais e sociais encontram-se relacionados com o subsequente funcionamento psicossocial (Painel V), quer directa quer indirectamente, através das competências de *Coping* (Painel IV). Os recursos sociais podem reforçar os esforços de *Coping* através do apoio emocional que promove sentimentos de auto-estima e auto-confiança. Segundo Moos e Holahan (2003) a sensação de ser apoiado pode permitir ao indivíduo enfrentar uma situação adversa ou stressante que de outra forma poderia parecer "esmagadora". Ademais, os recursos sociais podem fornecer informações e orientações que ajudam na avaliação do perigo ou ameaça e no planeamento de respostas de *Coping*. Por exemplo, em situações adversas, a informação ou orientação fornecida por um confidente pode aumentar a probabilidade de um indivíduo confiar na análise lógica, na procura de informação ou forjar numa activa resolução de problemas.

As diferentes vias representadas no modelo mostram que estes processos são transaccionais, onde pode ocorrer um *feedback* recíproco em cada etapa, retroalimentando-se, e onde os indivíduos podem utilizar a avaliação e as suas competências de *Coping* para seleccionar e moldar os contextos sociais que interferem nestes (Moos, 2002). Por sua vez, os estilos de *Coping* pessoais e os factores contextuais influenciam as competências de *Coping* e, em conjunto com eles, afectam o funcionamento psicossocial do indivíduo e o seu bem-estar, que se tornam parte do sistema pessoal para quando ocorrer a próxima crise ou a próxima transição de vida (Moos & Holahan, 2003). Ainda, os factores contextuais estáveis e transitórios e os factores pessoais duradouros como os estilos de *Coping* são determinantes da participação numa intervenção, que em si mesmos, constituem também factores contextuais transitórios (Moos & Holahan, 2003).

Especificamente, Moos e Schaefer (1993, cit. por Cronkite & Moos, 1995) propõem um sistema de classificação integrada, onde distinguem o *Coping* segundo as seguintes categorias: (a) *Coping* de aproximação comportamental — Procura de Apoio e Suporte "tomar medidas concretas para lidar directamente com a situação ou com as suas consequências"; (b) *Coping* de aproximação cognitivo — Análise Lógica, Reavaliação Positiva, ensaio mental de acções alternativas e suas consequências, "aceitar a realidade da situação, reestruturando-a a fim de encontrar ganhos favoráveis"; (c) *Coping* de evitamento comportamental — Procura de Ganhos Alternativos, ventilação emocional, e forjar comportamentos para reduzir a tensão, tais como "agir impulsivamente, comer compulsivamente, e tomar tranquilizantes ou outros medicamentos."; e (d) *Coping* de evitamento cognitivo — "resposta destinada a negar ou a minimizar a gravidade da crise ou das suas consequências," "aceitar a situação como ele é e decidir que as circunstâncias básicas não podem ser alteradas." (Cronkite & Moos, 1995, p. 578).

Enquanto o *Coping* de aproximação se refere a estratégias comportamentais e cognitivas no sentido de lidar e/ou resolver os eventos geradores de stresse, o *Coping* de evitamento inclui as estratégias para escapar, negar ou minimizar a situação de stresse (Moos, 1993). Neste sentido o *Coping* activo ou de aproximação inclui estratégias de procura de informação, resolução do problema, procura de suporte social, identificar ganhos na experiência ou situação geradora de stresse, e criar espaços de expressão emocional. Por sua vez, o *Coping* passivo ou de evitamento envolve estratégias cognitivas tais como a negação ou supressão, e comportamentais, tais como o desprendimento. Billings e Moos (1981) reforçam que o *Coping* cognitivo activo (e.g., tentar ver o lado positivo; considerar várias alternativas) e *Coping*

comportamental activo (e.g., falar com um amigo, saber mais sobre a situação) se equiparam ao *Coping* focado no problema; e o *Coping* de evitamento (e.g., reduzir a tensão comendo mais, estar ocupado com outras coisas afim de não pensar no problema), ao *Coping* focado na emoção. Moos (1993) acrescenta ainda que o *Coping* de aproximação revela-se superior ao *Coping* de evitamento, pois aquele encontra-se associado a uma maior auto-confiança e a um maior ajustamento. Apesar de ambos constituírem estratégias de adaptação, o *Coping* de aproximação, focado no problema ou activo parece ter resultados mais positivos ao nível psicossocial (Moos & Billings, 1982). Curiosamente, Ben-Zur (2002) encontrou correlações positivas entre o *Coping* activo e o Afecto Positivo, mas também correlações negativas entre o *Coping* de evitamento e o Afecto Negativo.

Terceiro Capítulo: Suporte Social

"Aside personality and material resources, one of the most important determinants of SWB is having social relationships."

(Tov & Diener, 2009, p. 158)

6. Definição de Conceitos

6.1 Suporte Social

O suporte social é um conceito dinâmico, complexo e percepcionado de acordo com as suas circunstâncias e os seus intervenientes (Santos, Ribeiro, & Lopes, 2003) estando, também por isso, sujeito a diferentes definições e distintas formas de o avaliar.

Shumaker e Brownell (1984) definem o suporte social segundo um conjunto de transacções interpessoais ou trocas de recursos entre pelo menos dois indivíduos, o fornecedor e o destinatário, com vista a melhorar o bem-estar deste último. Hobfoll (1988), por sua vez, refere-se ao construto de suporte social como "(...) those social interactions or relationships that provide individuals with actual assistance or that embed individuals within a social system believed to provide love , caring, or a sense of attachment to a value for social group or dyad" (p. 121). Sarason e Pierce (1999, cit. por Moreira & Melo, 2005) aditam ainda que o suporte é recebido em função de três variáveis: (i) suporte disponível, (ii) estratégias de *Coping* e (iii) grau de stress avaliado.

Ao longo dos tempos têm sido propostos três componentes para o construto de suporte social: dois objectivos, que se prendem com os comportamentos sociais e os recursos da rede social; e um subjectivo, que diz respeito à percepção de suporte social (Hobfoll & Vaux, 1993). Enquanto os comportamentos sociais incluem a percepção do suporte como estratégia de *Coping*, os recursos da rede social referem-se ao número actual de pessoas avaliadas para a interacção social. Walker, MacBridge e Vachon (1977) acrescentam que a rede social descreve a estrutura das relações sociais e inclui o tamanho, a densidade e a homogeneidade. Por seu turno, a percepção de suporte social surge na literatura como uma área do pensamento social que se julga estar particularmente ligada a estados afectivos e emocionais (Henriques & Lima, 2003). Ainda assim, podemos defini-la como dizendo respeito à crença de que os outros estão disponíveis para prestar assistência sempre que necessário (Pierce,

Sarason, & Sarason, 1996). Kenkel (1989) propõe mais duas dimensões, para além das medidas objectivas e subjectivas de suporte social, a saber: (a) podem ocorrer na comunidade, no trabalho ou num nível mais íntimo; e (b) podem servir funções instrumentais e/ou expressivas. Lin e os seus colegas (1997) falam-nos antes de processo de suporte social e sugerem, ao invés, pares de dimensões para o delimitar: (a) suporte real-percebido (*perceived-actual support*); (b) suporte instrumental-expressivo (*instrumental-expressive support*); e (c) suporte diário-crise (*routine-crisis support*). De acordo com Lin e os seus colaboradores (1997) o suporte percebido representa a percepção da avaliação do suporte quando ele é necessário, enquanto o suporte real se refere à natureza e à frequência de transacções específicas de suporte. O suporte instrumental, por sua vez, envolve o uso de relações no sentido de atingir determinado objectivo, como por exemplo, ganhar dinheiro, enquanto o suporte expressivo se refere ao uso de relações sociais no sentido de partilhar sentimentos, procurar compreensão, ventilar emoções e melhorar a auto-estima. Por último, o suporte diário representa o suporte relativo às actividades diárias, tais como cuidar dos filhos, sendo que o suporte em crise caracteriza o suporte percebido ou efectivamente recebido quando o indivíduo se encontra numa situação de crise, como por exemplo, após um acidente de viação. Cullen (1994) amplia ainda esta concepção e propõe outro par de dimensões: suporte informal e suporte formal. Para o autor, enquanto o suporte informal tende a ser recebido através de interacções sociais com outros que não mantêm um status oficial, o suporte formal refere-se ao suporte proveniente de sistemas formais como o sistema judicial, escolas ou programas de governo.

A literatura psicológica tem ainda distinguido aspectos estruturais (i.e., tamanho da rede, frequência de interacções, tipo de relações) de aspectos funcionais (i.e., Satisfação com o Suporte, suporte informacional, instrumental e emocional) do suporte social (Kafetsios, 2006), bem como suporte social percebido (ou seja, percepcionado pelo indivíduo) de suporte social efectivamente recebido (Kafetsios & Sederidis, 2006). Segundo Kafetsios (2006) os aspectos funcionais mostram relações mais fracas com as medidas do bem-estar (i.e., felicidade e ansiedade) comparativamente aos aspectos estruturais do suporte social. Ao nível individual, o autor verificou que a frequência de interacções com amigos significativos (mas não o número total das interacções sociais) estava positivamente associada à felicidade e inversamente associada à ansiedade. No entanto, durante as trocas interpessoais, a quantidade de interacções não mostram associações com a Afecto Negativo nem com o Afecto Positivo. De igual forma, e ao mesmo nível (i.e., durante as trocas interpessoais), a Satisfação com o Suporte Social não evidenciou nenhuma relação com as emoções

ou com o humor, quer positivo quer negativo. Curiosamente, a Satisfação com o Suporte Social aparece positivamente associada com a ansiedade e o *distress* durante essas mesmas trocas. Na revisão de estudos transversais, o autor nota ainda que no grupo de indivíduos mais velhos (idades compreendidas entre 36 e os 68 anos de idade), a Satisfação com o Suporte Social predizia baixos níveis da ansiedade e uma melhor Saúde Mental. Todavia, os mesmos achados não foram verificados no grupo de indivíduos mais novos. No entanto, outros autores (Carels, Blumenthal, & Sherwood, 1998) destacam que é a Satisfação com o Suporte Social, e não os aspectos estruturais da rede de apoio, que se encontra correlacionada à diminuição da tensão arterial e, consequentemente ao bem-estar.

Acresce ainda que o suporte social, tanto o funcional como o estrutural, tende a variar de acordo com o estádio ou etapa do ciclo de vida em que o indivíduo se encontra (Vaux, 1985; cit. por Kafetsios & Sederidis, 2006), com variáveis sócio-demográficas (Bailey, Wolfe, & Wolfe, 1996; Hauff & Vaglum, 1997; Oakley & Rajan, 1991; Ribeiro, 1999), cognitivas e afectivas (Demaray et al., 2009; Liang & Bogat, 1994; Paterniti, Niedhammer, Lang, & Consoli, 2002), de personalidade (Green & Rodgers, 2001), culturais (Copeland & Norell, 2002; Jang & Lyons, 2006; Kafetsios, 2006; Ryan, Sales, Tilki, & Siara, 2008; Suzuki, Holloway, Yamamoto, & Mindnich, 2009), entre outras.

Vários estudos (e.g., Navalhas, 1998; Sollner et al., 1999) apontam, por exemplo, para o facto de indivíduos do Género feminino terem amigos mais próximos e darem maior importância à intimidade e à confiança nas suas amizades estando, por isso, mais associada à saúde, enquanto indivíduos do Género masculino enfatizam maioritariamente a socialização. Ainda ao nível das diferenças entre géneros, Wijndaele e seus colaboradores (2007) sugerem que indivíduos do Género feminino parecem perceber menos suporte social comparativamente aos indivíduos do Género masculino. Hamdan-Mansour e Dawani (2008), pelo contrário, num estudo com população universitária, sublinham que são os indivíduos do Género feminino aqueles que percebem maior stresse, mas também maior suporte social, comparativamente aos indivíduos do Género masculino.

No que diz respeito ao Grupo Etário Olsen, Iversen e Sabroe (1991) verificaram que os elementos mais importantes no fornecimento de suporte social dependiam, precisamente, da faixa etária, sendo que o cônjuge exercia maior influência no grupo etário 30-49 anos, enquanto a família exercia maior influência nos jovens e nos idosos. Por outro lado, os amigos como fonte de suporte social aparecem mais

frequentemente associados entre a população jovem comparativamente a outras faixas etárias (Schonet-Reichl, 1994).

Quanto ao Estado Civil, os indivíduos casados parecem ser aqueles que estão mais satisfeitos com o suporte social, em especial, no íntimo, tendo um maior número de confidentes e uma maior rede social e mais homogénea (Navalhas, 1998; Sollner et al., 1999).

Em relação ao Grau de Escolaridade, os estudos mostram que não existe relação entre o Grau de Escolaridade ou a educação e a Satisfação com o Suporte Social ou o seu oposto (Katapodi et al., 2002).

Relativamente à influência de variáveis cognitivas, afectivas e de personalidade, um estudo realizado por Paterniti e sua equipa de investigação (2002) verificou que o stresse no trabalho (i.e., alta exigência e baixo suporte social) influencia os sintomas afectivos de depressão subsequentes. Para além disso, os indivíduos com baixa auto-estima e altos níveis de hostilidade tendiam a perceber as condições de trabalho como mais adversas, o que parecia contribuir para o aumento do risco de desenvolvimento de sintomas depressivos. Destacam ainda que esta relação não deve ser entendida como directa, corroborando, em vez disso, a hipótese de que traços e factores cognitivos de personalidade influenciam o suporte percebido, o que teria consequências na experiência de stresse sentido no local de trabalho (Paterniti et al., 2002). Demaray e colaboradores (2009) verificaram que a percepção de determinadas fontes de suporte social estava significativamente associada ao auto-conceito em crianças e adolescentes. Karademas (2006) observou que a percepção de suporte social e a auto-eficácia prediziam a depressão e a satisfação com a vida, directa e indirectamente, através do optimismo. Por outro lado, e ainda no mesmo estudo, também o suporte emocional e auto-eficácia predizem o optimismo em população adulta. Dunkel-Schetter, Folkman e Lazarus (1987), por sua vez, concluem que indivíduos com elevados níveis de mestria, auto-estima, religiosidade, auto-actualização e orientação para o sucesso, avaliam melhor (percepção de suporte realmente recebido) as suas redes de suporte social.

Se, por lado, existe um corpo teórico fundamentado que nos mostra os benefícios da interacção social na aprendizagem e consequente desenvolvimento cognitivo e metacognitivo (e.g., Birmingham et al., 2009; Goos, Galbraith, & Renshaw, 2002). Por exemplo, tem sido sugerido que a percepção de Suporte Social promove os recursos e estratégias de *Coping* (Norberg, Lindblad, & Boman, 2006).

Ainda dentro deste campo, Lepore e os seus colaboradores (1996) salienta a importância da qualidade do ambiente social na explicação do processamento

cognitivo subsequente. Para os mesmos autores a qualidade do ambiente social irá determinar a avaliação que o indivíduo faz da situação, designadamente, em situações de potencial ameaça. No mesmo contexto, outros autores têm corroborado a importância de ambientes sociais de suporte no processamento cognitivo e emocional, nomeadamente, em situações de trauma (Horowitz, 1986; Pennebaker, 1993). O que estes autores argumentam é que se o processamento cognitivo for tido em ambientes sociais de suporte, as emoções negativas associadas a eventos traumáticos podem ser enfraquecidas ou substituídas por emoções positivas. Pelo contrário, redes sociais que não providenciam suporte podem interferir com o processamento cognitivo, aumentando a experiência de eventos de stresse associados a eventos traumáticos anteriores (Lepore et al., 1996). Entretanto, outros autores defendem que a rejeição social parece ter um impacto emocional maior que a aceitação social, propriamente dita (Reis & Gable, 2003). Curiosamente, e em última instância, o conflito possui um efeito mais significativo no bem-estar individual do que o suporte, na sua qualidade positiva (Reis & Gable, 2003). Como nos refere Taylor (1991; cit. por Reis & Gable, 2003) "Negative events appear to elicit more physiological, affective, cognitive, and behavioral activity and prompt more cognitive analysis than neutral or positive event" (p. 67). Nesta linha, é defendido que as relações interpessoais providenciam um contexto funcional a muitos dos processos psicológicos básicos e não apenas aquelas que providenciam estímulos positivos.

Por outro, a relação contrária tem sido também estudada e empiricamente validada na literatura científica. Os resultados de um estudo levado a cabo por Billings e Moos (1981) acerca da influência que as estratégias de *Coping* exercem sobre a percepção do suporte social recebido indiciam que quando as estratégias de *Coping* são focadas na resolução de problemas, na procura de suporte e na reavaliação positiva do evento stressante, mais satisfatória é a percepção do suporte social, enquanto o padrão de comportamento evitante aparece relacionado com uma menor Satisfação com o Suporte Social percepcionado. Assim, parece que a natureza e a capacidade de *Coping* podem mediar o grau de Satisfação face ao Suporte percebido em situações de stresse (Coelho & Ribeiro, 2000). Curiosamente, López-Martínez e os seus colaboradores (2008), num estudo com pacientes com dor crónica, mostram-nos que o *Coping* e a percepção de suporte social constituem preditores independentes no ajustamento à dor crónica. Os mesmos autores encontraram uma relação modesta, contudo significativa, entre a percepção de suporte social e o uso de estratégias de *Coping* passivas, mas nenhuma relação evidenciada com o uso de estratégias activas. Para além disso, é ainda sugerido que o suporte social pode constituir, ele próprio,

uma fonte ou um recurso de *Coping* (Parker & Endler, 1992) ou facilitador do mesmo (Schwarzer & Knoll, 2007). Cutrona e Russell (1987) salientam que diferentes tipos de suporte providenciam distintos recursos de *Coping.* Os autores explicam ainda que a adaptação ou o confronto varia consoante as exigências das diferentes situações de vida, um determinado tipo de suporte social só será eficaz quando os recursos de *Coping* corresponderem às exigências da situação em particular. A par do elevado número de trabalhos e revisões que nos elucidam acerca de como as relações interpessoais regulam e são reguladas por processos cognitivos, emocionais e motivacionais centrais (e.g., Lawler & Thye, 1999), parece haver ainda muito que estudar acerca do papel das relações interpessoais e do suporte social nos processos cognitivos, afectivos e motivacionais e vice-versa.

Se é verdade que, nas últimas duas décadas, a pesquisa multidisciplinar nas ciências sociais tem realçado o papel-chave das relações sociais no bem-estar psicológico (Brummett et al., 2004; Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000; Galván et al., 2006; Kafetsios & Sederidis, 2006), na qualidade de vida (Ethgen et al., 2004; Helgeson, 2003; Lim & Zebrack, 2008), na longevidade (Dalgard & Haheim, 1998), na saúde, em geral (Clara et al., 2003; Cohen, 1988; Dressler, Balieiro, & Santos, 1999; Harper et al., 2007; Hildingh et al., 1997; Karakoç & Yurtsever, 2009; Uchino, 2006) e na Saúde Mental, em particular (Bradley & Cartwright, 2002; Cohen & Wills, 1985; Solberg, 1997), não menos verdade é que o estudo acerca deste campo científico está ainda a dar os seus primeiros passos.

Ainda assim, podemos sintetizar os estudos que têm dedicado especial atenção à relação entre suporte social e a saúde em três grandes categorias: (a) o suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stresse, sendo então visto como uma variável mediadora ou moderadora; (b) a longo termo e na presença de situações de stresse ou ameaça, a não existência de suporte é uma fonte de stresse; e (c) o suporte social é benéfico, no sentido em que torna as pessoas mais fortes e em melhores condições para enfrentar as adversidades da vida (Singer & Lord, 1984).

No que diz respeito ao primeiro grupo de estudos, está bem documentado na literatura que o suporte social pode ter efeitos na redução do stresse, constituindo-se um factor moderador ou mediador entre o stresse e a Saúde Mental (e.g., Dalgard, Bjork, & Tambs, 1995; Dunn, Burbine, Bowers, & Tantleff-Dunn, 2001; Heaney & Israel, 2002; Lepore, 1998; Solberg, 1997; Thomas, Jones, Scarinci, & Brantley, 2007; Walker et al., 2006; Wijndaele et al., 2007). Kessler, Price e Wortman (1985) explicam que o suporte social se refere aos mecanismos pelos quais as relações interpessoais,

presumivelmente, protegem os indivíduos dos efeitos deletérios do stresse. Segundo esta perspectiva, o Suporte Social apenas se correlaciona com medidas de saúde em determinados momentos ou fases de vida do indivíduo, isto é, nas fases de stresse ("*Buffering Hypothesis*").

No entanto, a mesma relação parece não ser tão clara e consensual relativamente a todos os aspectos e funções do suporte social (Murphy, Moscicki, Vermund, & Muenz, 2000; Osborne & Rhodes, 2001; Stroebe, Zech, Stroebe, & Abakoumkin, 2005). Por exemplo, Cohen e colaboradores (1984) verificaram que a percepção de suporte social moderava a relação entre eventos de vida negativos e a perturbação psicológica, enquanto o suporte social realmente recebido não mostrava nenhuma influência na mesma relação. Strating, Suurmeijer e Schuur (2006) notam que o suporte social, medido através da satisfação com o suporte emocional, modera a relação entre stresse e *distress* psicológico relativamente à doença física mas apenas a curto prazo, explicando 51% da sua variabilidade. Benson (2006), por sua vez, prefere falar numa relação curvilínea entre o suporte social e o stresse, com o suporte informal a exercer um efeito protector no aumento de stresse, mas apenas até a um certo limite.

Para além disso, estudos longitudinais com população não clínica vêem por em causa os efeitos do suporte social na relação entre eventos de vida stressantes e a saúde mental (Leserman, Li, Hu, & Drossman, 1998; Wildes, Harkness, & Simons, 2002; Zimmerman, Raminez-Valles, Zapert, & Maton, 2000), corroborando, ao invés, a hipótese de que na presença de stressores a longo termo, baixos níveis de Suporte Social deterioram, eles próprios, a Saúde Mental ("*Chronic Strain Hypothesis*") (Dohrenwend & Dohrenwend, 1981). Nesta perspectiva, e no que diz repeito ao segundo grande grupo de estudos, os eventos de vida e o suporte social mostram efeitos independentes na explicação dos resultados de Saúde Mental (Murphy et al., 2000). Por exemplo, tem sido largamente demonstrado que indivíduos com perturbação psicológica possuem tendência para dispor de suporte social escasso (Lunsky & Benson, 1999; Palinkas, Johnson, & Boster, 2004), conflitual e/ou interacções sociais desajustadas (Teixeira, 2000; Tse & Bond, 2003) e também aqueles menos satisfeitos com as suas redes de suporte (Bengtsson-Tops & Hansson, 20001; Caron, Tempier, Mercier, & Leouffre, 1998; Furukawa, Harai, & Hirai, 1999; Langeland, Wahl, & Kristoffersen, 2007), muitas das vezes, associado com a negação ou o não reconhecimento da própria perturbação (White et al., 2000), com a falta de *insight* (Lysaker, Bell, Bryson, & Kaplan, 1998), com a baixa capacidade de empatia (Muran & Safran, 1998) e com distorções cognitivas (Ellis, 1995), o que só por si

constituem factores de stresse. Segundo a perspectiva ecológica, os problemas de comportamento e a psicopatologia emergem quando os sistemas de socialização são perturbados por influências contextuais e comunitárias (McLoyd, 1990). Neste sentido, e em determinadas circunstâncias, também o contexto pode redefinir totalmente a socialização e os resultados ao nível da Saúde Mental do indivíduo (Stormshak & Dishion, 2002). Através de um inquérito anual (*Psychiatric Morbidity Survey*) realizado com 2404 participantes em Inglaterra, Gunnell e a sua equipa de investigação (2004) verificaram que a maior incidência de ideação suicida (entre os 16 e os 24 anos) estava associada a indivíduos com baixos níveis de suporte social ou que tenham experienciado eventos de vida significativos (i.e., pobre estatuto socioeconómico), estar desempregado, e não possuir uma relação estável (i.e., não ter marido, estar junto ou viver com outra pessoa). Também Michalak e seus colegas (2003) verificaram que baixos níveis de suporte social estavam associados a um aumento de perturbação afectiva sazonal (depressão *major*) na população em geral.

Analogamente, sabemos que indivíduos com níveis mais elevados de bem-estar tendem a mostrar excelentes relações sociais comparativamente a indivíduos com menores níveis de bem-estar (Diener & Seligman, 2002; 2009). Diener (2000), numa revisão de estudos nacionais acerca das fontes do Bem-Estar Subjectivo, verificou que o único factor capaz de predizer consistentemente o BES era as relações sociais. Por exemplo, Gallagher e Vella-Brodrick (2008) verificaram que o suporte social percebido, a inteligência emocional e a sua interacção prediziam significativamente o BES e explicavam respectivamente 44%, 50% e 50% da variância na satisfação com a vida, no Afecto Positivo e no Afecto Negativo. Especificamente, e controlando os efeitos das variáveis sócio-demográficas e de personalidade, o estudo evidenciou que a percepção de suporte social de outros significativos, da família e dos amigos prediziam significativamente a satisfação com a vida e o Afecto Negativo e que a inteligência emocional predizia a satisfação com a vida e o Afecto Positivo. Curiosamente, o suporte social parece predizer a satisfação com a vida e o Afecto Negativo e não o Afecto Positivo, ao contrário do que muitos autores encontraram anteriormente (e.g., Lyubomirsky et al., 2006; Unwin et al., 2009). No entanto, Gallagher e Vella-Brodrick (2008) sugerem ainda que a inteligência emocional pode constituir uma variável mediadora entre o suporte social percebido e o BES. Ainda assim, este crescente corpo de conhecimento vem demonstrar que o suporte social constitui um factor promotor do bem-estar ("*Main Effects Hypothesis*"), quer directa quer indirectamente (e.g., Diener & Seligman, 2002; Ulleberg & Rundmo, 1997), em população clínica e não clínica (e.g., Langeland & Wahl, 2009; Swanson & Power,

2001); e independentemente de variáveis sócio-demográficas (e.g., Langeland & Wahl, 2009) e de personalidade (e.g., Moreira et al., 2003).

Ainda dentro desta última abordagem tem sido demonstrado que a Satisfação com as amizades e com as relações sociais predizem a felicidade em população adulta normal (Lyubomirsky et al., 2006); que a avaliação do suporte social parece ser essencial para manter o bem-bstar físico e psicológico em população clínica e não clínica (Dockerty, Williams, McGee, & Skegg, 2000; Kazak et al., 1998; Manne, Duhamel, & Redd, 2000; Speechley & Noh, 1992); e que a percepção de suporte social contribui significativamente para o Afecto Positivo e para o ajustamento psicológico em pacientes com amputação de membros (Unwin, Kacperek, & Clarke, 2009). Por exemplo, Pereira e Canavarro (2009), num estudo levado a cabo com 31 mulheres infectadas com o HIV e grávidas, verificaram que a Satisfação com Suporte Social era um importante factor protector no ajustamento à doença, em particular, e promotor do bem-estar, em geral. Especificamente, o que os autores verificaram foi que o suporte fornecido por outros significativos (i.e., pelo parceiro relacional e pelos pais) era um factor relevante no ajustamento à doença.

Em Portugal, estudos recentes têm mostrado que a Satisfação com o Suporte constitui um forte preditor do bem-estar, independentemente de variáveis personológicas (Moreira et al., 2003). Porém, estudos recentes salientam que a mesma relação deve ser distinguida de acordo com as diferentes funções e estruturas do suporte social. A título exemplificativo, Trumbetta e colaboradores (2009) verificaram que pequenas redes sociais estavam associadas a um maior consumo de álcool em indivíduos com dependência de álcool e que redes sociais maiores estavam associadas a um menor consumo de álcool nesses indivíduos. Para além disso, a frequência dos contactos na rede social influenciava a diminuição dos sintomas de perturbação psicológica, muitas vezes associada à dependência de álcool. Os autores verificaram que uma maior frequência de contactos com a rede social estava associada a uma diminuição de sintomas clínicos. Neste âmbito, diferentes fontes de suporte possuem também impactos desiguais nos distintos níveis de bem-estar. Acresce ainda que outros autores chamam à atenção para o facto de esta relação poder variar de acordo com variáveis sócio-demográficas, como por exemplo, o Género (Patrick et al., 2001), ao invés de independente das mesmas (Langeland & Wahl, 2009). Num estudo levado a cabo com população adulta-madura, foi verificado que elevados níveis de Satisfação com o Suporte emocional proveniente da família estavam associados com menores níveis de Afecto Negativo e maiores níveis de Afecto Positivo em indivíduos do Género masculino, enquanto para os indivíduos do

Género feminino a Satisfação com o Suporte emocional proveniente da família apenas se encontrava associado com menores níveis de Afecto Negativo (Patrick et al., 2001). Embora para estes últimos indivíduos, o suporte emocional provindo dos amigos influenciava o Afecto Positivo.

Apesar de várias teorias incluírem as relações como elementos chave do bem-estar e da Saúde Mental, sugerindo que a satisfação com essas relações é um factor determinante do bem-estar (Reis & Gable, 2003), a interacção social não é, invariavelmente, uma fonte de suporte. Pelo contrário, ela depende da qualidade das interacções (Boyes, & Fletcher, 2007; Diener & Seligman, 2009; Walker et al., 2006; Fontana, Diegnan, Villeneuve, & Lepore, 1999). Langeland e Wahl (2009) verificaram que era a qualidade do suporte social (i.e. *nurturance* e a integração social) que predizia o desenvolvimento de um positivo senso de coerência num período de um ano em indivíduos com problemas de Saúde Mental. Beedie e Kennedy (2002), num estudo com sujeitos que tinham sofrido de lesão da espinal medula, apuraram uma associação entre a qualidade do suporte social e baixos níveis de depressão e desesperança nestes pacientes. Norberg e seus colaboradores (2006) partilham da ideia de que a rede de suporte social nem sempre é uma fonte de suporte: a interacção social é de suporte apenas se ela for percebida como tal. Neste estudo, verificou-se que o uso de suporte social percebido estava mais fortemente associado a baixos níveis de ansiedade em indivíduos que estavam mais satisfeitos com o seu suporte social do que para aqueles que não estavam tão satisfeitos. Ainda, o suporte social percebido pode influenciar os níveis de *distress*, enquanto o contrário parece mais raro.

Para além da qualidade das relações e da percepção das mesmas, outras variáveis parecem influenciar, novamente, nesta relação. Por exemplo, Ridder e Schreurs (1996) afirmam que indivíduos com doença crónica expressam Satisfação com o Suporte Social emocional e prático, enquanto o suporte social informativo, especialmente quando provém de amigos e familiares, é visto como interferência indesejável. Palinkas e colaboradores (2004) acrescentam que a Satisfação com o Suporte Social está inversamente correlacionada com o humor depressivo. Porém, os mesmos autores acrescentam que, em períodos de erosão de suporte social e durante uma fase de isolamento prolongado em grupos terapêuticos, o suporte social (i.e., outros significativos, como familiares e amigos) parece relacionado como aumento do humor depressivo nestes indivíduos. Estudos recentes (e.g., Graham, 2006; Yau, Leung & Leung, 2005) têm ainda realçado uma associação entre a satisfação com as relações sociais e as características da rede social. Enquanto alguns autores

salientam o tamanho da rede como o principal preditor da satisfação com a rede social (Goldberg, Rollins, & Lehman, 2003; Yau et al., 2005), outros focam a sua composição (Graham, 2006) e, ainda outros (Väänänen, Vahtera, Pentti, & Kivimäki, 2005), preferem apontar aspectos metodológicos como demonstrativos dos dissemelhantes resultados encontrados.

No que diz respeito às medidas de avaliação do suporte social, são diversas e encontram-se relacionadas com os seus diferentes componentes e funções. Relativamente à Satisfação com o Suporte Social, componente perceptiva e funcional, tem sido, frequentemente, medida através do Questionário de Suporte Social (*Social Support Questionnaire*; Sarason et al., 1987); do Questionário de Suporte Social Funcional (*Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire*; Broadhead et al., 1988); ou ainda da Escala de Satisfação com o Suporte Emocional (*Emotional Support Satisfaction Scale*; *European Research on Incapacitating Diseases and Social Support*, 1996), que mede a discrepância entre o suporte actual e o suporte desejado. Em Portugal, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) desenvolvida por José Luís Pais Ribeiro (1999) tem sido a Escala mais largamente usada para medir a referida componente. No presente estudo consideramos que o construto Satisfação com o Suporte Social, medido através da Escala de Satisfação com o Suporte Social pode ser entendido segundo uma dimensão subjectiva de bem-estar (Ribeiro, 1999).

7. Teorias, Factores e Modelos Explicativos do Suporte Social

7.1 Teorias e Factores Biológicos

7.1.1 Hipótese Reactividade-Suporte Social *(The Social Support-Reactivity Hypothesis)*

O pressuposto fundamental da presente hipótese consiste na assunção de que o suporte social tem efeitos sobre a saúde através da redução da reactividade psicofisiológica aos stressores (e.g., Fontana et al., 1999; Lepore, Miles, & Levy, 1997). Especificamente, propõe-se que o suporte social promove a saúde atenuando ou prevenindo respostas fisiológicas ao stresse prejudiciais, como por exemplo uma excessiva e prolongada resposta cardiovascular.

Lepore (1998) propõe dois paradigmas sobre os quais a Hipótese de Reactividade-Suporte Social assenta: o "passivo" e o "activo". Relativamente ao primeiro, é defendido que a mera presença de um amigo reduz a reactividade cardiovascular ao stresse. Contudo, os mecanismos através dos quais esse apoio é prestado não são ainda claramente compreendidos. Ainda assim, Bovard (1959 cit. por Lepore, 1998) salienta a função neuroendócrina como principal agente na resposta directa aos stressores. O autor sustenta que a presença de outros possui uma influência directa na resposta ao stressor, atenuando a activação neuroendócrina, o que reduziria a excitação fisiológica (ou o stresse biológico) na presença de ameaças e exigências ambientais. Concretamente, os stressores teriam um efeito activador no hipotálamo posterior que, por sua vez, enviaria sinais nervosos para as células neuroendócrinas situadas nas zonas medianas do hipotálamo. Esta secreção estimularia a libertação de hormonas corticotróficas e estas, por seu turno, a glândula pituitária, que libertaria hormonas adrenocortocotróficas na corrente sanguínea, fazendo com que a glândula supra-renal segregue catecolaminas (i.e., adrenalina e noradrenalina). Esta cadeia de reacções fomentaria respostas comportamentais, biológicas e psicológicas, como o medo, a ansiedade e a excitação geral do organismo. Mais simplificadamente, a presença de outras pessoas aumentaria a actividade do hipotálamo anterior que, por sua vez, inibiria a actividade do hipotálamo posterior e os seus centros, reduzindo, desta forma, a actividade adrenal-pituitária. Assim, quando os indivíduos se encontram expostos a stressores e na presença de outra pessoa, a sua resposta cortical-adrenal-pituitária é atenuada porque o nível inicial de excitação é baixo. Para além disso, como o hipotálamo regula o sistema nervoso autónomo, simpático-adrenal-medular, a actividade deve ser inibida perante situações de stresse na presença de outros.

No segundo paradigma, é defendido que a presença de uma outra pessoa que fornece apoio activamente (i.e., fornece informação de apoio ou mostra gestos e comportamentos de apoio) pode reduzir o risco cardiovascular ao stressor. Nesta perspectiva, a estima e o apoio emocional fornecido ajudam a reduzir o stresse, essencial para a saúde e para o bem-estar (Lepore, 1998). Krantz e Manuck (1984) sugerem ainda que a reactividade fisiológica ao stresse depende de disposições individuais. Desta forma, uns indivíduos estariam mais predispostos a uma elevada reactividade, enquanto outros a uma menor reactividade fisiológica. Uma maior reactividade predispõe, por seu turno, para um elevado risco de doenças, já que estes indivíduos tenderiam a uma maior excitação fisiológica como resposta comportamental

às exigências diárias. Ademais, parece que uns indivíduos, mais do que outros, tendem a beneficiar mais com o suporte social (Matthews, 1982).

Em suma, e apesar destes importantes contributos, a investigação dentro da Hipótese Reactividade-Suporte Social necessita ainda e, primariamente, de evidência que apoie a reactividade possui um papel central na doença e, secundariamente, de evidência que sustenta que o ambiente social influencia, quer a reactividade quer a saúde dos indivíduos (Lepore, 1998).

7.2 Teorias e Modelos Psicológicos

7.2.1 Modelo da Hipótese Moderadora: O Efeito Moderador/Protector do Suporte Social *(Buffering Hypothesis Model: The Moderate/Protective Effect of Social Support)*

Tendo em consideração que grande parte dos estudos empíricos acerca dos efeitos psicossociais do suporte social se inserem dentro da "*buffering hypothesis*", torna-se pertinente representá-la aqui como uma das principais abordagens ao estudo do suporte social. Quer na saúde, em geral (Glei, Goldman, Chuang, & Weinstein, 2007), como em doenças cardiovasculares (Blumenthal et al. 1987; Well & Kolk, 2008), diabetes (Griffith, Beverly, Field, & Lustman, 1990) e cancro (Hobfoll & Walfisch, 1984), quer no bem-estar e na Saúde Mental, em particular (Cohen & Wills 1985; Cranford, 2004; Wilcox, 1981), como nos comportamentos aditivos (Johnson & Jennison, 1991) e perturbações afectivas (Falcón, Todorova, & Tucker, 2009); a "*buffering hypothesis*" tem recebido uma crescente atenção por parte dos vários investigadores. Também nos mais diversos contextos tem sido demonstrado que o suporte social modera ou minimiza os efeitos negativos do stresse, com por exemplo: em situações de crise (Lepore et al., 1991), no desemprego, stresse e satisfação no trabalho (Ducharme & Martin, 2000; Dunseath, Beehr, & King, 1991; Gore, 1978; Haines, Hurlbert, & Zimmer, 1991; Pelfrene et al., 2002; Richman & Rosenfeld, 1987; Wong & Lin, 2007), no desporto (Raedeke & Smith, 2004; Ryska & Yin, 2000), na Saúde física e Mental (Hammer, 1981; Leavy, 1983) e transições do ciclo de vida (Cutrona, 1984; Kitson, Babri, Roach, & Placidi, 1989).

De acordo a presente abordagem, o suporte social é visto como um moderador ou mediador ("*buffering*") dos aspectos negativos da situação geradora de stresse

(Gordillo, 1999). O pressuposto básico desta hipótese consiste na assunção de que o suporte social, *per se*, não tem necessariamente nenhum efeito na saúde dos indivíduos, mas apenas quando estes se encontram expostos a stressores psicossociais (Cassel, 1974; House, 1981). Nesta perspectiva, na presença de eventos de vida stressantes, o suporte social afecta os níveis de *distress* da seguinte maneira: para níveis baixos de suporte social, a relação entre eventos de vida e o *distress* psicológico deverá ser fortemente positiva; já quando o suporte social é elevado, a associação entre os eventos de vida e o *distress* deverá diminuir ou mesmo desaparecer, em condições de suporte máximo (Cassel, 1974). Segundo Kessler e McLeod (1985), é por essa razão que a relação estatística entre os efeitos dos stressores e o suporte social não é aditiva, mas interactiva. Neste sentido, é sugerido que os aspectos emocionais de ameaça advindos dos stressores psicossociais são moderados ou atenuados pelos aspectos emocionais e positivos do suporte social. Pela mesma razão, quando os efeitos do suporte social se encontram ausentes, os aspectos emocionais de ameaça advindos dos stressores psicossociais podem ser aumentados ou enaltecidos.

A evidência para a "*buffering hypothesis*" advém do facto do suporte social realmente recebido pelos indivíduos parecer menos importante no processo do que a crença de que o suporte social está disponível para o mesmo sempre que este necessitar (Wethington & Kessler, 1986). Por outro lado, vários estudos concluem que indivíduos que recebem elevados níveis de suporte social tendem a ter consequências de saúde menos negativas posteriormente a eventos de stresse comparativamente a indivíduos que recebem menores níveis de suporte social (Davis-Sacks, Jayaratne, & Chess, 1985; Dean & Lin, 1977). Mais, o suporte social parece ter um impacto menor na saúde física e psicológica dos indivíduos na ausência de eventos de vida stressantes (Argyle & Little, 1972). Ainda assim, esta relação parece também ser moderada por factores da personalidade (Luszczynska & Cieslak, 2005), relacionada com variáveis cognitivas, como a inteligência emocional (Amitay & Mongrain, 2007) ou ainda influenciada por variáveis sócio-demográficas como o Género (Ystgaard, Tambs, & Dalgard, 1999). Por exemplo, num estudo levado a cabo por Olstad, Sexton e Søgaard (2001), a rede social (tida como o número de familiares que providenciavam suporte) e o suporte social (medidos através do suporte instrumental e emocional), corroboram a hipótese de "*buffering*" no *distress* psicológico e, de uma forma geral, esse efeito era maior para os indivíduos do Género feminino comparativamente aos indivíduos do Género masculino, nomeadamente no que diz respeito à rede social. Também Fusilier, Ganster e Mayes (1987) nos mostram que o suporte social possui

um efeito moderador no stresse do trabalho, mas apenas para aqueles indivíduos que tinham um locus de controlo interno por oposição aos indivíduos que tinham um locus de controlo externo. Especificamente, verificaram que os indivíduos com um locus de controlo interno tinham vantagens na Saúde Mental (sintomas depressivos e queixas somáticas) ao utilizar o suporte social como atenuador ou minimizador na resposta ao stresse do trabalho (Fusilier et al., 1987). Cohen e Wills (1985) concluem, convictamente, que os efeitos moderadores do suporte social dependem, em primeiro lugar, do tipo de suporte e, em última instância, do tipo de medidas utilizadas.

7.2.2 Modelo da Hipótese de Tensão Crónica: O Efeito Directo/Protector do Suporte Social *(Chronic Strain Hypothesis Model: The Direct/Protective Effect of Social Support)*

Outro campo de pesquisa acerca do suporte social pressupõe que a influência no bem-estar psicológico é feita de forma directa e não mediada ou moderada (Cassel, 1974). De acordo com esta abordagem, e na presença de stressores a longo termo, baixos níveis de suporte social deterioram, eles próprios, a Saúde Mental (Dohrenwend & Dohrenwend, 1981). Especificamente, indivíduos com níveis mais elevados de suporte social experimentam menores níveis de *distress* psicológico. Inversamente, indivíduos com menores níveis de suporte social tendem a experimentar níveis mais elevados de *distress* psicológico. Pela mesma razão, a presente abordagem é também inserida no âmbito da pesquisa acerca da hipótese protectora do efeito do suporte social (Dong, Beck, & Simon, 2010; Luszczynska & Cieslak, 2005).

Na saúde em geral, tem sido amplamente demonstrado que o suporte social ajuda a reduzir o risco de acidente cardiovascular através da atenuação da reactividade cardiovascular ao stresse (Kamarck, Peterman, & Raynor, 1998; Smith & Gerin, 1998); que um pobre suporte social está associado a um elevado risco de doença cardiovascular, bem como, a mortes devido a causas cardiovasculares (Berkman & Syme, 1979; Orth-Gomer & Johnson, 1987); e que o suporte social se encontra relacionado com o funcionamento do sistema imunitário (Theorell, Blomkvis, & Jonsson, 1995) e com a produção endócrina (Kirschbaum, Klauer, Filipp, & Hellhammer, 1995). Carels, Blumenthal e Sherwood (1998) destacam que é a Satisfação com o Suporte Social, e não os aspectos estruturais da rede de apoio, que

se encontra correlacionada à diminuição da tensão arterial associada ao risco de acidentes cardiovasculares.

Por sua vez, dentro do campo de pesquisa da Saúde Mental, Kessler e colaboradores (1985), numa revisão de literatura, concluem que o suporte social pode proteger os indivíduos em risco de subsequentes perturbações mentais. Janssen, Bakker e Jong (2001) verificaram que baixos níveis de suporte social tinham efeitos directos no bem-estar psicológico e que a falta deste era um importante preditor de *burnout* no trabalho em indivíduos do Género masculino. McCarty e seus colaboradores (2006) verificaram que eventos de vida stressantes e o suporte proveniente dos cuidadores estavam independentemente associados com os sintomas depressivos em adolescentes. Quer adolescentes do Género masculino, quer adolescentes do Género feminino que viam os seus progenitores como fornecendo menores níveis de suporte, reportavam mais sintomas depressivos comparativamente aos adolescentes de ambos os géneros que viam os seus progenitores como fornecendo mais suporte. Bjarnason (1994) corrobora o efeito protector do suporte social, sugerindo que o suporte mental fornecido pela família interfere directamente nos níveis de sintomatologia depressiva e nos comportamentos de suicídio, reduzindo-os. Curiosamente, no mesmo estudo, o autor verifica que o suporte mental fornecido por outros, que não a família, aumentava o risco de comportamentos de suicídio. Ainda dentro desta perspectiva, indivíduos que percebem maiores níveis de suporte social avaliam o ambiente como menos stressante. Por exemplo, House (1981) refere que gerentes que recebem informação dos seus colegas de trabalho acerca de novas estratégias para competir com sucesso com as ofertas concorrentes de outras empresas tendem a lidar de forma menos stressante com essas mesmas tarefas de competitividade do que aqueles que não recebiam esse apoio por parte dos colegas de trabalho.

A evidência para a perspectiva protectora e directa dos efeitos do suporte social ("*Chronic Strain Hypothesis*") advém de diversos estudos que nos mostram a independência dos eventos de vida e do suporte social na explicação dos níveis de *distress* psicológico. Por exemplo, Murphy e a sua equipa de investigadores (2000), num estudo levado a cabo com adolescentes portadores do vírus HIV, verificaram que a Satisfação com o Suporte Social e o *Coping* adaptativo encontravam-se directamente associados com menores níveis de depressão nestes indivíduos. Também López-Martínez e os seus colaboradores (2008), num estudo com pacientes com dor crónica, verificaram que a Satisfação com o Suporte Social estava associada com o humor depressivo e com a intensidade da dor (i.e. diminuição da sintomatologia

depressiva e da intensidade da dor), mas não com a incapacidade funcional. Para além disso, esta relação parece ser independente do uso de um *Coping* activo, embora se tenha verificado uma relação modesta, contudo, significativa entre o suporte social e as estratégias de *Coping* passivas, evidenciando que maiores níveis de percepção de suporte social estavam relacionados com um menor uso de estratégias de *Coping* passivas. Em suma, o estudo realça que a percepção de suporte social e o *Coping* com a dor constituem preditores independentes no ajustamento à dor crónica, medido através da intensidade da dor, do humor depressivo e do funcionamento psicossocial (López-Martínez et al., 2008). Väänänen e seus colegas (2005), seguindo uma metodologia longitudinal, corroboram a hipótese de independência dos efeitos do suporte social prévio e posterior na morbilidade psiquiátrica de trabalhadores finlandeses do Género feminino. Especificamente, e após controlarem variáveis sócio-demográficas, de Saúde Mental, de personalidade e de consumo de álcool, verificaram que as fontes de suporte relacionadas com a família e com o parceiro mostram ser um importante recurso para a Saúde Mental. Para além disso, verificaram que a homogeneidade da rede social estava associada com uma pior Saúde Mental após um período de três anos. Tal como esperado, o suporte fornecido pelos amigos constitui um importante factor de protecção contra o risco de aumento de morbilidade psiquiátrica em situações de perda ou doença de um familiar ou experiência de conflito interpessoal. No entanto, outros estudos reportam que a percepção de suporte social mostra um efeito protector contra o *distress* psicológico, mas apenas quando factores de personalidade moderam esta relação (Luszczynska & Cieslak, 2005).

7.2.3 Modelo da Hipótese dos Efeitos Principais: O Efeito Promotor do Suporte Social *(Main Effects Hypothesis Model: The Promotive Effect of Social Support)*

De acordo com esta perspectiva, o suporte social promove o bem-estar e independentemente da existência de acontecimento de vida stressantes (Ulleberg & Rundmo, 1997). Mesmo antes dos acontecimentos de vida geradores de stresse ocorrerem, o suporte social contribui para o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos.

Vários estudos têm evidenciado que o suporte social é benéfico porque torna as pessoas mais fortes e em melhores condições para enfrentar acontecimentos de vida adversos. Por exemplo, Phillips, Gallagher e Carroll (2009), num estudo levado a

cabo com 112 indivíduos saudáveis do Género feminino, observaram que o suporte fornecido por um amigo, mais do que por um estranho, estava associado com uma atenuação da tensão arterial, mas apenas quando o suporte era fornecido por um amigo do Género masculino. Pelo contrário, quando o suporte era fornecido por um estranho ou por um amigo do Género feminino, estava associado a um aumento de tensão arterial. Complementarmente, Swanson e Power (2001) verificaram que o suporte fornecido pelos colegas de trabalho estava relacionado com baixos níveis de Afecto Negativo e elevados níveis de Afecto Positivo. Langeland & Wahl (2009), num estudo com população adulta e com problemas de Saúde Mental, verificaram que o suporte social aumentava o senso de coerência, essencial para o bem-estar nestes indivíduos. Especificamente, a qualidade do suporte social prediz positivamente um desenvolvimento de um senso de coerência em indivíduos com problemas de Saúde Mental. Boehmer, Luszczynska e Schwarzer (2007), num estudo levado a cabo com pacientes com cancro, verificaram que o suporte social recebido inicialmente (medido através da percepção de suporte emocional e instrumental) fomentava o bem-estar emocional nos participantes do estudo. Para além disso, esse efeito não era mediado pelo *Coping*, mas antes relacionado directamente. Stafford e seus colaboradores (2008) acrescentam que, para além dos níveis de suporte promoverem a Saúde Mental, a associação entre stresse e os níveis de *distress*, neste caso, de sintomas depressivos, é independente. Quer isto dizer que, independentemente dos níveis de stresse, o suporte social mostra uma associação negativa com o *distress* emocional e uma associação positiva com ajustamento e bem-estar psicológico. Mesmo controlando variáveis demográficas, o suporte social geral e estados de saúde, 51% da variabilidade encontrada na satisfação com a vida em adultos-maduros era explicada pelo suporte social (percepção do suporte e suporte emocional) provindo dos seus netos.

Em suma, a hipótese dos efeitos principais sugere que o suporte social possui um efeito directo na promoção dos indicadores positivos e inibindo os indicadores negativos do bem-estar (Cohen & Wills, 1985). Por outras palavras, nesta perspectiva, a qualidade de vida parece ser enaltecida pela presença ou pela percepção de relações de carinho e de apoio (Jung & Khalsa, 1988; Roos & Cohen, 1987).

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

8. Metodologia/*Design* da Investigação

Nas palavras de Hill e Hill (2008) o presente capítulo
"Conta a história que o autor começou a ler ao leitor na revisão de literatura." (p. 348)

Durante muitos anos, a avaliação da Saúde Mental na população adulta foi tecida essencialmente sob aquilo que eram os défices, características e factores negativos dos indivíduos ou ainda, ao nível mais geral, a sua perturbação psíquica. Transcorrido mais de um século de existência da ciência Psicológica, a Psicologia Positiva vem-nos dizer que: (a) os aspectos positivos e negativos da natureza humana podem ser reunidos em cada pessoa; e (b) todas as pessoas têm potencial psicológico e capacidade para atingir um funcionamento óptimo (Snyder & Lopez, 2003). Ao longo destes últimos 30 anos, os métodos de avaliação da Saúde Mental têm vindo a ser alargados (McHorney, 1999) o que constituí, não só o reflexo de uma mudança de paradigmas, como também formas mais específicas, precisas e diversas de avaliação, por diferenciação às primeiras, que se mostravam demasiadamente genéricas, pouco precisas e com menos critérios de selecção e subsequente utilização. Ao contrário do que se possa pensar, esta proliferação de métodos, técnicas e instrumentos, ao invés de reduzir ou limitar a sua actuação, tem-se reflectido numa compreensão mais completa e dinâmica acerca da saúde, em geral e, Saúde Mental, em particular.

De acordo com Almeida e Freire (2003), "o paradigma adoptado pelo investigador determina, não só as suas opções metodológicas, como estas afectam, ou podem afectar, os dados, o seu tratamento e as respectivas conclusões" (p. 31). Por outras palavras, as lentes que utilizamos para olhar a *praxis* científica determinam ou influenciam largamente a visão que temos do mundo que nos rodeia que, neste caso, não é mais do que a investigação empírica que temos em mãos. Na verdade, e a par do debate que tem havido no meio científico já há mais de 100 anos acerca dos paradigmas de investigação em ciências sociais e humanas, vários investigadores nos vêm dizer que os métodos quantitativos não são necessariamente positivistas, assim como os métodos ou as técnicas qualitativas, também não são necessariamente hermenêuticas (Cook & Reichardt, 1979; Miller & Fredericks, 1991; Sieber, 1973; Onwuegbuzie & Leech, 2005). Ora, se é verdade que a presente investigação assenta num pressuposto de índole, maioritariamente, quantitativa, não é menos verdade que,

associada a ela, existe também uma subjectividade inerente à qual o investigador não deve revogar, mas antes considerar.

Nesta segunda parte, serão descritas as linhas metodológicas que orientaram o presente trabalho de investigação. Começamos por dividir a metodologia de investigação em dois importantes aspectos. Um, respeitante aos momentos preparativos da própria investigação, cuidados metodológicos a ter em consideração, desde a fase da definição do problema a investigar, objectivos do estudo propriamente ditos e definição de um modelo de relações entre as variáveis a testar. O segundo refere-se às questões do plano da investigação. Neste momento, serão apresentados os participantes e características pessoais e sócio-demográficas associadas. Por último, descrevemos os respectivos instrumentos utilizados na recolha dos dados, bem como os métodos e as técnicas de recolha de informação que se concretizam, por fim, nos procedimentos compreendidos na recolha de dados.

8.1 Problemas de Investigação

Partindo da actual pesquisa na literatura científica e, especificamente, dos trabalhos empíricos mencionados nos capítulos anteriores, o presente estudo propõe analisar a relação entre o tipo de Processamento Cognitivo subjacente ao Bem-Estar Subjectivo (reportório de pensamento-acção mais "Aberto"), a componente afectiva do Bem-Estar Subjectivo (designadamente o Afecto Positivo *vs* Afecto Negativo) e o suporte social (mais concretamente a componente subjectiva do mesmo, isto é, a Satisfação com o Suporte Social) e averiguar se estas relações variam consoante a natureza clínica e não clínica dos grupos em análise. Procura-se ainda verificar se outras variáveis, como pessoais e sócio-demográficas e outras formas de *Coping*, se relacionam, independentemente e/ou como moderadoras, com a componente afectiva do Bem-Estar Subjectivo, quer considerando os participantes no seu todo, quer considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos. No essencial, procuraremos responder a seis perguntas-chave que servirão como linhas norteadoras do presente trabalho e que, em termos operacionais, se definem em:

1. O tipo de Processamento Cognitivo "Aberto" (e não outras formas de *Coping*), avaliado através do *Coping Responses Inventory*, influencia significativamente o Bem-Estar Subjectivo, nomeadamente o Afecto Positivo (e não o Afecto Negativo), avaliado

através da *Positive and Negative Affect Schedule*? A verificar-se, como se relacionam as variáveis entre si?

2. A Satisfação com o Suporte Social, avaliado através da Escala de Satisfação com o Suporte Social, influencia significativamente o Bem-Estar Subjectivo, designadamente o Afecto Positivo e o Afecto Negativo, avaliado através da *Positive and Negative Affect Schedule*? A verificar-se, como se relacionam as variáveis entre si?

3. Outras variáveis, como as pessoais e sócio-demográficas, recolhidas através da Ficha de Dados Pessoais e Sócio-Demográficos, influenciam significativamente o Bem-Estar Subjectivo, designadamente o Afecto Positivo e o Afecto Negativo, avaliado através da *Positive and Negative Affect Schedule*? A verificar-se, como se relacionam as variáveis entre si?

4. O tipo de Processamento Cognitivo "Aberto" (e não outras formas de *Coping*), avaliado através do *Coping Responses Inventory,* influencia significativamente a relação entre Satisfação com o Suporte Social, avaliado através da Escala de Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Positivo (e não o Afecto Negativo), avaliado através da *Positive and Negative Affect Schedule*? A verificar-se, como se relacionam as variáveis entre si?

4.1. A existir relação, ela varia em função da natureza (clínica vs não clínica) dos participantes medida através do Inventário de Saúde Mental?

5. Outras variáveis, como as pessoais e sócio-demográficas, recolhidas através da Ficha de Dados Pessoais e Sócio-Demográficos, influenciam significativamente a relação entre Satisfação com o Suporte Social, avaliado através da Escala de Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Positivo e Negativo, avaliado através da *Positive and Negative Affect Schedule*? A verificar-se, como se relacionam as variáveis entre si?

5.1. A existir relação, ela varia em função da natureza (clínica vs não clínica) dos participantes medida através do Inventário de Saúde Mental?

6. A existir influência de todas as variáveis citadas anteriormente, as variáveis tipo de Processamento Cognitivo "Aberto" e Satisfação com o Suporte Social explicam maior variabilidade nos níveis de BES, designadamente de Afecto Positivo e de Afecto Negativo, comparativamente às variáveis pessoais e sócio-demográficas?

6.1. A mesma variabilidade explicada, varia em função da natureza (clínica vs não clínica) dos participantes medida através do Inventário de Saúde Mental?

8.2 Objectivos do Estudo

Partindo das questões ou perguntas de investigação, o presente estudo tem como objectivo dar continuidade à actual pesquisa acerca do BES. De forma geral e ao nível teórico, propõe-se aprofundar a compreensão acerca do referido construto e, especificamente, das variáveis critério Afecto Positivo e Afecto Negativo, assim como identificar possíveis variáveis explicativas ou preditoras do mesmo, quer considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos em análise, quer não considerando diferentes níveis de Saúde Mental. Para o efeito, procederemos à análise da influência da variável tipo de Processamento Cognitivo "Aberto" e outras formas de *Coping*, da variável Satisfação com o Suporte Social, e das variáveis pessoais e sócio-demográficas no Afecto Positivo e no Afecto Negativo. Para além disso, analisamos se as mesmas relações variam em função dos níveis de Saúde Mental dos participantes. Complementarmente, consideramos ainda a possível influência de variáveis parasitas do Afecto Positivo e do Afecto Negativo associadas aos participantes, a saber: a Área de Residência, o Género, o Grupo Etário, o Estado Civil ou o Estatuto Marital, o Grau de Escolaridade, o Estatuto Sócio-Económico, a Qualificação Profissional e a Situação Profissional Actual. Especificamente, procuramos concretizar os seguintes seis objectivos:

1. Apreciar a relação entre o tipo de Processamento Cognitivo "Aberto" (e outras formas de *Coping*) e os níveis de BES, em particular, de Afecto Positivo e de Afecto Negativo;

2. Apreciar a relação entre a Satisfação com o Suporte Social e os níveis de Bem-Estar Subjectivo, em particular, de Afecto Positivo e de Afecto Negativo;

3. Apreciar a relação entre as variáveis pessoais e sócio-demográficas que caracterizam os participantes e os níveis de BES, em particular, de Afecto Positivo e de Afecto Negativo;

4. Apreciar a relação entre o tipo de Processamento Cognitivo "Aberto" (e outras formas de *Coping*), a Satisfação com o Suporte Social e os níveis de BES, mais concretamente, de Afecto Positivo e Afecto Negativo;

4.1. A existir relação, analisar se a mesma varia em função da natureza clínica vs não clínica dos participantes;

5. Apreciar a relação entre as variáveis pessoais e sócio-demográficas que caracterizam os participantes, a Satisfação com o Suporte Social e os níveis de BES, especificamente, de Afecto Positivo e de Afecto Negativo;

5.1. A existir relação, analisar se a mesma varia em função da natureza clínica e não clínica dos participantes; e

6. A existir influência das variáveis tipo de Processamento Cognitivo "Aberto", Satisfação com o Suporte Social e pessoais e sócio-demográficas nos níveis de BES, designadamente de Afecto Positivo e Negativo, apreciar a grandeza da mesma influência, quer considerando os participantes no seu todo quer considerando a natureza clínica vs não clínica dos participantes.

Ao nível prático, os mesmos objectivos constituem potenciais factores a desenvolver junto, quer de população com maiores níveis Saúde Mental quer da população com menores níveis de Saúde Mental, com vista a aumentar os níveis de Bem-Estar Subjectivo. Parece que nos últimos tempos, e em Portugal, temos vindo a dar maior importância a questões relacionadas com a Saúde Mental dos indivíduos (Moreira & Melo, 2005), o que naturalmente tem a ver com o desenvolvimento das sociedades e com o aumento da incidência de perturbações mentais. Neste sentido, importa actuar ao nível da Saúde Mental e pensar qual o papel que ela tem vindo a ocupar nas sociedades e estilos de vida subjacentes, bem como os seus factores associados. Ainda assim, não apenas se prevê um aumento de incidência de perturbações mentais, quer no nosso país, quer ao nível mundial, mas também, e com ele, um maior número de problemas, directa ou indirectamente relacionados (Relatório Sobre a Saúde no Mundo, 2001).

Acresce ainda, que área da Saúde Mental em Portugal estabelece-se como uma das prioridades nos programas de saúde nacionais e, especificamente, um dos seus objectivos subsiste em "reduzir o impacte das perturbações mentais e contribuir para a promoção da Saúde Mental das populações" (Resolução do Conselho de

Ministros n.º 49/2008, de 6 de Março). Para tal, torna-se forçoso conhecer e compreender os mecanismos e processos envolvidos nos diferentes construtos, assim como, tornar a sua aplicação num procedimento empiricamente validado. Conhecer e explicar quais os processos e factores envolvidos na promoção do Bem-Estar Subjectivo nos diferentes grupos de indivíduos fundamentam uma *praxis* indispensável ao trabalho de qualquer profissional inserido no contexto da Saúde Mental.

Em suma e pese embora o presente *design* de investigação não se trate de uma verificação de hipóteses experimentais, o estudo visa contribuir para o enriquecimento da compreensão acerca do construto Bem-Estar Subjectivo, ao nível geral e, do Afecto Positivo e Negativo, em particular, bem como teorias e factores preditores subjacentes, quer em população clínica quer em população não clínica na região de Évora e Portalegre. Apresentamos, de seguida, a definição de hipóteses tendo em vista as perguntas do estudo, assim como, os seus objectivos.

8.3 Hipóteses de Estudo

Por razões teóricos, mas também metodológicas, dividimos a definição de hipóteses em três estudos. No primeiro, colocamos em relevo o teste de hipóteses relativamente aos níveis de Saúde Mental e de afecto dos participantes e de acordo com a natureza clínica e não clínica dos grupos, podendo, então, ser considerado como um "pré-estudo". No segundo, serão analisadas as diferentes associações lineares entre as variáveis, quer tendo em conta os participantes no seu todo, quer considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos em análise. Por fim, no terceiro estudo, e após a verificação da existência ou não de associações lineares entre as diferentes variáveis, será apreciada a sua variabilidade explicada nos níveis de afecto (Afecto Positivo e Afecto Negativo), novamente considerando os participantes no seu todo, assim como, a natureza clínica e não clínica dos grupos.

8.3.1 Estudo I

H1: Os participantes do grupo não clínico possuem maiores níveis de Saúde Mental comparativamente aos participantes do grupo clínico.

H2: Os participantes do grupo não clínico mostram maiores níveis de Afecto Positivo e menores níveis de Afecto Negativo comparativamente aos participantes do grupo clínico.

8.3.2 Estudo II

H3: O Processamento Cognitivo "Aberto" (e não outras formas de Coping) está positiva e significativamente associado ao Afecto Positivo (e não ao Afecto Negativo).

H4: A Satisfação com o Suporte Social está positiva e significativamente associada ao Afecto Positivo e, por sua vez, negativa e significativamente associada ao Afecto Negativo.

H5: As variáveis pessoais e sócio-demográficas (i.e., Género, Grupo Etário, Área de Residência, Grau de Escolaridade, Estado Civil, Estatuto Sócio-Económico, Qualificação Profissional e Situação Profissional Actual) encontram-se significativamente associadas aos níveis de Afecto Positivo e Negativo.

8.3.3 Estudo III

H6: O Processamento Cognitivo "Aberto" (e não outras formas de Coping) modera a relação entre a Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Positivo (e não entre Satisfação com o Suporte Social e Afecto Negativo).

Hipótese secundária (i): Se esta moderação for confirmada, espera-se também que ela seja maior nos participantes do grupo não clínico comparativamente aos participantes do grupo clínico.

H7: *Outras variáveis, como as pessoais e sócio-demográficas (i.e., Género, Grupo Etário, Área de Residência, Grau de Escolaridade, Estado Civil, Estatuto Sócio-Económico, Qualificação Profissional e Situação Profissional Actual), moderam a relação entre Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Positivo e Negativo, quer considerando os participantes no seu todo, quer considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos.*

H8: O Processamento Cognitivo "Aberto" e a Satisfação com o Suporte Social explicam maior variabilidade de Afecto Positivo e de Afecto Negativo comparativamente às variáveis pessoais e sócio-demográficas (i.e., Género, Grupo Etário, Área de Residência, Grau de Escolaridade, Estado Civil, Estatuto Sócio-Económico, Qualificação Profissional e Situação Profissional Actual), quer

considerando os participantes no seu todo, quer considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos.

Para uma melhor visualização, as figuras abaixo (Figura 2.1 e Figura 2.2) representam os modelos das hipóteses iniciais que a presente investigação pretende testar. Os números correspondem, respectivamente, ao número das hipóteses principais.

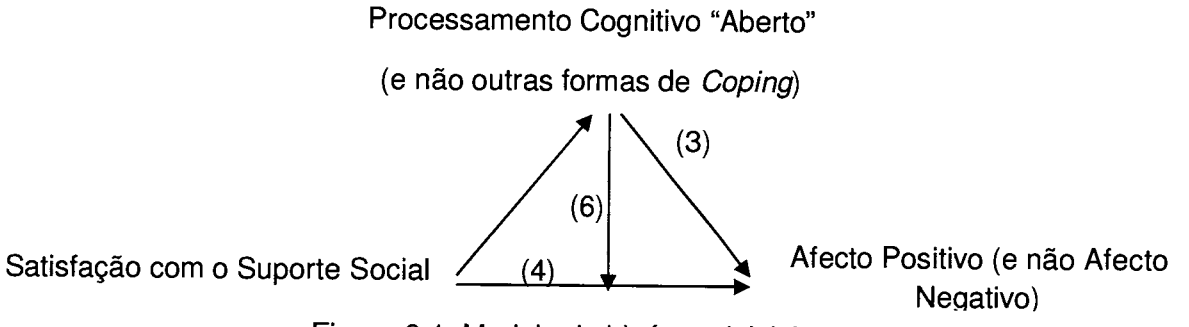


Figura 2.1. Modelo da hipótese inicial 6.

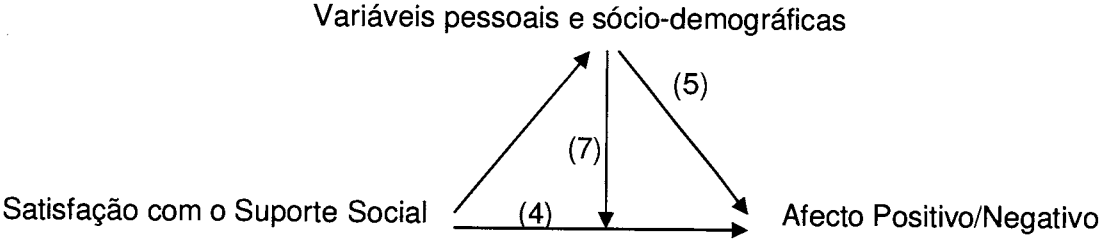


Figura 2.2. Modelo da hipótese inicial 7.

8.4 Método de Recolha e de Tratamento de Dados

Lembro Quivy e Campenhoudt (2005) quando dizem que o conhecimento se constrói quando é suportado em quadros teóricos e metodológicos explícitos e apoiados na observação de factos concretos. Neste contexto, o processo é tão ou mais importante quanto os resultados que se obtêm numa dada investigação empírica. Tendo em apreciação as perguntas de partida e o tipo de estudo que se pretende desenvolver com vista a atingir os objectivos estabelecidos, propõe-se que os dados obtidos sejam tratados através de metodologias de análise quantitativa (através do

recurso a questionários de auto-resposta) e, especificamente, através do *software* de análise estatística – *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.

O *design* da investigação segue o método correlacional segundo um procedimento diferencial. "O facto de num estudo correlacional podermos não atingir, na sua essência, todas as explicações possíveis para os fenómenos, e não manipularmos sistematicamente as condições ou os valores da variável independente, impede-nos de avançar para uma explicação tipo causal entre variáveis e fenómenos." (Almeida & Freire, 2003, p. 100). Contudo e, ainda segundo os mesmos autores, "para que uma variável ou fenómeno seja a causa de outra(o), os respectivos valores devem encontrar-se associados." (p. 100). Neste sentido, podemos extrair variância explicada pelas variáveis preditoras e/ou moderadoras anteriormente citadas na componente do Bem-Estar Subjectivo, Afecto Positivo e, complementarmente, no Afecto Negativo. Este tipo de metodologia é caracterizado por um conjunto de princípios que se adequam às necessidades do presente estudo, nomeadamente: (i) quantificar variáveis; (ii) verificar as correlações existentes entre os diferentes construtos; (iii) analisar como aquelas variáveis poderão explicar variabilidade na componente afectiva do BES, o Afecto Positivo e Negativo; e (iv) segundo dois grupos de análise. Como tal, constitui também um procedimento diferencial (Almeida & Freire, 2003).

A título ilustrativo refira-se que serão identificados valores ou níveis das diferentes variáveis em estudo (i.e., Processamento Cognitivo "Aberto", Satisfação com o Suporte Social, variáveis pessoais e sócio-demográficas) para que, posteriormente, possam ser comparadas e relacionadas de acordo as perguntas inicialmente formuladas. Aqui interessa ainda analisar os níveis de Afecto, quer Positivo quer Negativo, nos participantes do estudo e de acordo com a natureza clínica e não clínica dos grupos; bem como, os seus distintos níveis de Saúde Mental considerando, novamente, a natureza do grupo (i.e., clínica e não clínica).

A apreciação de associações lineares entre as referidas variáveis irá permitir verificar em que medida elas partilham ou não algum grau de relação e que tipo de relação existe entre elas.

Por fim, serão estudadas de acordo com a sua variabilidade explicada nas variáveis critério: Afecto Positivo e Afecto Negativo. Para tal, a análise de regressões simples e múltipla serão os procedimentos estatísticos que representam a melhor opção para a natureza das variáveis em estudo e respectivas hipóteses.

Todos estes procedimentos estatísticos serão descritos em maior detalhe numa fase posterior do presente capítulo. Por enquanto, cabe caracterizar os participantes

do estudo, assim como os procedimentos envolvidos no seu método de amostragem ou de selecção.

8.5 Participantes

Os participantes dividem-se em dois grupos de conveniência: grupo clínico e grupo não clínico. O processo através do qual foram recolhidos constitui o chamado método de amostragem intencional. Por sua vez, é também considerado um método de amostragem incidental (Almeida & Freire, 2003). Quer isto dizer que todos os participantes pertencentes a ambos os grupos estavam "incidentalmente" no local (Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental dos Hospitais de Évora e Portalegre, Junta de Freguesia de Portalegre, Centro de Formação de Portalegre e outros locais públicos na área de residência de Évora) aquando da recolha de dados e participaram apenas aqueles que consentiram em colaborar na presente investigação. Todos os restantes participantes, especificamente do grupo não clínico e que foram tomados via *e-mail*, constituem também o chamado grupo intencional e o processo de amostragem pode considerar-se de conveniência, já que foram recolhidos via *e-mail* (quer do Distrito de Évora, quer do Distrito de Portalegre). Passemos, então, à análise das suas características pessoais e sócio-demográficas.

Descrevemos inicialmente as variáveis pessoais (i.e., Área de Residência, Género, Grupo Etário e Estado Civil) e as variáveis sócio-demográficas (i.e., Grau de Escolaridade, Estatuto Sócio-Económico, Qualificação Profissional e Situação Profissional Actual) tendo em conta a natureza clínica e não clínica dos grupos. Posteriormente, apresentaremos as mesmas características mas considerando os participantes no seu conjunto.

No que diz respeito à organização das variáveis pessoais, consideramos as suas frequências e percentagens dentro de cada um dos grupos em análise, sendo que no caso da variável Grupo Etário, consideramos ainda a média e o desvio-padrão. Quer a Área de Residência quer o Género, seguem um modelo de variáveis nominais dicotómicas, enquanto o Grupo Etário segue uma escala ordinal e, o Estado Civil, uma escala nominal policotómica. Para efeitos de organização de categorias e relativamente à Área de Residência, foram considerados duas grandes áreas ou regiões de residência: Évora e Portalegre, já que foram as áreas inicialmente escolhidas para elaborar o estudo. No caso do Género interessava comparar os níveis das diferentes variáveis entre géneros e, por conseguinte foram organizados de

acordo com feminino e masculino dentro de cada grupo em análise. Relativamente ao Grupo Etário e seguindo como critérios as teorias do desenvolvimento (Levinson, 1990) e, especificamente, as do desenvolvimento cognitivo (Vukman, 2005) foram constituídos três grupos etários: o primeiro grupo, "Jovens Adultos", diz respeito aos participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos de idade; o segundo grupo, "Adultos", participantes com idades compreendidas entre os 26 e os 45 anos de idade; e, por fim, o terceiro grupo, "Adultos de Meia-Idade e de Idade Avançada", participantes com idades compreendidas entre os 46 e os 63 anos de idade. No caso do Estado Civil, e considerando os diferentes graus reconhecidos nacionalmente pelos diversos organismos, como o Instituto Nacional de Estatísticas (INE, 2008), dividimos a respectiva variável em quatro categorias em cada grupo de análise: "Solteiro/a", "Casado/a ou Junto/a", "Viúvo/a" e "Divorciado/a". Para além disso, optamos por agrupar as categorias de "Casado/a" e "Junto/a" por constituírem categorias similares no seu grau de funcionalidade e posicionamento, e por forma a tornar os dados mais saturados em cada uma das categorias.

No que concerne às variáveis sócio-demográficas encontram-se, igualmente, organizadas por frequências e percentagens dentro de cada grupo em análise. Quer o Grau de Escolaridade, quer o Estatuto Sócio-Económico seguem um modelo de variáveis ordinais, enquanto a Qualificação Profissional e a Situação Profissional Actual seguem um modelo de variáveis nominais policotómicas. Relativamente ao Grau de Escolaridade, consideramos os cinco grupos: "Do 1º ao 4º ano", "Do 5º ao 6º ano", "Do 7º ao 9º ano", "Do 10º ao 12º ano" e "Ensino Universitário"; de acordo com a divisão tida pelo Ministério da Educação (Lei n.º 85/2009). A divisão do Estatuto Sócio-Económico nas categorias: "Não sabe ou não responde", "Até 1000 euros", "De 1001 a 2000 euros" e "Mais de 2001 euros" corresponde à escala utilizada nos inquéritos nacionais ou regionais realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2008). Foi apenas acrescentada a categoria "Não sabe ou não responde" devido à grande percentagem de respostas não fornecidas neste tipo de questões e apesar do anonimato das mesmas. No que se refere à Qualificação Profissional, optamos por agrupar algumas categorias em função da sua similitude técnica, funcional e categorial a fim de diminuir a complexidade dos dados. Estes agrupamentos traduzem-se em: (a) "Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio" com "Pessoal Administrativo e Similares"; e (b) "Operários, Artífices e Trabalhadores Similares" com "Operadores de Instalações e Máquinas de Trabalhadores de Montagem". A presente classificação encontra-se disponível no Instituto Nacional de Estatística (INE) e corresponde ao Catálogo Nacional das Profissões editado pelo mesmo Instituto (2008).

Acrescentamos apenas duas categorias com o objectivo de abranger todas as situações e qualificações profissionais, nomeadamente: "Estudantes" e "Domésticas", pois não se encontram descritas no catálogo acima citado. Por fim e relativamente à Situação Profissional Actual consideramos, para o efeito, as categorias: "Desempregado/a", "Activo/a", "Aposentado/a" e "Baixa". A mesma divisão é reconhecida nacionalmente pelos diversos organismos, dentro dos quais, salientamos o INE (2008).

Iniciando pela descrição das variáveis pessoais, o grupo clínico foi composto por 63 participantes dos distritos de Évora (32 participantes) e Portalegre (31 participantes) (Ver Tabela 1.1 do Anexo A), 40 do Género feminino e 23 do Género masculino (63,5% e 36,5% respectivamente) (Ver Tabela 1.2 do Anexo A). As idades variam de 18 a 63 anos de idade, sendo a média aproximadamente 43 anos de idade (desvio-padrão de 10,08) (Ver Tabela 1.3 do Anexo A). Nos "Jovens Adultos" temos 3 participantes (4,8%), nos "Adultos", 34 participantes (54,0%) e nos "Adultos de Meia-Idade e de Idade Avançada", 26 participantes (41,3%). Relativamente ao Estado Civil (Ver Tabela 1.4 do Anexo A), o grupo é caracterizado por uma maior percentagem de participantes casados ou juntos (57,1%, o que corresponde a 36 participantes). Participantes solteiros foram 20 (31,7%), divorciados 6 (9,5%) e viúvos, apenas 1 (1,6%).

Por sua vez, o grupo não clínico foi composto por 62 participantes dos distritos de Évora (30 participantes) e Portalegre (32 participantes) (Ver Tabela 1.1 do Anexo A), 44 do Género feminino e 18 do Género masculino (71,0% e 29,0% respectivamente) (Ver Tabela 1.2 do Anexo A). As idades variam de 20 a 56 anos de idade, sendo a média 36 anos de idade (desvio-padrão de 10,83) (Ver Tabela 1.3 do Anexo A). À semelhança do que aconteceu junto do grupo clínico, para o grupo não clínico foram constituídos os três grupos etários, "Jovens Adultos", "Adultos"e "Adultos de Meia-Idade e de Idade Avançada", seguindo os mesmos parâmetros. Assim, nos "Jovens Adultos" integram 12 participantes (19,4%), nos "Adultos", 36 (58,1%) e nos "Adultos de Meia-Idade e de Idade Avançada", 14 (22,6%). Relativamente ao Estado Civil, o grupo é caracterizado por uma maior percentagem de participantes "casados ou juntos" (50,0%, o que corresponde a 31 participantes). Participantes "solteiros" foram 24 (38,7%), "divorciados" 6 (9,7%) e como "viúvo/a", apenas 1 participante (1,6%) (Ver Tabela 1.4 do Anexo A).

Quer isto dizer que ao nível das características pessoais e, em termos gerais, ambos os grupos se encontram homogéneos e, por isso, comparáveis. Para além

disso, foram ainda realizadas análises de homogeneidade de variâncias relativamente às mesmas variáveis, de onde podemos assumir a sua homogeneidade (Ver Anexo I).

No que diz respeito às variáveis sócio-demográficas, no grupo clínico todos os participantes se situam entre o 1º ciclo e o Ensino Superior (17 ou 27% com o 1º ciclo do ensino básico; 9 ou 14,3% com o 2º ciclo do Ensino Básico; 21 ou 33,3% com o 3º ciclo do Ensino Básico; 10 ou 15,9% com o Ensino Secundário; e 6 ou 9,5% com o Ensino Superior) (Ver Tabela 1.5 do Anexo A). Ao nível do seu Estatuto Sócio-Económico (Ver Tabela 1.6 do Anexo A), mais de metade do grupo se insere na categoria "Até 1000 euros" (55,6%, o que corresponde a 35 participantes). Seguidamente, 17 participantes se inserem na categoria "De 1001 a 2000 euros" (o que corresponde a uma percentagem de 27,0%). "Não sabe ou não responde" é constituída por 10 participantes (ou seja, 15,9%) e, por fim, apenas um participante na categoria de "Mais de 2001 euros" (1,6%). Ao nível da Qualificação Profissional, o grupo é caracterizado maioritariamente por "Trabalhadores não Qualificados" (10 participantes, ou seja, 15,9%) e "Domésticas" (igualmente 10 participantes, o que corresponde igualmente a uma percentagem de 15,9%). Seguidamente, as categorias com maior percentagem foram: "Pessoal Administrativo, Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio" (8 participantes, com percentagem de 8,7) e "Pessoal dos Serviços e Vendedores" (com 7 participantes, ou seja 11,1%). Com igual percentagem as categorias: "Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas" (6 participantes, ou seja 9,5%), "Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas" (6 participantes, ou seja 9,5%) e "Operários, Artífices, Trabalhadores de Montagem e Similares" (6 participantes, ou seja 9,5%) (Ver Tabela 1.7 do Anexo A). Contudo e ao nível da Qualificação Profissional, o grupo mostra-se distribuído por todas as profissões reconhecidas pelo INE (Instituto Nacional de Estatísticas), sendo que outros 5 participantes "Não têm profissão ou não respondem" (7,9%) e 3 participantes são "Estudantes" (4,8%). Por fim, "Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa" perfazem apenas 2 participantes (ou seja, 3,2%). Ao nível da Situação Profissional Actual (Ver Tabela 1.8 do Anexo A), podemos apontar que a maior percentagem do grupo se encontra "Activo/a" (30 participantes, ou seja 48,4%) e, por ordem decrescente de percentagem identificamos: "Aposentado/a" (15 participantes, ou seja 24,2%), "Desempregado/a" (11 participantes, ou seja 17,7%), e "Baixa" (5 participantes, ou seja 8,1%). Apenas 2 participante não responde à questão (ou seja, 3,2%).

Por sua vez, e no grupo não clínico, também todos os participantes se situam entre o 1º ciclo e o Ensino Superior (9 ou 14,5% com o 1º ciclo do Ensino Básico; 5 ou

8,1% com o 2º ciclo do Ensino Básico; 9 ou 14,5% com o 3º ciclo do Ensino Básico; 14 ou 22,6% com o Ensino Secundário; e 25 ou 40,3% com o Ensino superior) (Ver Tabela 1.5 do Anexo A). Ao nível do seu Estatuto Sócio-Económico (Ver Tabela 1.6 do Anexo A) mais de metade do grupo "Não sabe ou não responde" (33 participantes, 53,2%). Seguidamente, 13 participantes encontram-se na categoria "Até 1000 euros" (21,0%), 9 participantes na categoria "De 1001 a 2000 euros" (o que corresponde a uma percentagem de 14,5%) e por fim, 7 participantes na categoria de "Mais de 2001 euros" (11,3%). No que se refere à sua Qualificação Profissional (Ver Tabela 1.7 do Anexo A), o grupo é caracterizado maioritariamente por participantes na categoria "Pessoal dos Serviços e Vendedores" (17 participantes, ou seja 27,4%), seguida pela categoria "Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas" (13 participantes, ou seja 21,0%). Os "Estudantes" foram 9 (14,5%). Todos os restantes participantes se distribuem pelas restantes profissões reconhecidas pelo INE (Instituto Nacional de Estatísticas), a saber: "Pessoal Administrativo, Técnicos Profissionais de Nível Intermédio" (8 participantes, ou seja, 12,9%), "Operários, Artífices, Trabalhadores de Montagem e Similares" (4 participantes, ou seja, 6,5%), "Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa" (2 participantes, ou seja, 3,2%), "Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas" (2 participantes, ou seja 3,2%) e "Trabalhadores não Qualificados" (2 participantes, ou seja, 3,2%). Por fim, 2 participantes na categoria "Domésticas" (3,2%) e 3 participantes não respondem à questão (4,8%). Por fim, e no que diz respeito à Situação Profissional Actual (Ver Tabela 1.8 do Anexo A), podemos apontar que a maior percentagem do grupo se encontra "Activo/a" (49 participantes, ou seja 79,0%) e, por ordem decrescente de percentagem identificámos: 6 participantes na categoria "Desempregado/a" (9,7%), 5 na categoria "Aposentado/a" (8,1%), nenhuma participantes de "Baixa" (0%) e 2 participantes não responde à questão (3,2%).

Em suma, e ao nível das características sócio-demográficas, os grupos mostram-se relativamente homogéneos no que tange às variáveis sócio-demográficas. As análises de homogeneidade de variâncias relativamente às mesmas variáveis verificaram que apenas o Estatuto Sócio-Económico e a Situação Profissional Actual diferem significativamente entre os grupos. Relativamente às restantes, podemos assumir a homogeneidade de variâncias e, por isso, comparáveis entre ambos os grupos (Ver Anexo I).

Igualmente e, de acordo com as mesmas variáveis e respectiva organização de categorias, apresentamos as análises descritivas tendo em conta os participantes no

seu conjunto. As Tabelas 1.9 e 1.10 que se seguem descrevem as características pessoais e sócio-demográficas tendo em conta a mesma organização quando consideramos os dois grupos em análise.

Participantes no seu Conjunto		Frequência	Percentagem	Média	Desvio-Padrão
Grupo	Clínico	63	50,4		
	Não Clínico	62	49,6		
	N	125	100,0		
Área de Residência	Évora	62	49,6		
	Portalegre	63	50,4		
	N	125	100		
Género	Feminino	84	67,2		
	Masculino	41	32,8		
	N	125	100		
Grupo Etário	Jovens Adultos	15	12,0		
	Adultos	70	56,0	39,94	11,12
	Adultos de Meia-Idade e de Idade Avançada	40	32,0		
	N	125	100,0		
Estado Civil	Solteiro/a	44	35,2		
	Casado/a ou Junto/a	67	53,6		
	Viúvo/a	1	.8		
	Divorciado/a	12	9,6		
	N	124	99,2		
Grau de Escolaridade	Do 1º ao 4º ano	26	20,8		
	Do 5º ao 6º ano	14	11,2		
	Do 7º ao 9º ano	30	24,0		
	Do 10º ao 12º ano	24	19,2		
	Ensino Superior	31	24,8		
	N	125	100,0		
Estatuto Sócio-Económico	(Não sabe ou não Responde)	43	34,4		
	Até 1000 euros	48	38,4		
	De 1001 a 2000 euros	26	20,8		
	Mais de 2001 euros	8	6,4		
	N	82	65,6		

Tabela 1.9. Distribuição dos Participantes segundo as variáveis Grupo, Área de Residência, Género, Grupo Etário, Estado Civil, Grau de Escolaridade, Estatuto Sócio-Económico.

No seu todo e, no que diz respeito às características pessoais, os participantes constituem um grupo de 125, sendo que 84 participantes pertencem ao Género feminino e 41 ao Género masculino (67,2% e 32,8%, respectivamente) (Ver Tabela 1.9). Dos 125 participantes 62 pertencem ao distrito de Évora e 63 ao distrito de

Portalegre (respectivamente, 49,6% e 50,4%). Relativamente ao grupo de análise, 63 participantes pertencem ao grupo clínico e 62 participantes pertencem ao grupo não clínico (50,4% e 49,6%, respectivamente) (Ver Tabela 1.9).

Ainda relativamente às características pessoais verifica-se que a média de idades é de aproximadamente 40 anos de idade (e desvio-padrão de 11,12). Por categoria, mais de metade dos participantes (i.e. 70 participantes) pertencem à categoria "Adultos" (56,0%), seguida pela categoria "Adultos de Meia-Idade e de Idade Avançada", com 40 participantes (32,0%) e, por último, a categoria "Jovens Adultos", com 15 participantes (12,0%). Por fim e no que diz respeito ao Estado Civil, a maior parte dos participantes (i.e. 67) insere-se na categoria "Casado/a ou Junto/a" (53,6%), seguida pela categoria "Solteiro/a", com 44 participantes (35,2%), pela categoria "Divorciado/a", com 12 participantes (9,6%) e, por último, pela categoria "Viúvo/a", com 1 participantes (0,8%) (Ver Tabela 1.9).

Quanto às características sócio-demográficas e, no que diz respeito ao Grau de Escolaridade, 26 dos participantes pertencem encontram-se na categoria "Do 1º ao 4º ano" (20,8%), 14 na categoria "Do 5º ao 6º ano" (11,2%), 30 na categoria "Do 7º ao 9º ano" (24,0%), 24 na categoria "Do 10 ao 12º ano" (19,2%) e 31 na categoria "Ensino Superior" (24,8%) (Ver Tabela 1.9). Relativamente ao Estatuto Sócio-Económico 43 dos participantes inserem-se na categoria "Não sabe ou responde" (34,4%), 48 na categoria "Até 1000 euros" (38,4%), 26 na categoria "De 1001 a 2000 euros" (20,8%) e 8 na categoria "Mais de 2001 euros" (6,4%) (Ver Tabela 1.9).

Ainda relativamente às características sócio-demográficas e, no que diz respeito à Qualificação Profissional (Ver Tabela 1.10) dos participantes, observamos que, no seu todo, a maior parte dos participantes se insere na categoria "Pessoal dos Serviços e Vendedores" (19,2%), seguida pela categoria "Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas" com 19 participantes (15,2%) e pela categoria "Pessoal Administrativo, Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio" com 16 participantes (12,8%). Por ordem decrescente de frequências temos seguidamente as categorias "Trabalhadores Não Qualificados", "Estudante" e "Doméstica" com 12 participantes cada uma (o que corresponde a uma percentagem de 9,6% cada), a categoria "Operários, Artífices, Trabalhadores de Montagem e Similares" e "Não tem profissão ou não responde" com 8 participantes cada (respectivamente, 6,4%) e, por fim, a categoria "Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa" com 4 participantes (3,2%).

No que concerne à última variável sócio-demográfica, Situação Profissional Actual, a maior parte dos participantes encontra-se na categoria "Activo/a" (79

participantes, respectivamente 63,2%). Seguem-se, por ordem decrescente, as categorias "Aposentado/a" com 20 participantes (16,0%), "Desempregado/a" com 17 participantes (13,6%), "Baixa" com 5 participantes (4,0%) e "Não responde" com 3 participantes (2,4%) (Ver Tabela 1.10).

Participantes no seu Conjunto		Frequência	Percentagem
Qualificação Profissional	(Não tem profissão ou não responde)	8	6,4
	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	4	3,2
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	19	15,2
	Pessoal Administrativo, Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	16	12,8
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	24	19,2
	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	8	6,4
	Operários, Artífices, Trabalhadores de Montagem e Similares	10	8,0
	Trabalhadores não Qualificados	12	9,6
	Estudante	12	9,6
	Doméstica	12	9,6
	N	117	93,6
Situação Profissional Actual	(Não responde)	3	2,4
	Desempregado/a	17	13,6
	Activo/a	79	63,2
	Aposentado/a	20	16,0
	Baixa	5	4,0
	N	121	96,8

Tabela 1.10 Distribuição dos Participantes segundo as variáveis Qualificação Profissional e Situação Profissional Actual.

8.6 Instrumentos

Na presente secção pretendem-se descrever as características psicométricas, assim como, as estruturas factoriais dos instrumentos utilizados no sentido de verificar e comprar as mesmas com as estruturas factoriais e respectivas características psicométricas extraídas no presente estudo e, nos seus participantes, em particular.

Por ordem de utilização aquando da recolha de dados, descrevemos inicialmente a Ficha de Dados Pessoais e Sócio-Demográficos, desenvolvida especificamente para o presente estudo. Seguidamente, descrevemos a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Ribeiro (1999) (Ver Anexo D), o Inventário de Saúde Mental (*Mental Health Inventory*, MHI) de Veit e Ware (1983) e que foi adaptado por Ribeiro (2001) para a população Portuguesa (Ver Anexo D), o Inventário de Respostas de *Coping* (*The Coping Responses Inventory – Adult Form*, CRI) de Moos (1993) e que foi traduzido para a língua Portuguesa no presente estudo (Ver Anexo D) e, por fim a Escala de Afecto Positivo e Negativo (*The Positive and Negative Affect Schedule*, PANAS) desenvolvida por Watson e colaboradores (1988) e adaptada para a população Portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005c) (Ver Anexo D).

8.6.1 Ficha de Dados Pessoais e Sócio-Demográficos

A Ficha de Dados Pessoais e Sócio-Demográficos foi desenvolvida especificamente para o presente estudo. É constituída por diversos itens que pretendem recolher informação relativamente às variáveis: Área de Residência, Género, Grupo Etário, Estado Civil, Grau de Escolaridade, Estatuto Sócio-Económico, Qualificação Profissional e Situação Profissional Actual .

A sua organização e construção tiveram em conta critérios meramente teóricos desenvolvidos nos capítulos correspondentes ao enquadramento teórico do presente trabalho (Bem-Estar Subjectivo, Processos Cognitivos e Suporte Social). Para o efeito, pretendia-se obter as respectivas variáveis no sentido de controlar a sua potencial influência nas relações com outras variáveis em estudo, assim como, considerar a sua relevância na relação com as mesmas.

8.6.2 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) é uma medida de percepção de suporte social, no sentido em que esta percepção é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida, quer em indivíduos saudáveis como doentes (Ribeiro, 1999). A utilização da presente Escala tem como fundamentação teórica a ideia de que as medidas de percepção de suporte social explicam melhor a saúde do que as medidas de suporte social tangível (suporte social não-psicológico) (Wethingson & Kessler, 1986; cit. por Ribeiro, 1999).

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Ribeiro, 1999) é uma Escala de auto-resposta, constituída por 15 itens de resposta tipo Likert com 5 posições (grau de concordância: "*concordo totalmente*", "*concordo na maior parte*", "*não concordo nem discordo*", "*discordo na maior parte*" e "*discordo totalmente*"). Ao nível da sua estrutura interna, a Escala divide-se segundo quatro Sub-Escalas, a saber: Satisfação com as Amizades, constituída por 5 itens (3, 12, 13, 14, 15); Intimidade, constituída por 4 itens (1, 4, 5, 6); Satisfação com a Família, inclui 3 itens (9, 10, 11); e Actividades Sociais, que inclui 3 itens (2, 7, 8). Os Alphas de Cronbach para cada Sub-Escala são, respectivamente: .83, .74, .74 e .64. O Alpha de Cronbach para a Escala Total é de .85. Verificou-se que as Sub-Escalas que melhor explicam a Satisfação com o Suporte Social são as relativas à "Satisfação com as Amizades" e a "Intimidade", com cada uma delas por si só a explicar mais de dois terços da variância da Escala Total.

Relativamente à cotação da Escala Total, basta somar a totalidade dos itens e a sua pontuação pode variar entre 15 e 75 valores. À nota mais alta corresponde a uma percepção de maior Satisfação com o Suporte Social. A pontuação de cada item varia de 1 a 5, sendo que os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 são itens invertidos. Por sua vez, a nota de cada dimensão resulta da soma dos itens correspondentes a cada dimensão ou sub-escala.

A construção da Escala teve como amostra 609 estudantes, entre o 11º ano e o final da Universidade, com idades compreendidas entre os 15 e os 30 anos, sendo que 47% pertencentes ao Género masculino e os restantes do Género feminino. A amostra foi recolhida na cidade do Porto, mais especificamente em três Escolas do Ensino Secundário e nove Escolas pertencentes à Universidade do Porto, segundo um modelo *mail type*, com um retorno de 86%. Inicialmente, foram seleccionados 20 itens que reflectiam a satisfação dos indivíduos relativamente à sua vida social,

nomeadamente, com amigos, familiares e actividades sociais que desenvolvem. A validade de conteúdo foi garantida tendo em conta a inspecção e correcção de três juízes e, posteriormente, pela análise de componentes principais após a realização da primeira versão pelos participantes do estudo. A análise de componentes principais (ACP), com rotação *Varimax*, confirmou que o agrupamento dos itens estava de acordo com os construtos iniciais. Desta análise, foram seleccionados os itens com uma carga factorial superior a .40 e apenas um item apresentou uma carga factorial inferior a .50, permanecendo, então, 15 itens na versão final. A análise factorial (AF) verificou 4 factores, que juntos explicam 63,1% da variância total. O primeiro factor e também aquele que melhor explica o resultado na Escala Total, "Satisfação com os Amigos", mede a satisfação com os amigos/amizades e explica 35% da variância total; o segundo factor, "Intimidade", mede a percepção da existência de suporte social íntimo e explica 12,1%; o terceiro factor, "Satisfação com a Família", mede a satisfação com o suporte familiar existente e explica 8,7% da variância total; e, por fim, o quarto factor, "Actividades sociais", mede a satisfação com as actividades sociais e explica 7,3% da variância total.

No que diz respeito às medidas de validade convergente e divergente dos itens, os resultados são bastante satisfatórios. O índice de discriminação dos itens é superior a 20 pontos (elevado) entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala, sendo o segundo valor mais elevado com a Escala Total.

A validade de construto foi medida tendo em conta medidas que expressam saúde, bem-estar e mal-estar. Para tal recorreu-se à avaliação: (i) do auto-conceito geral, *The Self-Perception Profile for College Students*, adaptado por Ribeiro (1994; cit. por Ribeiro, 1999); (ii) da auto-eficácia, *The Self-Efficacy Scale* (Sherer et al., 1982), adaptado por Ribeiro (1995; cit. por Ribeiro, 1999); (iii) da Saúde Mental, *Mental Health Inventory* (Veit & Ware, 1983) adaptado por Ribeiro (1998; cit. por Ribeiro, 1999); (iv) da percepção geral de saúde, *General Health Perception Battery do Rand's Health Perceptions Study* (Brook et al., 1979) adaptado por Ribeiro (1993; cit. por Ribeiro, 1999); (v) da saúde em geral, avaliada com o recurso a um item na tradição do que é utilizado na avaliação do estado de saúde, onde o indivíduo responde numa escala tipo Likert de sete pontos, variando entre o "*excelente*" e o "*péssimo*" acerca do estado físico actual; (vi) da gravidade atribuída aos acontecimentos de vida, através da avaliação numa escala tipo Likert de 9 posições da intensidade que um acontecimento de vida mais o afectou no último ano; (viii) dos acontecimentos de vida, avaliados com um Inventário de 23 problemas adaptados à população jovem em que os participantes

assinalam todos aqueles que ocorrem no último ano, sendo a nota final a soma do numero de acontecimentos assinalados; e (viii) dos sintomas físicos de mal-estar, avaliados por um Inventário que inclui 19 itens que constituem sintomas físicos de mal-estar a que os sujeitos respondem quanto à frequência com que os sentem e, quando ocorrem, qual a intensidade com que se manifestam em 5 posições. A correlação entre o resultado da Escala Total e as medidas critério é maior do que a das Sub-Escalas, com excepção para as medidas de acontecimentos de vida (tanto a existência como para a intensidade). No que tange à validade de construto, os resultados evidenciaram resultados controversos e necessidade de aprofundamento destas medidas (Ribeiro, 1999). Mais especificamente, as Sub-Escalas ligadas aos amigos apresentam maior correlação com algumas medidas de saúde, bem-estar ou mal-estar, enquanto a Sub-Escala ligada à família apresenta maior correlação com outras medidas de saúde, bem-estar ou mal-estar. A nível geral, a correlação da Escala Total e as respectivas medidas de critério apontam valores de .55 com medidas de Saúde Mental e de -.30 com medidas de mal-estar.

A Escala de Satisfação com o Suporte Social foi também alvo de estudos de adaptação para pessoas com diagnóstico de doença oncológica (Ribeiro et al., 2003), revelando-se uma Escala com boas características psicométricas. Os Alphas de Cronbach para a Escala Total estavam compreendidos entre .66 e ,89 e, novamente, a Sub-Escala da "Satisfação com os Amigos" é aquela que melhor explica a variância total (correlação de .81 com a Escala Total) (Ribeiro et al., 2003). No mesmo estudo, o autor encontra correlações fracas, embora sensíveis, com as estratégias de *Coping* e os resultados de saúde, designadamente com a qualidade de vida. Para além disso, foi também adaptada para crianças e adolescentes, mostrando Alphas de Cronbach entre .69 a . 84 (Gaspar et al., 2009).

Em suma, a ESSS tem sido utilizada em diferentes populações e segundo vários propósitos (e.g., Almeida & Sampaio, 2007; Coelho & Ribeiro, 2000; Gaspar, Ribeiro, Leal, & Matos, 2008; Claudino, Cordeiro, & Arriaga, 2006), revelando-se uma Escala com boas qualidades psicométricas.

8.6.3 Inventário de Saúde Mental *(The Mental Health Inventory,* MHI)

O Inventário de Saúde Mental (MHI; Veit & Ware, 1983) é um questionário de auto-resposta que inclui 38 itens de outros questionários já existentes na literatura e noutros inventários que, no essencial, medem tanto o *Distress* Psicológico (três dimensões negativas, sendo compostas por 24 itens) como o Bem-Estar Psicológico

(duas dimensões positivas, sendo compostas por 14 itens). De forma geral, o MHI abrange sintomas de psicológicos de humor e ansiedade e perda de controlo sobre sentimentos, pensamentos e comportamentos. As respostas são estabelecidas numa escala ordinal tipo Likert que varia entre 5 a 6 posições. Cada item pode variar de 1 a 5 ou 6 pontos. Os itens invertidos são: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 18, 22, 23, 26, 31, 34 e o 37. A nota total constitui a soma dos valores brutos dos itens que compõem cada Sub-Escala. Valores mais elevados correspondem a melhor Saúde Mental. O resultado para cada Sub-Escala pode ser obtido somando os valores dos itens que compõem essa mesma Sub-Escala. Por sua vez, se pretendermos obter o resultado em termos de Bem-Estar Psicológico (Sub-Escalas Afecto Positivo e Laços Emocionais) e *Distress* Psicológico (Sub-Escalas Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamental) basta somar os itens das dimensões que compõem ambas as dimensões.

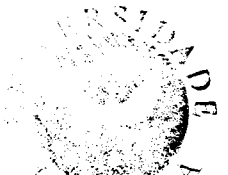
Originariamente, o MHI foi desenvolvido pela *Rand Corporation* no âmbito da investigação epidemiológica (*Health Insurante Study*) no sentido de avaliar a Saúde Mental na população em geral (e não apenas na população com perturbação mental) tendo em conta, tanto dimensões positivas como negativas (Brook et al., 1979; cit. por Ribeiro, 2001).

A sua adaptação para a população Portuguesa foi realizada por Ribeiro (2001) e teve como amostra 609 estudantes (entre o 11º ano e o último ano da universidade) saudáveis, que frequentavam escolas da cidade do Porto, sendo por isso uma mostra de conveniência. As idades variaram entre os 16 e os 30 anos, sendo que a média foi igual a 19,88 anos e 53% eram do Género feminino e os restantes 47% do Género masculino. No mesmo estudo, aceitou-se a estrutura da Escala Original e verificou-se a consistência interna para cada uma das Sub-Escalas segundo duas grandes dimensões (positiva e negativa) e da totalidade da Escala. Assim, o questionário é composto por 5 Sub-Escalas, a saber: Ansiedade, com 10 itens (3, 11, 13, 15, 22, 25, 29, 32, 33, 35); Depressão, com 5 itens (9, 27, 30, 36, 38); Perda de Controlo Emocional/Comportamental, com 9 itens (8, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 24, 28); Afecto Positivo, com 11 itens (1, 4, 5, 6, 7, 12, 17, 26, 31, 34, 37); e Laços Emocionais, com 3 itens (2, 10, 23). Os Alphas de Cronbach para cada Sub-Escala mostraram-se elevados sendo, respectivamente: .91, .85, .87, .91, e .72. Por sua vez, estas 5 Sub-Escalas agrupam-se em duas grandes dimensões: o *Distress* Psicológico (Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamental) e o Bem-Estar Psicológico (Afecto Positivo e Laços Emocionais). Os Alphas de Cronbach para estas duas dimensões são também elevados, sendo .95 para a primeira e, .91 para a

segunda. A Escala Total mostrou valores de Alpha de Cronbach de .96, os mesmos para a Escala Original. As correlações entre as dimensões revelaram uma magnitude elevada, sendo que a dimensão *Distress* apresentou correlações muito elevadas com as dimensões que a compõem (Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamental), explicando 90% da variância de cada uma delas. A mesma dimensão revelou ser também aquela que melhor explica o resultado total do MHI, mantendo o padrão da Escala Total e indicando, em ambos os casos, a prevalência de uma dimensão negativa da Saúde Mental expressa pela presente escala (Ribeiro, 2001).

A correlação entre cada item e a soma dos itens da escala a que pertence, excluindo esse item, variava entre os seguintes valores para cada uma das dimensões ou Sub-Escalas: Ansiedade, entre .40 e .79; Depressão, entre .55 e .76; Perda de Controlo Emocional e Comportamental, entre .43 e .73; Afecto Positivo, entre .57 e .77; Laços Emocionais, entre .44 e .65; *Distress* Psicológico, entre .44 e .81; Bem-Estar Psicológico, entre .58 e 83; e Escala Total, entre .42 e .82. Para além disso, a correlação de cada item foi também realizada para a Escala Total e para a dimensão a que pertencia, mostrando igualmente bons índices ou valores de Alpha de Cronbach. Para a selecção dos itens, consideraram-se valores superiores a .40, embora os valores de validade convergente (principalmente na Escala Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamental) e divergente com a Escala a que pertence não se mostrassem os mais indicados. Quando foram consideradas apenas as duas grandes dimensões (Bem-Estar Positivo e *Distress*), os valores da validade convergente e discriminante mostraram-se mais adequados ao nível psicométrico. Nesta situação, apenas um item da dimensão *Distress* e dois da dimensão Bem-Estar Positivo não apresentaram a magnitude mais elevada com a Escala a que pertencem. Relativamente à validade discriminante, apenas quatro itens da Escala *Distress* e dois da Escala Bem-Estar Positivo não satisfizeram a diferença de 10 valores.

No que tange à validade de construto e, segundo Ribeiro (2001), foram realizadas estudos utilizando dois tipos de Escalas: medidas de auto-referência e medidas de percepção de saúde. Para as primeiras, utilizaram-se como instrumentos medidas de auto-conceito - *The Self-Perception Profile for College Students* (Neemann & Harter, 1986) - adaptado por a população Portuguesa por Ribeiro (1994) e de auto-eficácia - *The Self-Efficacy Scale* de Sherer et al., 1982) - adaptado por Ribeiro (1995). As correlações revelaram-se modestas, embora estatisticamente significativas, para cada um dos construtos (auto-conceito e auto-eficácia) e o MHI. Para cada uma das



Escalas mencionadas, as correlações confirmaram que as mesmas avaliam construtos diferentes, contudo fortemente associados.

Relativamente à percepção de saúde e, ainda segundo Ribeiro (2001), foram usados dois questionários: *General Health Perception Battery do Rand's Health Perceptions Study* (Brook et al., 1979; cit. por Ribeiro, 2001) adaptado por Ribeiro (1993) e o Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar construído por Ribeiro (1993). Para o primeiro, as correlações entre este e o MHI e suas dimensões mostraram-se estatisticamente significativas, excepto para as dimensões de "preocupação com a saúde" e com relações baixas com a "percepção da saúde passada". Ribeiro (2001) sugere que "é de supor que se a população fosse mais idosa a associação entre as dimensões teria uma expressão diferente para estas duas dimensões da Percepção Geral de Saúde" (p. 91). No que se refere às correlações entre o segundo e o MHI, as correlações mostraram-se estatisticamente significativas entre quase todas as dimensões e, correlações com magnitude elevada, principalmente entre as dimensões do MHI e a dimensão "sistema nervoso" da Escala de Sintomas Físicos de Mal-Estar. Segundo o autor, as mesmas "correlações apontam para que a MHI mede principalmente as dimensões mentais" (p. 92). Em suma, a validade de construto mostra que o MHI se aproxima (via magnitude das correlações) dos instrumentos que é suposto aproximar-se e, se afasta, dos que é suposto afastar-se. Várias investigações têm demonstrado a sua utilidade com diversas populações, dentro das quais podemos salientar um estudo comunitário com 953 adolescentes (Ostroff et al., 1996; cit. por Ribeiro, 2001), onde confirmaram a validade e fidelidade do MHI, recomendando que o uso do presente Inventário em população não psiquiátrica. Weinstein et al. (1989; cit. por Ribeiro, 2001), por sua vez, compararam três tipos de medidas para o rastreio psiquiátrico (*General Health Questionnaire*, o MHI e o *Somatic Symptom Inventory*) em 364 sujeitos e, comparando os resultados com o *Diagnostic Interview Schedule*, confirmaram que o MHI era o melhor instrumento para detectar a probabilidade da existência de perturbação mental.

Concluímos que a versão portuguesa da escala MHI apresenta uma estrutura idêntica relativamente à versão Original, podendo por isso, ser utilizada com as mesmas propriedades com que foi utilizada a Escala Original. Embora tratando-se de um instrumento de Saúde Mental genérico, o presente questionário avalia os indivíduos em termos da sua Saúde Mental (ou seja, tanto características positivas como negativas) e não em termos de ausência ou presença de psicopatologia, revelando uma abordagem holística à Saúde Mental sendo, também por isso, o mais adequado para o presente estudo. Segundo McHorney (1999), as medidas de Saúde

Mental genéricas cobrem um largo espectro de conceitos de saúde e são apropriados para distinguir grupos em termos de doença ou perturbação, severidade e co-morbilidade.

8.6.4 Inventário de Respostas de *Coping* – Forma Adulta *(The Coping Responses Inventory – Adult Form,* CRI)

O Inventário de Respostas de *Coping* (CRI-Adult Form; Moos, 1993) é uma medida constituída por 8 tipos de respostas de *Coping* a circunstâncias de vida stressantes. Os diferentes tipos de *Coping* encontram-se organizados segundo 8 Sub-Escalas: Análise Lógica (LA), Reavaliação Positiva (PR), Procura de Apoio e Suporte (SG), Resolução de Problemas (PS), Evitamento Cognitivo (CA), Aceitação ou Resignação (AR), Procura de Ganhos Alternativos (SR) e Descarga Emocional (ED). As primeiras 4 Sub-Escalas medem o *Coping* de Aproximação e as últimas 4 Sub-Escalas medem o *Coping* de Evitamento. Enquanto o primeiro diz respeito aos recursos cognitivos e comportamentais para lidar e resolver os stressores, o segundo prende-se com estratégias de escape, minimização ou negação das situações stressantes. Dentro destes, as primeiras duas Sub-Escalas em cada dimensão avaliam estratégias de *Coping* cognitivas, enquanto a terceira e a quarta de cada dimensão avaliam estratégias de *Coping* comportamentais. Cada Sub-Escala das 8 totais é composta por 6 itens que no total perfazem 48 itens. Alguns exemplos de itens são: "Pensei em várias maneiras de lidar com o problema.", "Tracei um plano de acção e segui-o.", "Conversei com o amigo sobre o problema.", "Afastei-me das pessoas em geral.", "Esperei o pior resultado possível." ou "Tentei negar a gravidade da situação." Para além disso, o CRI contém 10 itens (Parte A) adicionais que nos fornecem informação da avaliação que cada indivíduo faz acerca do stressor e dos seus resultados. Por exemplo "Já alguma vez tinha enfrentado um problema como este?", "Quando este problema surgiu viu-o como uma ameaça?" ou "Algo de bom aconteceu por ter lidado com este problema?". Segundo Moos (1993), estes 10 itens são importantes devido à relação existente entre a avaliação e as respostas de *Coping* subsequentes. Inicialmente, os participantes devem reportar uma situação stressante com a qual tenham tido que lidar nos últimos 12 meses. Posteriormente (Parte B), as respostas são dadas numa escala tipo Likert de 4 pontos: "*Definitivamente Sim*"; "*Maioritariamente Sim*"; "*Maioritariamente Não*" e "*Definitivamente Não*". A cotação é feita, respectivamente, numa escala de 4 a 0 pontos com notas *t* estandardizadas

derivadas de cada Sub-Escala. Uma maior pontuação numa dada Sub-Escala corresponde a uma maior utilização dessa mesma estratégia de *Coping*.

As características psicométricas do CRI foram derivadas a partir de mais de 1,800 adultos (Moos et al., 1990; Moos et al., 1989; cit. por Moos, 1993). A consistência interna das Sub-Escalas varia de .58 a .74 para os homens e para as mulheres. Especificamente, para o Género masculino registam-se os valores: Escala Análise Lógica (LA) .67, Escala Reavaliação Positiva (PR) .74, Escala Procura de Ajuda e Suporte (SG) .61, Escala Resolução de Problemas (PS) .68, Escala Evitamento Cognitivo (CA) .72, Escala Aceitação ou Resignação (AR) .64, Escala Procura de Ganhos Alternativos (SR) .68 e Escala Descarga Emocional (ED) .62. Por sua vez e, para o Género feminino, os resultados observados foram: Escala Análise Lógica (LA) .64, Escala Reavaliação Positiva (PR) .71, Escala Procura de Ajuda e Suporte (SG) .60, Escala Resolução de Problemas (PS) .63, Escala Evitamento Cognitivo (CA) .70, Escala Aceitação ou Resignação (AR) .60, Escala Procura de Ganhos Alternativos (SR) .71 e Escala Descarga Emocional (ED) .58. Todas as Sub-Escalas encontram-se positivamente correlacionadas (média r = .29 para os homens e r = .25 para as mulheres) e são relativamente estáveis ao longo do tempo (média r = .45 para os homens e r = .43 para as mulheres). A correlação entre as 4 estratégias de aproximação (.47 para os homens e .42 para as mulheres) são mais altas do que as correlações entre as 4 estratégias de evitamento (.29 para os homens e .24 para as mulheres). Existem ainda estudos de correlação das Sub-Escalas com medidas de desejabilidade social e que para as 8 subescalas foi de r = .13.

Relativamente a sua validade, ao nível geral, os resultados mostram-se válidos, contudo é necessário continuar a desenvolver estudos acerca da validade já que nalguns casos parecem existir algumas incongruências. Por exemplo, nos estudos de Moos (1993), ficou pouco delimitada a diferenciação entre estratégias de aproximação e estratégias de evitamento. É o caso da Sub-Escala Análise Lógica que constitui uma estratégia de aproximação, por um lado, mas por outro, revela-se uma estratégia de evitamento.

O CRI (*Adult-Form*) foi construído tanto para adultos saudáveis, como para pacientes psiquiátricos ou clínicos (e.g., stresse no local de trabalho, pacientes alcoólicos e depressivos) e possui, neste momento, outras adaptações, como por exemplo para a população jovem (CRI-*Youth*; Moos, 1993) e para a população adulta – versão ideal (*CRI-Adult*; Moos, 1993) relevando, igualmente, bons índices psicométricos (Moos, 1993). Tem sido usado em vários estudos como forma de avaliar os estilos de *Coping* (e.g., Burns et al., 2007; Fredrickson & Joiner, 2002; Mohino,

Kirchner, & Forns, 2004; Hiebert-Murphy, 2000; Sakraida, 2008; Blalock & Joiner, 2000; Winstanley & Whittington, 2002). No entanto, enquanto alguns autores (e.g., Blalock & Joiner, 2000) confirmam a análise factorial, com rotação *Varimax*, em quatro principais categorias (i.e., *Coping* de Aproximação Cognitivo e Comportamental e *Coping* de Evitamento Cognitivo e Comportamental), outros (e.g., Wong, Reker, & Peacock, 2006) apontam claras limitações na distribuição das respectivas Sub-Escalas em quatro grandes categorias cognitiva e comportamentalmente delimitadas. Wong et al. (2006) referem, por exemplo, que a Sub-Escala Procura de Ganhos Alternativos não pode ser simplesmente limitada a uma componente comportamental defendendo, pelo contrário, que esta forma de *Coping* envolve crenças e valores que são componentes mais cognitivas que comportamentais. De igual forma, a Sub-Escala Aceitação/Resignação não pode ser limitada a tentativas cognitivas no sentido de reagir ao problema, aceitando, porque também pode significar renúncias comportamentais de acordo com exigências situacionais, como por exemplo, financeiras.

8.6.5 Escala de Afecto Positivo e Negativo *(The Positive and Negative Affect Schedule*, PANAS)

A Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS; Watson et al., 1988) foi adaptada para a população Portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005c). A presente Escala tem como objectivo a avaliação do Afecto Positivo e do Afecto Negativo em várias medidas temporais: "Agora, ou seja, neste momento"; "Hoje"; "Durante os últimos dias"; "Durante a última semana"; "Durante as últimas semanas"; "Durante o último ano"; e "Geralmente, ou seja, em média". Tem sido usada em vários estudos como forma de medir o afecto, quer a longo termo (características emocionais mais estáveis), quer a curto termo (estados transitórios emocionais) (e.g., Burns et al., 2007; Tugade & Fredrickson, 2004; Fredrickson & Joiner, 2002; Gallagher & Vella-Brodrick, 2008). O Afecto Positivo avalia a percepção do indivíduo relativamente ao entusiasmo com a vida enquanto o Afecto Negativo diz respeito à sua percepção em relação aos seus estados perturbados ou/e de desprazer (Clark et al., 1989; Crawford & Henry, 2004).

A Escala possui então duas medidas com 10 itens cada uma. As respostas são dadas numa escala tipo Lickert, onde 1 corresponde ao "*Nada ou Muito Ligeiramente*"; 2 corresponde ao "*Pouco*"; 3 corresponde ao "*Moderadamente*"; 4 corresponde ao "*Bastante*" e; 5 ao "*Extremamente*". Desta forma, enquanto valores elevados numa

dimensão representam excitação emocional, valores reduzidos representam relativa ausência de intensidade afectiva. Valores elevados de Afecto Positivo correspondem a um elevado estado de energia, concentração e prazer, enquanto baixos valores da mesma dimensão correspondem a tristeza e a letargia. Por sua vez, valores elevados de Afecto Negativo correspondem a *distress* psicológico e a estados como medo, raiva ou nervosismo, enquanto baixos valores na mesma dimensão correspondem a um estado de calma e serenidade.

Para a sua cotação, basta fazer a média aritmética dos 10 itens de Afecto Positivo e a média aritmética dos 10 itens de Afecto Negativo. Se se pretender o balanço de Afecto deve subtrair o Afecto Positivo ao Afecto Negativo.

O seu estudo de adaptação utilizou a mesma metodologia que os autores da Escala Original, procurando, desta forma, chegar aos 20 descritores das emoções positivas e negativas que fossem mais representativos do léxico emocional dos Portugueses e que, simultaneamente, fossem fiéis à estrutura da Escala Original (Galinha & Ribeiro, 2005c). Para isso, os autores, partiram dos 60 itens originais de Zevon e Tellegen (1982) que estiveram na origem da Escala Original, sendo posteriormente sujeitos a um processo de tradução com a colaboração de peritos nas línguas Portuguesa e Inglesa. Seguidamente, a tradução foi discutida por psicólogos Portugueses com domínio da língua Inglesa e dos modelos de avaliação de afectos, visando, desta forma, confirmar a validade de conteúdo dos itens. Deste processo inicial resultou uma tradução com 78 itens, que foi apresentada a uma amostra de 348 estudantes universitários, sendo que 161 eram mulheres com uma média de idades de 20,33, variando entre os 18 e os 50 anos e, 177 eram homens com uma média de idades de 20,86, variando entre os 18 e os 40 anos. Dos 348 participantes iniciais, 344 responderam à Escala "durante as últimas semanas" e 342 responderam à Escala "durante os últimos dias" segundo a escala de 5 pontos. A partir daqui, os 78 itens iniciais foram reduzidos para 60 itens, três itens por categoria, através da análise de correlações com a categoria correspondente.

De acordo com o processo original de Watson et al. (1988, cit. por Watson & Clark, 1994) para a construção da PANAS, foi realizada uma análise factorial de componentes principais com solução para dois factores (Afecto Positivo e Afecto Negativo) e com rotação *Varimax*. A análise factorial separou claramente os dois factores por emoções negativas, para o primeiro e, emoções positivas, para o segundo. Para reduzir os 60 itens para os 20 itens originais, o processo de selecção considerou os 10 itens do Afecto Negativo e os 10 itens do Afecto Positivo que fossem marcadores relativamente puros de ambos os factores. Após uma nova aplicação da

Escala, a diferença entre as médias das cargas factoriais nos dois momentos de aplicação foram, praticamente, nulas. Os itens com valores inferiores a .40 foram excluídos do factor a que pertenciam. Inicialmente foram obtidos 33 itens para o Afecto Negativo e 20 itens para o Afecto Positivo. Seguidamente, foram eliminados os itens que tinham peso superior a .25 no factor a que não pertenciam. Semelhante ao processo original, Galinha e Ribeiro (2005c) obtiveram 25 itens para o Afecto Negativo e 17 para o Afecto Positivo. Novamente, foram eliminados os factores com valores inferiores a .40 no factor a que pertenciam e que no factor a que não pertenciam obtiveram valores superiores a .25.

A análise dos Alphas de Cronbach permitiu aos autores seleccionar 10 itens para o Afecto Positivo e 10 itens para o Afecto Negativo, sendo que os itens finais para o primeiro foram: *entusiasmado*, *encantado*, *inspirado*, *excitado*, *determinado*, *agradavelmente surpreendido*, *caloroso*, *activo*, *interessado* e *orgulhoso*. A validação da Escala corresponde à Escala Original em sete do total dos itens, distribuídos pelas mesmas categorias da Escala Original, os 3 itens diferentes correspondem às categorias: *divertido*, *simpático* e *surpreendido*, correspondendo aos itens encantado, *caloroso* e *agradavelmente surpreendido*, que na Escala Original são "*alert*", "*attentive*" e "*strong*". Para o segundo, os itens finais foram: *perturbado*, *atormentado*, *culpado*, *assustado*, *repulsa*, *irritado*, *remorsos*, *nervoso*, *trémulo* e *amedrontado*. Em relação à Sub-Escala de Afecto Negativo da versão Original, 6 itens da versão portuguesa são iguais e 9 fazem parte das mesmas categorias. A categoria que difere é a repulsa para a Escala Portuguesa, sendo o seu item "repulsa" e o da original "*hostile*".

Relativamente à consistência interna da versão Portuguesa para a Sub-Escala de Afecto Positivo, o Alpha de Cronbach é de .86 (α = .88 para a Sub-Escala Afecto Positivo da Escala original) e, para a Sub-Escala de Afecto Negativo, o Alpha de Cronbach é de .89 (α = .87 para a Sub-Escala de Afecto Negativo da Escala Original), revelando-se idênticos aos da Escala Original.

Por fim, quanto à correlação entre as duas dimensões da PANAS, é esperado que seja próxima de zero (não correlacionadas) (Galinha & Ribeiro, 2005c), obtendo-se valores para a versão Portuguesa de -.10 e para a Escala original de -.17, ou seja, também idênticos para a versão Portuguesa e para a Escala Original. As duas dimensões são, por isso, independentes entre si ao invés de inversamente correlacionadas (Watson & Clark, 1994). Contudo, vários estudos apoiam o facto de que a estrutura da PANAS não é invariante entre diferentes tipos de populações, nomeadamente entre géneros (e.g., Crawford & Henry, 2004).

Estão ainda por desenvolver os estudos de validade concorrente, de construto e de fidelidade (teste-reteste) da adaptação para a população Portuguesa. Na versão Original os valores dos Alphas de Cronbach para a subescala Afecto Positivo têm variado de .86 a .90 e para a Sub-Escala Afecto Negativo de .84 a .87 (Clark et al., 1989), similares a outros estudos que envolvem, quer população clínica, quer população não-clínica, embora não totalmente representativa da população em geral (e.g., Mehrabian, 1998; Roesch, 1998; cit. por Crawford & Henry, 2004). Relativamente à validade convergente e discriminante e às suas correlações com o factor, estudos com a Escala Original variam de .89 a .95 e -.02 a .18, respectivamente (Clark et al., 1989).

A PANAS tem-se revelado um instrumento com excelentes propriedades psicométricas e podemos salientar a sua utilidade na distinção entre Afecto Positivo e Afecto Negativo em população não-clínica (e.g., Crawford & Henry, 2004) mas também entre ansiedade e depressão em população clínica (e.g., Mehrabian, 1997) e bons índices de fidelidade em reabilitação médica (Ostir, Smith, Smith & Ottenbacher, 2005).

8.7 Procedimento

Distribuímos as etapas de aplicação e recolha de dados em três momentos principais. O primeiro diz respeito à apresentação inicial do estudo e pedido de colaboração; o segundo, à introdução do estudo aos participantes, pedido do seu consentimento, avaliação das suas condições físicas e psicológicas e promoção da motivação para participação na investigação; e por fim, num terceiro momento, a realização das provas propriamente dita. Vejamos, mais especificamente, quais as fases dos procedimentos tomados na aplicação e recolha de dados.

Após o consentimento (Ver Anexo B) dos respectivos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental dos Hospitais de Évora e Portalegre, procedemos à recolha de dados em dias e em horários laborais aleatórios. Em ambos os Grupos, os principais formatos de aplicação de provas foram o assistencial e de grupo, sempre tendo em conta a estandardização da situação de teste. Isto é, a relação criada com os participantes, a introdução do estudo aos mesmos, bem como o esclarecimento de possíveis dúvidas foi mantido constante ao longo de toda a situação de prova. Especificamente, e após a introdução inicial dos objectivos da investigação, da

natureza do estudo e da apresentação inicial, a participação dos sujeitos foi feita voluntariamente e com o seu consentimento informado (APA, 2002). Ainda nesta fase, e a fim de eliminar interferências na situação de avaliação e, particularmente no grupo clínico, uma especial consideração foi convidar apenas sujeitos que, aparentemente, se encontravam em condições emocionais, cognitivas e comportamentais para o fazer. Lembre-se que cabe ao investigador assegurar a não participação de pessoas psicologicamente vulneráveis (Francis, 1999). Quer isto dizer que, na abordagem inicial questionavam-se os potenciais participantes acerca da sua motivação para colaborar no presente estudo, assim como as suas condições físicas e/ou psicológicas. Neste momento, tínhamos uma pequena amostra das condições emocionais, cognitivas e comportamentais dos potenciais participantes, como o sejam: o seu estado de alerta, a sua motivação, o seu estado de humor e as suas condições motoras ou físicas (APA, 2002). Exemplos de perguntas feitas após a introdução do estudo aos participantes foram: "Quer participar no presente estudo?" ou "Acha que consegue responder a algumas questões?". Nesta fase, muitos referiam: "Não quero participar."; "Não tenho cabeça hoje." ou ainda "Não consigo escrever."

Num segundo momento da aplicação e recolha de dados propriamente dita, apresentaram-se as condições mais específicas de participação (Ver Anexo C), como sejam as questões de consentimento informado e instruções de realização das respectivas provas e esclareceram-se possíveis dúvidas. Neste momento, a aplicação de provas decorreu de acordou com os princípios gerais e éticos de aplicação de testes e instrumentos psicológicos (APA, 2002; CEGOC, 2004). Seguidamente, os participantes respondiam uma série de questões relativamente a áreas pessoais e sócio-demográficas sem colocar em causa o anonimato das respostas (Ver Anexo D) e só posteriormente avançavam para as provas propriamente ditas. Por fim, foi pedido para que e, sempre que possível, não alterassem a ordem de realização das mesmas (Ver Anexo D). Até esta fase, foi explicado passo a passo o que o participante teria de realizar e preencher.

Na realização das provas propriamente ditas (terceiro momento da recolha de dados), os participantes realizavam as mesmas sem ajuda ou incentivos iniciais, a menos que a solicitassem. Ao longo deste terceiro momento, alguns participantes desistiam outros mostravam algumas dificuldades na leitura e compreensão das mesmas. Para estes últimos, eram esclarecidas as dúvidas de compreensão relativas às questões abrangidas nas respectivas provas. Os participantes que desistiam voluntariamente constituíam, neste momento, mais um dos critérios de selecção. Uma especial atenção foi dada a estes participantes e, especialmente aos referentes ao

grupo clínico, conversando acerca do motivo da sua desistência e validando o seu estado psíquico actual. Muitos deles expunham: "Não tenho vontade.", "Hoje não estou muito bem." ou "Hoje não tenho cabeça para fazer isso." Agradecíamos o seu esforço e boa vontade e, por fim, assegurámo-nos que estes participantes estavam a ser acompanhados por profissionais adequados já que, muitos deles, expunham o seu estado afectivo e cognitivo como clinicamente significativo (APA, 2002).

O último critério de selecção foi tido aquando da revisão das respostas dadas nas diferentes provas. Sempre que uma das provas não estava preenchida, o número de itens necessários para a devida cotação não era suficiente ou ainda quando um número elevado de itens não se encontravam claros e devidamente preenchidos, eram eliminadas das análises subsequentes.

Uma pequena ressalva deve ser feita relativamente ao grupo não clínico, visto que muitos dos dados foram recolhidos via *e-mail* (*mail type*, com recolha de sucesso de 11,2% do mesmo grupo) e através de outros procedimentos não probabilísticos (Junta de Freguesia de Portalegre, Centro de Formação no Distrito de Portalegre e outros locais públicos no Distrito de Évora). Os formatos de recolha de dados foram, neste caso, de dois tipos: via *e-mail* e individual e de grupo e assistencial. De igual forma, a situação de recolha de grupo e assistencial (no caso da Junta de Freguesia e do Centro de Formação de Portalegre) decorreu nos mesmos parâmetros e etapas que no grupo clínico. Para os casos recolhidos via *e-mail* e nos restantes locais públicos, o formato foi individual e, devido às suas inerentes vicissitudes, não foi possível manter a mesma estandardização, contudo informámos os participantes que sempre que tivessem alguma dúvida poderiam colocá-la via *e-mail*, sempre que entendessem, e sem nenhum confrangimento. Para além disso e, junto das respectivas provas, encontravam-se os critérios específicos de participação no presente estudo para que os potenciais participantes pudessem dar o seu consentimento informado.

Depois desta pequena introdução a questões mais práticas da investigação e, antes de passarmos à apresentação dos procedimentos de análise de dados, temos em apreciação os procedimentos metodológicos levados a cabo na tradução de um dos instrumentos constituintes do presente estudo – Inventário de Respostas de *Coping* (*The Coping Responses Inventory* – CRI; Moos, 1993).

8.7.1 Tradução do Instrumento Inventário de Respostas de *Coping* (*Coping Responses Inevntory*, CRI)

Para a aplicação das provas foi necessário traduzir um dos instrumentos utilizados – Inventário de Respostas de *Coping* (*Coping Responses Inventory* – CRI; Moos, 1993) – para a língua Portuguesa através do método "traduz – retraduz" (*translate – translate back*) (Hill & Hill, 2008).

Inicialmente, o instrumento foi traduzido para a língua Portuguesa por dois profissionais com o conhecimento de ambas as línguas (Inglesa e Portuguesa). Posteriormente e, a fim de verificar a tradução do instrumento, foi pedido a um outro profissional, bem familiarizado com a língua Inglesa, para traduzir a versão Portuguesa realizada por aqueles para a versão Inglesa. Por último, os dois primeiros profissionais que efectuaram a tradução para Português comparam a versão Original do instrumento com a versão Inglesa traduzida pelo terceiro profissional de forma a verificar inconsistência entre ambas as versões (a Original e a traduzida). Ambas as versões foram consideradas semelhantes e, como tal, a versão Portuguesa, adequada ao nível da sua tradução.

Sabendo que, por norma, os instrumentos construídos num determinado idioma, específicos para uma determinada população e/ou cultura, alteram as suas características psicométricas quando são traduzidos para outro idioma diferente do original (Ribeiro, 1999), procedemos à análise das suas características psicométricas, que serão descritas no capítulo que se segue. Por enquanto, importa descrever brevemente os procedimentos de análises de dados realizados a fim de contestar as hipóteses inicialmente estabelecidas, bem como, responder às questões que a investigação coloca.

8.7.2 Análises Estatísticas

Nesta secção, pretende-se descrever aquilo que foram os procedimentos estatísticos tidos ao longo da análise de dados propriamente dita e que será apresentada na parte sequente do presente estudo.

Embora o número de participantes seja relativamente baixo para o efeito, iniciámos pela Análise Factorial Exploratória (AFE) através do método de Análise de Componentes Principais (ACP) e com rotação *varimax* no sentido de explorar se as estruturas factoriais das provas utilizadas no presente estudo e, especificamente, junto

dos seus participantes, se adequavam às estruturas das provas Originais. Para além da AFE, foram ainda realizadas outras análises, como a Análise de *Clusters* e correlações de matriz anti-imagem, a fim de adequar a estrutura extraída de alguns dos instrumentos no presente estudo, nomeadamente do *Coping Responses Inventory* (CRI), à respectiva estrutura Original.

Evidenciados os vários factores das respectivas provas, passámos à análise de distribuição de normalidade e de homogeneidade de variâncias para as diferentes variáveis em estudo (Ver Anexo I) de forma a caracterizar as mesmas e nortear as análises posteriores. Posto isto, e no sentido de testar as duas primeiras hipóteses e averiguar diferenças significativas entre os valores centrais no que diz respeito aos níveis de Saúde Mental e de Afecto, quer Positivo quer Negativo, entre o grupo clínico e o grupo não clínico, realizámos análises de estatística inferencial através da utilização de Testes Mann-Whitney bilaterais.

A fim de testarmos a terceira, quarta e quinta hipóteses, verificámos a existência ou não de associações lineares entre as variáveis em estudo através do coeficiente de correlação de *Pearson* e, para as variáveis pessoais e sócio-demográficas que caracterizam os participantes, através do coeficiente de correlação de *Spearman.* Para todas as análises de correlação, quer tendo em conta os participantes no seu conjunto, quer considerando as análises por grupos, foram controlados os potenciais efeitos das variáveis pessoais e sócio-demográficas que caracterizam os participantes em estudo (i.e., Género, Grupo Etário, Área de Residência, Grau de Escolaridade, Estado civil, Estatuto Sócio-Económico, Qualificação Profissional e a Situação Profissional Actual e, no caso da análises com os participantes no seu conjunto, a natureza clínica e não clínica). Adicionalmente, e no que diz respeito às associações entre as variáveis pessoais e sócio-demográficas e os diferentes factores da variável Afecto (quinta hipótese), efectuámos análises de comparações de médias no sentido de verificar diferenças entre os grupos relativamente aos factores do Afecto Positivo e Negativo, mas apenas no que diz respeito às associações que se mostraram estatisticamente significativas. Novamente, e como as variáveis não seguem distribuições normais, foram utilizados vários Testes Mann-Whitney bilaterais no que diz respeito à comparação de níveis de "Afecto Negativo" entre os géneros, quer considerando os participantes no seu todo, quer considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos. E para a variável Grau de Escolaridade, efectuámos a alternativa não paramétrica, o Teste Kruskal-Wallis, a fim de verificar a existência ou não de valores médios entre os grupos relativamente ao facto "Afecto Negativo". Verificadas diferenças nos valores médios entre os graus de

escolaridade, realizamos Testes Post-Hoc (desigandamente, o Teste Tukey), no sentido de averiguar em quais dos grupos os níveis de "Afecto Negativo" diferiam.

Analisada a existência ou não de associação linear entre as diferentes variáveis, procedemos à análise de variância através da Regressão Linear Simples e da Regressão Múltipla que se coadunam no teste da sexta, sétima e oitava hipóteses. No que toca às variáveis pessoais e sócio-demográficas e as restantes formas de *Coping*, consideramos apenas para as variáveis estatística e significativamente associadas aos diferentes factores de afecto. Especificamente, e para avaliar em que medida as varáveis explicam a variância encontrada no Afecto, quer Positivo quer Negativo, realizámos uma análise de regressão simples *one-way* e através do método *Stepwise,* incluindo como variáveis independentes a Satisfação com o Suporte Social e o Processamento Cognitivo "Aberto", outras formas de *Coping*, e variáveis pessoais e sócio-demográficas; e como variável dependente, os vários factores da variável afecto. Novamente, ambas as análises foram realizadas tendo em conta os participantes no seu conjunto e divididas pelos grupos. Por fim, e para estudar a influência da variável Processamento Cognitivo "Aberto", outras formas de *Coping*, e variáveis pessoais e sócio-demográficas na relação entre Satisfação com o Suporte Social e Afecto, quer Positivo quer Negativo, prosseguimos para a Regressão Múltipla, novamente através do método *Stepwise.* De igual forma às Regressões Simples, também na Regressão Múltipla testámos esta relação de acordo com a natureza clínica e não clínica dos grupos em análise e com os participantes no seu todo.

PARTE III: RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS

"É fundamental na análise e discussão dos dados saber de onde se parte."

(Almeida & Freire, 2003, p. 201)

Com vista a responder aos objectivos do estudo procedemos às análises estatísticas que serão apresentadas e descritas seguidamente. Especificamente e, a fim de contestar as hipóteses inicialmente estabelecidas, a terceira parte tem como objectivos primordiais especificar, descrever e explicar os procedimentos e análises estatísticas, bem como os resultados obtidos e as discuti-los à luz da literatura revista.

Inicialmente, descrevemos as análises factoriais exploratórias no sentido de verificar se a estrutura factorial dos instrumentos utilizados pelo presente estudo é idêntica à dos instrumentos Originais. Como nos dizem Almeida e Freire (2003), a análise factorial dos itens constitui o procedimento analítico mais frequentemente utilizado para analisar a uni ou multidimensionalidade das medidas.

Posteriormente e, tendo em conta a formulação das perguntas de investigação, procedemos à descrição e subsequente explicação dos procedimentos e resultados obtidos. Neste sentido e, de acordo com as hipóteses inicialmente formuladas, apresentamos os resultados segundo três estudos. No primeiro, averiguamos diferenças de médias entre os grupos, clínico e não clínico, relativamente à Saúde Mental e aos níveis de afecto. No segundo, analisamos as diferentes associações lineares entre as variáveis em estudo, quer tendo em conta os participantes no seu todo, quer considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos em análise. Por fim, no terceiro estudo, apreciamos a variabilidade explicada pelos diferentes factores ou variáveis nos distintos níveis de afecto. Finalizamos a apresentação e descrição de resultados com uma discussão geral no âmbito dos resultados obtidos, integrando-os e relacionando-os com a revisão de literatura.

9. Validade e Fidelidade dos Instrumentos

9.1 Análise Factorial Exploratória (AFE)

Esta secção pretende descrever as Análises Factoriais Exploratórias de cada instrumento utilizado ao longo do estudo. Por ordem de aplicação, apresentamos a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), seguida pelo Inventário de Saúde Mental (MHI) e pelo Inventário de Respostas de *Coping* (CRI) e, por fim, a Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS) (Ver Tabela 3.1 do Anexo II).

Embora todas as variáveis tidas no presente estudo constituam variáveis multidimensionais, iremos considerar apenas as diferentes dimensões do *Coping* e do afecto, por fundamentarem, em particular, objectivos da presente investigação. Relativamente às variáveis Satisfação com o Suporte Social e Saúde Mental, iremos considerar as suas medidas gerais ou totais (i.e., Escalas Totais), já que para ambas as variáveis, interessa apenas considerar um indicador ou índice geral, quer de Satisfação com o Suporte Social quer de Saúde Mental, neste caso fornecidos através da percepção dos participantes em estudo.

9.1.1 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A análise factorial exploratória da ESSS (Ribeiro, 1999), depois da rotação *Varimax*, não alterou a sua estrutura inicial. Utilizou-se como método a análise de componentes principais e teve como KMO = .785 sugerindo a exequibilidade da análise, embora relativamente satisfatória, à estrutura extraída (Ver Tabela 3.2 do Anexo II). Após a rotação *varimax* foram extraídos quatro factores que explicam, cada um, a mesma percentagem de variância que antes da rotação. Especificamente, o primeiro factor explica 22,6%, o segundo 17,2%, o terceiro 14,5% e o quarto 10,9% da variância e, em conjunto, os quatro factores explicam 65,3% da variância total (Ver Tabela 3.3 do anexo II). Comparativamente à estrutura da Escala Original, a variância total explicada é maior, contudo no que diz respeito à variância explicada pelos factores individualmente, estas revelam-se menores. Todos os quatro factores mostram *eigenvalues* acima da unidade, sendo que a partir daqui os valores passam a ser inferiores e, por isso, não retidos na análise. Também pela análise do *screen plot* verificamos que são retidos os quatro primeiros factores (Ver Gráfico 3.1 do Anexo II).

O primeiro factor, "Satisfação com os Amigos", é constituído pelos itens: 3, 12, 13, 14 e 15, os mesmos que na Escala Original (Ver Tabela 3.4 do Anexo II). Este factor é também aquele que explica a maior percentagem de variância sendo, por isso, aquele que melhor representa a Escala. Este factor descreve a satisfação relativamente aos amigos/relações de amizade (Ribeiro, 1999). Os itens que o constituem são por exemplo: "Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria", "Estou Satisfeito com a quantidade de amigos que tenho" ou "Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço em conjunto com o meu grupo de amigos".

O segundo factor, "Actividades Sociais", é constituído pelos itens: 1, 2, 6, 7 e 8. Este é o único factor que difere da Escala Original, agrupando itens do factor "Actividades Sociais" e do factor "Intimidade" da Escala Original (Ver Tabela 3.4 do Anexo II). Não obstante, optamos por manter a designação de "Actividades Sociais", já que três dos itens retidos (i.e., 2, 7 e 8) constituem, igualmente, os itens que compõem a Sub-Escala "Actividades Sociais" na Escala Original. O mesmo factor mede a satisfação com as actividades sociais que o indivíduo realiza (Ribeiro, 1999). Exemplos de itens são: "Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria", "Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam" ou ainda "Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)". Este é também um factor com um peso substancial na representação da presente Escala. Ele constitui o segundo factor com mais peso, explicando, como vimos, 11,7% da variância total.

O terceiro factor "Satisfação com a Família" é constituído, tal como na Escala Original, pelos itens: 9, 10 e 11 (Ver Tabela 3.4 do Anexo II). Mede a satisfação com o suporte social familiar (Ribeiro, 1999).

Por fim, o quarto e último factor, "Intimidade", é constituído pelos itens: 4 e 5 (Ver Tabela 3.4 do Anexo II). Comparativamente à Escala Original e após a rotação *Varimax*, fazem igualmente parte deste factor, no entanto na presente análise o factor reteve apenas dois itens fortemente saturados, enquanto na Escala Original ele era composto, para além destes, por mais dois itens, a saber: 1 e 6. Na presente análise, o item 1 e o item 6 compõem o segundo factor, como vimos. Embora com apenas dois itens, consideramos que o factor "Intimidade" mede, de igual forma, a percepção da existência de suporte social íntimo (Ribeiro, 1999), até porque o seu Alpha de Cronbach se mostra elevado (α = .73).

Comparativamente à matriz inicial, a rotação mostrou uma análise mais pura para cada factor, sendo as cargas dos itens para cada factor sempre superiores a .50

(a mais baixa de .56 e a mais elevada de .84) (Ver Tabela 3.4 do Anexo II). Os Alphas de Cronbach dos factores mostram-se elevados e são, respectivamente .87., .75, .76 e .73 (Ver Tabelas 3.6, 3.7, 3.8 e 3.9 do Anexo II, respectivamente). O da Escala Total é de .85, tal como o Alpha de Cronbach da Escala Original (Ver Tabela 3.5 do Anexo II). As correlações inter-item por Sub-Escala variam entre .26 e .54 (Ver Tabela 3.11 do Anexo II) e as correlações entre Sub-Escalas variam entre .09 a .52 (Ver Tabela 3.13 do Anexo II). Como tal, consideramos a presente análise adequada, fundamentada e similar à Escala Original.

9.1.2 Inventário de Saúde Mental *(The Mental Health Inventory,* MHI)

Na mesma linha das análises anteriores, procedemos à AFE do MHI (Veit & Ware, 1983). Numa primeira análise, e através do método de extracção de componentes principais (KMO = .93) com rotação *varimax*, foram retidos seis factores (com *eigenvalues* superiores à unidade) que, após a rotação ortogonal, explicam decrescentemente 29,3%, 13,4%, 9,3%, 7,5%, 6,3% e 4,9% da variância total da Escala (Ver Tabela 3.15 do Anexo II). Após a rotação, a análise mostra-se significativamente mais pura entre os factores retidos. Desta forma, o primeiro factor foi constituído por 21 itens; o segundo factor, por 6 itens; o terceiro factor, por 4 itens; o quarto factor, por 3 itens; o quinto factor, igualmente, por 3 itens; e o sexto factor, por apenas 1 item (Ver Tabela 3.16 do Anexo II). As cargas de saturação dos itens variaram entre os .47 e os .87 valores (Ver Tabela 3.16 do Anexo II). Embora a carga de saturação do item do sexto factor seja bastante elevada (.76), ele é constituído apenas por um item isolado (Ver Tabela 3.16 do Anexo II). Como a Escala Original é constituída por 5 e não 6 dimensões e, como teoricamente, este item isolado nada nos indicava, procedemos a uma nova AFE com extracção de 5 factores para se poder obter a melhor aproximação possível à Escala Original.

Nesta segunda análise, e após a rotação *Varimax*, o KMO manteve-se constante (Ver Tabela 3.14 do Anexo II), contudo e, tal como esperado, há uma ligeira alteração na variância explicada pelos factores retidos. Os factores retidos apresentam *eigenvalues* superiores à unidade e pela análise do *screen plot*, observamos também que se encontram acima do valor da unidade (Ver Gráfico 3.3 do Anexo II). Todos os itens apresentam cargas de saturação entre os .45 e os .86 valores (Ver Tabela 3.18 do Anexo II). No entanto, a solução para cinco factores revelou uma estrutura factorial significativamente diferente da versão Portuguesa e da Escala Original. O primeiro

factor apresenta-se como uma dimensão inespecífica de *Distress* Psicológico, constituído pelos itens: 29, 11, 19, 36, 33, 3, 20, 25, 13, 38, 32, 28, 9, 27, 15, 30, 17, 35, 2, 18, 31 e 37 (Ver Tabela 3.18 do Anexo II). O segundo, como uma dimensão inespecífica de Bem-Estar Psicológico, é constituído pelos itens: 22, 23, 34, 14 e 7 (Ver Tabela 3.18 do Anexo II). O terceiro e o quarto factores, são os únicos que se assemelham na sua estrutura à dimensão "Afecto Positivo" e à dimensão "Perda de Controlo Emocional/Comportamental" da versão Portuguesa e da Escala Original e, são constituídos, respectivamente, pelos itens: 4, 5, 26 e 6 e 21, 16 e 24 (Ver Tabela 3.18 do Anexo II). Por fim, o quinto factor, apresenta-se, igualmente, como uma dimensão inespecífica de Bem-Estar Psicológico e é constituído pelos itens: 12, 10, 8 e 1 (Ver Tabela 3.18 do Anexo II). Embora à consistência interna de cada factor se mostre boa (respectivamente .97, .85, .85, .75 e .72) (Ver Tabelas 3.20, 3.21, 3.22, 3.23 e 3,24, respectivamente), partimos para uma solução factorial a quatro factores no sentido de tornar a Escala teoricamente mais coerente.

A análise para uma solução de quatro factores revelou uma estrutura factorial, igualmente, significativamente diferente da versão Portuguesa e da Escala Original, porém, mais coerente ao nível teórico. O primeiro factor, que designamos por "*Distress* Psicológico", é aquele que melhor representa a Escala, explicando, então, 31,9% da variância total (Ver Tabela 3.25 do Anexo II). É constituído pelos itens: 29, 11, 19, 33, 36, 3, 25, 13, 20, 32, 38, 27, 9, 15, 28, 30, 17, 35, 18, 2, 8 e 37 (Ver Tabela 3.26 do Anexo II). Comparativamente à adaptação Portuguesa e à versão Original, este factor é caracterizado, maioritariamente, pelos itens da dimensão Ansiedade e da dimensão Depressão da versão Portuguesa e da Escala Original. Ao agrupar os itens correspondentes aos factores Ansiedade e Depressão, este factor representa uma dimensão inespecífica de *Distress* Psicológico e descreve estados de humor negativos como tristeza, irritabilidade, stresse, nervosismo, inquietação, confusão ou preocupação. O mesmo factor constitui uma dimensão do respectivo instrumento quando consideramos uma solução apenas para dois factores (Ribeiro, 2001; Veit & Ware, 1983) ou mesmo para três factores (Heubeck & Neill, 2000). Exemplos de itens são: "Sentiu-se deprimido durante o último mês?"; "Durante quanto tempo, no mês passado se sentiu muito nervoso?"; ou ainda "Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo?".

O segundo factor, que nomeamos de "Bem-Estar Psicológico", explica 17,0% da variabilidade da Escala (Ver Tabela 3.25 do Anexo II) e é composto pelos itens: 22, 10, 23, 34, 14, 1, 7 e 31 (Ver Tabela 3.26 do Anexo II). De igual forma que para o primeiro factor, o segundo factor é composto, maioritariamente, por itens das

dimensões "Afecto Positivo" e "Laços Emocionais" da versão Portuguesa e da Escala Original. Optámos pela designação de "Bem-Estar Psicológico" por constituir uma dimensão inespecífica de Bem-Estar Psicológico e descreve estados de humor positivos como relaxamento, satisfação, felicidade ou prazer. O mesmo factor constitui uma dimensão do respectivo instrumento quando consideramos uma solução apenas para dois factores (Ribeiro, 2001; Veit & Ware, 1983) ou mesmo para quatro factores (Heubeck & Neill, 2000). Exemplos de itens são: "Quanto tempo, durante o último mês, se sentiu capaz de relaxar sem dificuldade?"; "No último mês, durante quanto tempo sentiu que as suas relações amorosas eram total ou completamente satisfatórias?" ou "Durante o último mês, com que frequência sentiu prazer nas coisas que fazia?".

O terceiro factor, "Afecto Positivo", explica 10,5% da variância total (Ver Tabela 3.25 do Anexo II) e é constituído pelos itens: 4, 5, 26 e 6 (Ver Tabela 3.26 do Anexo II). Descreve emoções positivas como: esperança, relaxamento ou interesse. O mesmo factor constitui uma dimensão do respectivo instrumento verificada quando é considerada uma solução para cinco factores (Ribeiro, 2001; Veit & Ware, 1983). Exemplos de itens são: "Durante o mês passado com que frequência sentiu que tinha um futuro promissor e cheio de esperança?"; "Com que frequência, durante o último mês, sentiu que a sua vida no dia-a-dia estava cheia de coisas interessantes?"; ou "No mês que passou, durante quanto tempo sentiu que a sua vida era uma aventura maravilhosa?".

Por fim, o quarto e último factor, "Perda de Controlo Emocional/Comportamental", explica 5,7% da variabilidade total (Ver Tabela 3.25 do Anexo II). Os itens que o compõem são: 21, 16, 12 e 24 (Ver Tabela 3.26 do Anexo II). Comparativamente à adaptação Portuguesa e à versão Original, este factor reteve apenas 3 dos itens dos 9 itens e juntou um item da dimensão "Afecto Positivo" das mesmas Escalas. Este factor descreve sentimentos de falta controlo emocional e comportamental. O mesmo factor constitui uma dimensão do respectivo instrumento verificada quando é considerada uma solução para cinco factores (Ribeiro, 2001; Veit & Ware, 1983). Como exemplos de itens temos: "Durante o último mês, com que frequência sentiu que não tinha futuro, que não tinha para onde orientar a sua vida?" ou "Com que frequência, durante último mês, sentiu que tudo acontecia ao contrário do que desejava?".

Relativamente à consistência interna da Escala Total, o valor mostra-se elevado e relativamente igual ao da adaptação Portuguesa e da Escala Original, sendo este .97 (Ver Tabela 3.19 do Anexo II). Relativamente aos factores são, respectivamente .96, .90, .85, e .62, mostrando, como tal, elevados valores de

consistência interna e similares à adaptação Portuguesa (Ver Tabelas 3.27, 3.28, 3.29 e 3.30 do Anexo II, respectivamente) . As correlações inter-itens por Sub-Escala variam entre .59 e .79 (Ver Tabela 3.32 do Anexo II) e as correlações entre as Sub-Escalas entre .60 e .79 (Ver Tabela 3.34 do Anexo II).

9.1.3 Inventário de Repostas de *Coping* – Forma Adulta *(The Coping Responses Inventory – Adult Form,* CRI)

Após a realização da análise factorial exploratória do presente Inventário (CRI; Moos, 1993), foi verificado que esta não se mostrava a mais adequada (KMO = .63). Efectuámos, por conseguinte, uma matriz anti-imagem a fim de verificar os itens menos correlacionados com os restantes para poderem ser eliminados das análises posteriores. Através da observação da matriz de correlações foram eliminados os itens 19, 24, 25 e 45, pois eram aqueles com valores inferiores a .5. Foi ainda verificada a existência de fracas correlações entre itens da mesma dimensão. A análise factorial exploratória através do método de componentes principais melhorou ainda que não significativamente (KMO = .67) (Ver Tabela 3.35 do Anexo II). Os factores extraídos, e após a rotação *varimax*, não permitiram uma aproximação adequada à estrutura inicial da Escala Original (Ver Tabela 3.36 do Anexo II) e, neste sentido, partimos para a Análise de *Clusters* de variáveis através do método *complete linkage*. Esta análise permitiu agrupar os itens de acordo com 2 grandes *Clusters* ou mesmo 8 *Clusters*, já que a Escala Original é composta por 8 dimensões (Ver Figura 3.6 do Anexo II). Novamente, verificou-se que os *Clusters* formados pouco se assemelhavam à estrutura inicial do Inventário. Assim sendo, aceitámos a estrutura dada pelo autor e realizámos a AFE para cada dimensão através do método de componentes principais. Para cada AFE foi retido apenas o factor que melhor explicava a respectiva Sub-Escala.

A AFE da primeira Sub-Escala, Análise Lógica, mostrou um KMO = .66 (Ver Tabela 3.38 do Anexo II) e o primeiro factor extraído explica 33,4% da variância da Sub-Escala (Ver Tabela 3.39 do Anexo II). Os itens que melhor representam a presente Sub-Escala são os itens 1, 33 e o 41 e, menos, os itens 9, 17 e 25 (Ver Tabela 3.40 do Anexo II). O Alpha de Cronbach para a Sub-Escala Análise Lógica é de .57 (Ver Tabela 3.41 do Anexo II). As correlações inter-itens e verificar que estas variam entre .003 e .29 valores (Ver Tabela 3.42 do Anexo II). A presente Sub-Escala descreve os esforços cognitivos que o indivíduo empreende a fim de compreender e

se preparar mentalmente para o stressor e suas consequências (Moos, 1993). Exemplos de itens são: ""Pensei em várias maneiras de lidar com o problema."; "Tentei prever as novas exigências que me seriam colocadas." ou "Tentei perceber a razão por que esta situação me aconteceu.".

A AFE da segunda Sub-Escala, Reavaliação Positiva, teve como KMO = .73 (Ver Tabela 3.43 do Anexo II) e a análise através de componentes principais extraiu apenas uma componente que explica 38,4% da variância da Sub-Escala (Ver Tabela 3.44 do Anexo II). Os pesos dos itens encontram-se entre os .50 e os .68 valores (Ver Tabela 3.45 do Anexo II). O Alpha de Cronbach para a Subescala Reavaliação Positiva é de .67 (Ver Tabela 3.46 do Anexo II). As correlações inter-itens variam entre .14 e .40 valores (Ver Tabela 3.47 do Anexo II). A presente Sub-Escala envolve esforços cognitivos, enquanto o indivíduo for capaz de aceitar a realidade da situação, para interpretar e reestruturar um problema de forma positiva (Moos, 1993). Como exemplos de itens temos: "Pensei em coisas que me fizessem sentir melhor comigo próprio(a)."; "Mentalizei-me que o que estava a acontecer poderia ser muito pior." ou "Tentei ver o lado bom da situação.".

A AFE da terceira Sub-Escala, Procura de Apoio e Suporte, mostrou um KMO = .64 (Ver Tabela 3.48 do Anexo II). A análise através da extracção de componentes principais mostra uma variância explicada pela primeira componente de 31,3% (Ver tabela 3.49 do Anexo II). Os itens mais saturados na primeira componente e, portanto, aqueles que melhor a representam, são os itens 11, 27 e 35 e os menos saturados são os itens 3 e 19, sendo que o item 43 partilha a sua carga factorial pelas duas componentes extraídas (Ver tabela 3.50 do Anexo II). O Alpha da Cronbach é de .54 (Ver Tabela 3.51 do Anexo II) e as correlações inter-itens variam entre .02 e .42 valores (Ver Tabela 3.52 do Anexo II). O *Coping* Procura de Apoio e Suporte descreve esforços comportamentais no sentido de procurar informação, apoio e suporte (Moos, 1993). Exemplos de itens são: "Conversei com um(a) amigo(a) sobre o problema."; "Procurei a ajuda de pessoas com o mesmo tipo de problema."; ou "Tentei saber mais acerca da situação.".

A AFE da quarta Sub-Escala, Resolução de Problemas, teve um KMO = .80 (Ver Tabela 3.53 do anexo II). Análise de componentes principais revelou 45,2% da variabilidade total para apenas uma componente extraída (Ver Tabela 3.54 do Anexo II). As cargas dos itens variaram entre .41 e .79 valores (Ver Tabela 3.55 do Anexo II). O Alpha de Cronbach para a presente subescala toma o valor de .58 (Ver Tabela 3.56 do Anexo II) e as correlações inter-itens variam entre os .19 e .52 valores (Ver Tabela 3.57 do Anexo II). O *Coping* Resolução de Problemas representa esforços

comportamentais no sentido de lidar directamente com o problema (Moos, 1993). Como exemplos de itens temos: "Tracei um plano de acção e segui-o."; "Sabia o que tinha de ser feito e esforcei-me para que resultasse." ou ainda "Decidi o que queria e tentei atingir esse objectivo.".

A AFE da quinta Sub-Escala, Evitamento Cognitivo, obteve um KMO = .67 (Ver Tabela 3.58 do Anexo II) e a análise extraiu duas componentes, sendo que a primeira explica 35,0% da variância total da subescala (Ver Tabela 3.59 do Anexo II). Os itens que melhor representam a primeira componente são os itens 5, 13, 29 e 45 (Ver Tabela 3.60 do Anexo II). Os itens 21 e 37 são aqueles com cargas de saturação menores. Os valores das cargas de saturação dos itens para a primeira componente variaram de .33 a .75. Por fim, e no que diz respeito à consistência interna da subescala, o valor é de .61 (Ver Tabela 3.61 do Anexo II). As correlações inter-itens variaram entre .04 e .50 (Ver Tabela 3.62 do Anexo II). A presente Sub-Escala mede os esforços cognitivos para evitar pensar no problema de forma realista (Moos, 1993). Exemplos de itens são: "Tentei esquecer tudo."; "Tentei não pensar no problema." ou "Tentei adiar pensar na situação, embora soubesse que acabaria por ter de o fazer.".

A sexta Sub-Escala, Aceitação/Resignação, é explicada em 35,2% de variância (Ver Tabela 3.64 do Anexo II) pela primeira componente para um KMO = .65 (Ver Tabela 3.63 do Anexo II). Os itens que melhor representam a primeira componente são os itens 6, 14, 22 e 30 e o que menos a representa é o item 38 (Ver Tabela 3.65 do Anexo II). O item 46 partilha a sua carga de saturação entre as duas componentes extraídas. As cargas de saturação variam entre os .45 e os .70 valores. O Alpha de Cronbach para a presente subescala é de .62 (Ver Tabela 3.66 do Anexo II). As correlações inter-itens variaram entre .01 e os .45 valores (Ver Tabela 3.67 do Anexo II). A presente Sub-Escala representa esforços cognitivos para reagir ao problema, aceitando-o (Moos, 1993). Como exemplos de itens temos: "Achei que o tempo resolveria as coisas, por isso só teria de esperar."; "Apercebi-me que não tinha nenhum controlo sobre o problema." ou "Pensei que o resultado seria decidido pelo destino.".

A AFE da sétima Sub-Escala, Procura de Ganhos alternativos, teve um KMO = 70 (Ver Tabela 3.68 do Anexo II). A primeira componente extraída explica 41, 8% da variabilidade (Ver Tabela 3.69 do Anexo II) e os itens que melhor a representam são os itens 7, 15 e 39 e os itens 23 e 47 os menos saturados (Ver Tabela 3.70 do Anexo II). O Alpha de Cronbach para a presente subescala é de .64 (Ver Tabela 3.71 do Anexo II). As correlações inter-itens variaram entre os .10 e os .36 valores (Ver Tabela 3.72 do Anexo II). A presente Sub-Escala representa esforços comportamentais para

se envolver em actividades de substituição e criar novas fontes de informação (Moos, 1993). Exemplos de itens são: "Tentei ajudar outras pessoas com um problema semelhante."; "Envolvi-me em novas actividades." ou "Comecei a dedicar mais tempo a actividades recreativas."

Por último, a AFE da oitava Sub-Escala, Descarga Emocional, teve como KMO = .63 (Ver Tabela 3.73 do Anexo II). A primeira componente explica 30,8% da variância da Sub-Escala (Ver Tabela 3.74 do Anexo II) e os itens que melhor a representam são os itens 8, 32, 40 e 48. Os itens 16 e 24 são aqueles com menor valores de saturação na primeira componente (Ver Tabela 3.75 do Anexo II). Os valores das cargas de saturação variaram entre os .27 e os .72 valores para a mesma componente. O Alpha de Cronbach é de .52 (Ver Tabela 3.76 do Anexo II) e as correlações inter-itens encontram-se entre os -.02 e os .41 valores (Ver Tabela 3.77 do Anexo II). A presente Sub-Escala representa os esforços comportamentais para reduzir a tensão expressando, para isso, sentimentos negativos (Moos, 1993). Como exemplos de itens temos: "Descarreguei noutras pessoas quando me senti zangado(a) ou triste."; "Gritei para desabafar." ou ainda ""Chorei para libertar as minhas emoções.".

Por fim, as correlações inter-item por Sub-Escala variam entre .07 a .65 (Ver Tabela 3.80 do Anexo II) e as correlações entra as Sub-Escalas entre .11 a .66 (Ver Tabela 3.82 do Anexo II). Comparativamente à Escala Original, os Alphas de Cronbach mostram-se similares.

9.1.4 Escala de Afecto Posititvo e Negativo *(The Positive and Negative Affect Schedule*, PANAS)

A análise factorial exploratória da PANAS (Watson et al., 1988) mostrou como KMO = .86 (Ver Tabela 3.83 do Anexo II), evidenciando, por isso, a adequação da análise. Ao invés de dois factores (Afecto Positivo e Afecto Negativo) como na versão Original e na adaptação Portuguesa da Escala, a presente análise extraiu quatro factores principais necessitando, como tal, de um modelo explicativo alternativo.

O método utilizado foi a Análise de Componentes Principais através da rotação *varimax*. Após a rotação, a estrutura da Escala não foi significativamente alterada, contudo permitiu a formação de factores mais puros. A variância explicada após a rotação *varimax* foi 25,9%, 16,5%, 13,8% e 8,4%, respectivamente para o factor 1, 2, 3 e 4 (Ver Tabela 3.84 do Anexo II). Para cada factor os *eigenvalues* são superiores à

unidade sendo, por isso, retidos nas análises. Também pela análise do *screen plot* podemos verificar que são retidos quatro factores acima da unidade (Ver Gráfico 3.14 do Anexo II). Na constituição dos factores foram tidos itens com cargas de saturação para cada factor acima dos .55. Todos os itens mostraram cargas de saturação entre os .55 e os .83 (Ver Tabela 3.85 do Anexo II). Foi excluído, por isso, apenas um item ("Repulsa") por apresentar uma carga factorial inferior a .55 e por ter sido extraído no segundo factor que, como veremos, corresponde a uma dimensão positiva do afecto. Como verificado nalgumas situações de teste e aplicação das provas, deve acrescentar-se que o presente item era, na grande parte das vezes, ambíguo ou mal interpretado pelos participantes. Por conseguinte, consideramos pertinente retirar o presente item das análises, sem contudo, perder características psicométricas dos factores, em particular, e da Escala, na generalidade.

O primeiro factor, o qual foi denominado por "Afecto Negativo", é aquele que explica a maior variância da Escala, sendo constituído pelos itens: *Atormentado, Assustado, Amedrontado, Perturbado, Nervoso, Trémulo e Irritado* (Ver Tabela 3.85 do Anexo II). Seguindo o modelo hierárquico de Tellegen e colaboradores (1999a) podemos entender este factor segundo uma dimensão inespecífica ou geral de Afecto Negativo, constituída por emoções negativas, também saliente na estrutura factorial da PANAS-X (*Expanded Form*) dos mesmos autores.

O segundo factor, designado por "Actividade", é o segundo factor que explica a maior variância da Escala e é composto pelos itens: *Determinado, Interessado, Orgulhoso, Activo, Inspirado e Entusiasmado* (Ver Tabela 3.85 do Anexo II). Seguindo novamente o modelo hierárquico de Tellegen e a sua equipa de investigação (1985) podemos entender este factor segundo uma emoção positiva específica. Mais especificamente, e seguindo também os trabalhos de Schmukle e colegas (2003), o que estes autores defendem no seu estudo é que a dimensão Afecto Positivo (enquanto dimensão da PANAS) deve ser distinguida segundo as facetas entusiasmo (*joy*), interesse (*interest*) e activação (*Activation*). Neste sentido, a designação de "Actividade" apresenta-se, na nossa perspectiva, a mais adequada já que o item "activo" é também dos itens com maior carga factorial no respectivo factor.

O terceiro factor, apelidado por "Atenção" é composto pelos itens: *Caloroso, Agradavelmente Surpreendido, Excitado e Encantado* (Ver Tabela 3.85 do Anexo II). Novamente, segundo o modelo hierárquico de Tellegen e colaboradores (1999a) podemos entender este factor segundo a Sub-Escala ou dimensão de emoção positiva específica.

Por fim, o quarto factor, nomeado de "Culpa" é composto pelos itens: *Remorsos e Culpado* (Ver Tabela 3.85 do Anexo II). Seguindo novamente o modelo hierárquico de Tellegen e colaboradores (1999a) podemos entender este factor segundo a Sub-Escala ou dimensão de emoção negativa específica, também saliente na estrutura factorial da PANAS-X (*Expanded Form*) dos mesmos autores.

Ao nível da consistência interna, a Escala completa mostra um Alpha de Cronbach de .72 (Ver Tabela 3.86 do Anexo II). Relativamente aos factores e aos seus Alphas de Cronbach são, respectivamente .92, .84, .72 e .63 (Ver Tabelas 3.87, 3.88, 3.89 e 3.90). As correlações inter-item variam de .001 e .766 (Ver Tabela 3.91 do Anexo II) e, por Sub-Escala de -.08 a .61 (Ver Tabela 3.93 do Anexo II). O factor "Afecto Negativo" correlaciona-se com o factor "Culpa" em .36, com o factor "Actividade" em -.36 e com o factor "Atenção" em -.08. O factor "Actividade" correlaciona-se com o factor "Atenção" em .57 e com o factor "Culpa" em -.28. Por último, o factor "Atenção" correlaciona-se com o factor "Culpa" em -.06 (Ver Tabela 3.95 do Anexo II).

10. Análise de Resultados

Concretizadas as análises exploratórias dos instrumentos utilizados e tendo em conta as características específicas dos participantes em estudo, partimos então para a análise de resultados propriamente dita. Desta forma, apresentam-se seguidamente os resultados considerando as perguntas e os objectivos que nortearam a presente investigação, assim como, a sua subsequente divisão pelos três estudos tendo em conta a formulação inicial de hipóteses.

10.1 Estudo I

Hipótese I: Os participantes do grupo não clínico possuem maiores níveis de Saúde Mental comparativamente aos participantes do grupo clínico.

Hipótese II: Os participantes do grupo não clínico mostram maiores níveis de Afecto Positivo e menores níveis de Afecto Negativo comparativamente aos participantes do grupo clínico.

Após ter sido verificada a não normalidade dos dados através do teste Kolmogorov-Sminorv (Ver Tabela 2.2 do Anexo I) e, com vista a testar a nossa primeira hipótese, foi realizado um teste Mann-Whitney de comparação de médias entre os grupos relativamente à Saúde Mental dos seus participantes. Observamos que a estatística de teste - U=600,00 verifica que as médias ao nível da Saúde Mental são significativamente diferentes para os participantes de ambos os grupos para p<.001. Neste sentido, os participantes do grupo não clínico (μ=78,82; p=.000) mostram uma média superior em Saúde Mental comparativamente aos participantes do grupo clínico (μ=39,53; p=.000) (Ver Tabela 3.96 do Anexo III).

No sentido de testar a nossa segunda hipótese foram realizados vários testes Mann-Whitney por forma a comparar valores médios de Afecto, quer Positivo quer Negativo, entre os participantes de ambos os grupos (Ver Tabela 3.97 do Anexo III). Novamente, o teste Mann-Whitney mostrou-se o mais adequado devido à não normalidade verificada com o teste Kolmogorov-Sminorv dos respectivos factores (Ver Tabela 2.6 do Anexo I). Quando comparamos os participantes de ambos os grupos ao nível do Afecto Positivo, verifica-se que os valores médios relativamente ao factor "Actividade" diferem significativamente consoante a natureza do grupo (-U=922,00) para p<.001. Tal como esperado, foram os participantes do grupo não clínico (μ=79,63; p=.000) que revelaram níveis superiores neste factor comparativamente aos participantes do grupo clínico (μ=46,63; p=.000). No que diz respeito ao factor "Atenção" verifica-se, de igual forma, diferenças significativas ao nível dos seus valores médios consoantes a natureza do grupo (-U=1262,50) para p<.001. Novamente e, tal como esperado, os participantes do grupo não clínico (μ=73,14; p=.001) revelaram níveis médios superiores de "Atenção" comparativamente aos participantes do grupo clínico (μ=51,86; p=.001) (Ver Tabela 3.97 do Anexo III). Por sua vez, no pólo negativo e no que diz respeito ao factor "Afecto Negativo", observa-se que os valores médios variam consoante a natureza do grupo (-U=1008,50) para p<.001, sendo que os participantes do grupo não clínico (μ=47,77; p=.000), tal como esperado, revelam níveis médios de "Afecto Negativo" significativamente menores comparativamente aos participantes do grupo clínico (μ=77,99; p=.000). Por fim, no factor "Culpa" verificam-se, igualmente, diferenças também estatisticamente significativas em ambos os grupos (-U=15,42,50) para p<.05, sendo que, mais uma vez, os participantes do grupo não clínico (μ=56,38; p=.036) e, tal como esperado, revelam valores médios de "Culpa" significativamente menores comparativamente aos participantes do grupo clínico (μ=69,52; p=.036) (Ver Tabela 3.97 do Anexo III).

10.2 Estudo II

Hipótese III: O Processamento Cognitivo "Aberto" (e não outras formas de *Coping*) está positiva e significativamente associado ao Afecto Positivo (e não ao Afecto Negativo).

Hipótese IV: A Satisfação com o Suporte Social está positiva e significativamente associada ao Afecto Positivo e, por sua vez, negativa e significativamente associada ao Afecto Negativo.

Hipótese V: As variáveis pessoais e sócio-demográficas (i.e., Género, Grupo Etário, Área de Residência, Grau de Escolaridade, Estado Civil, Estatuto Sócio-Económico, Qualificação Profissional e Situação Profissional Actual) encontram-se significativamente associadas aos níveis de Afecto Positivo e Negativo.

Para verificar a nossa terceira hipótese procedemos ao cálculo das correlações, inicialmente, com todos os participantes e controlando as variáveis pessoais e sócio-demográficas que os caracterizam, isto é: o Género, o Grupo Etário, a Área de Residência, o Grau de Escolaridade, o Estado Civil, o Estatuto Sócio-Económico, a Qualificação Profissional, a Situação Profissional Actual e a natureza clínica e não clínica dos grupos. A análise de resultados verificou que o Processamento da Cognitivo "Aberto" encontra-se positiva e significativamente correlacionado com o Afecto Positivo, mas apenas parcimoniosamente mostrando uma correlação de r=.23 (p=.014) com o factor "Actividade". Embora também positivamente correlacionado com o factor "Atenção", esta não constitui uma correlação estatisticamente significativa (r=.16, p=.085) (Ver Tabela 3.98 do Anexo IV). Por sua vez, verifica-se a não existência de associação linear entre o Processamento da Cognitivo "Aberto" e o factor "Afecto Negativo" (r=.00, p=.946) e, com o factor "Culpa", uma correlação negativa (r=-.05, p=.539), embora não estatisticamente significativa (Ver Tabela 3.98 do Anexo IV).

Complementarmente, e no que diz respeito às restantes respostas de *Coping*, verificamos que, para além do Processamento Cognitivo "Aberto", outras formas de *Coping* se encontram correlacionadas positiva e significativamente com o Afecto Positivo e negativa, mas não significativamente, com o Afecto Negativo (Ver Tabela 3.99 do Anexo IV). De igual forma, as variáveis pessoais e sócio-demográficas que caracterizam os participantes foram controladas para cada análise de correlação. Especificamente, as respostas de *Coping* positiva e significativamente correlacionadas

com o Afecto Positivo são: "Procura de Apoio e Suporte" com o factor "Actividade" (r=.22, p=.018) e com o factor "Atenção" (r=.18, p=.055) para p<.01 e p<.05, respectivamente; "Resolução de Problemas" com o factor "Actividade" (r=.25; p=.009) e com o factor "Atenção" (r=.18, p=.057) para p<.01 e p<.05, respectivamente; e "Aceitação/Resignação" apenas com o factor "Atenção" (r=.26, p=.005) para p<.01. Por sua vez, no que diz respeito às correlações negativas, não foi verificada nenhuma correlação estatisticamente significativa (Ver Tabela 3.99 do Anexo IV).

Ainda assim, podemos observar correlações positivas e estatisticamente significativas no que diz respeito ao *Coping*: "Evitamento Cognitivo" e o factor "Afecto Negativo" (r=.21, p=.024) e com o factor "Culpa" (r=.26, p=.005) para p<.05 e p<.01, respectivamente; e entre "Descarga Emocional" e o factor "Afecto Negativo" (r=.22, p=.019) para p<.01 (Ver Tabela 3.99 do Anexo IV).

Quando consideramos as mesmas análises mas tendo em conta a natureza clínica e não clínica dos grupos em análise e controlando, de igual forma, as restantes variáveis pessoais e sócio-demográficas (i.e., Género, Grupo Etário, Área de Residência, Grau de Escolaridade, Estado Civil, Estatuto Sócio-Económico, a Qualificação Profissional e a Situação Profissional Actual) não se verifica nenhuma correlação linear estatisticamente significativa entre as variáveis Processamento Cognitivo "Aberto" e Afecto Positivo e Negativo (Ver Tabela 3.100 do Anexo IV).

Quando consideramos as correlações para as restantes respostas de *Coping* e controlando, novamente, as respectivas variáveis pessoais e sócio-demográficas, observamos correlações positivas e estatisticamente significativas, quer com o Afecto Positivo, quer com o Afecto Negativo e em ambos os grupos, mas não negativas e estatisticamente significativas (Tabela 3.101 do Anexo IV). As respostas de *Coping* significativa e positivamente correlacionadas com o Afecto Positivo e, para o grupo clínico, é a "Aceitação/Resignação" com o factor "Atenção" (r=.44, p=.001) para p<.001; e, para o grupo não clínico, a "Reavaliação Positiva" também com o factor "Atenção" (r=.27, p=.052); e "Resolução de Problemas" com o factor "Actividade" (r=.29, p=.038) para p<.05.

Acrescente-se ainda que e, no que diz respeito às correlações com o Afecto Negativo, o grupo não clínico mostra correlações positivas e estatisticamente significativas relativamente às respostas de *Coping*: "Evitamento Cognitivo" com o factor "Afecto Negativo" (r=.29, p=.039) e com o factor "Culpa" (r=.28, p=.041), para p<.05; e "Descarga Emocional" com o factor "Afecto Negativo" (r=.32, p=.022) para p<.05 (Tabela 3.101 do Anexo IV).

No sentido de verificar a nossa quarta hipótese foram realizadas análises de correlação entre ambas as variáveis controlando, novamente, a potencial influência de variáveis pessoais e sócio-demográficas que caracterizam os participantes do estudo (Género, Grupo Etário, Área de Residência, Grau de Escolaridade, Estado Civil, Estatuto Sócio-Económico, Qualificação Profissional, Situação Profissional Actual e a natureza clínica e não clínica dos grupos). A análise de resultados verificou que a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) está significativa e positivamente correlacionada com o Afecto Positivo, mas apenas com o factor "Actividade" (r=.19, p=.050) para p<.05 (Ver Tabela 3.102 do Anexo IV). Por sua vez, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) encontra-se significativa e negativamente correlacionada com o Afecto Negativo, mas apenas com o factor "Afecto Negativo" (r=- .24, p=.010) para p<.01 (Ver Tabela 3.102 do Anexo IV).

Quando consideramos as respectivas análises consoante a natureza clínica e não clínica do grupo e controlando, de igual forma, as restantes variáveis pessoais e sócio-demográficas que caracterizam os participantes do estudo, observamos que a correlação entre a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o Afecto Positivo é apenas estatisticamente significativa para o factor "Atenção" (r=.49, p=.000) para p<.001 nos participantes do grupo não clínico (Ver Tabela 3.103 do Anexo IV). Por sua vez e, no que tange à associação entre Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Negativo, não se verifica nenhuma correlação estatisticamente significativa. Ainda assim, todas elas se mostram negativamente correlacionados com o Afecto Negativo e em ambos os grupos (Ver Tabela 3.103 do Anexo IV).

Por fim e, no que diz respeito ao teste da nossa quinta hipótese, realizámos análises de correlação entre as variáveis pessoais e sócio-demográficas com os respectivos factores da variável Afecto, tendo em conta, quer a amostra no seu todo, quer considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos. De igual forma às análises anteriores, para cada correlação controlámos o potencial efeito das restantes variáveis pessoais e sócio-demográficos. A análise de resultados verificou que apenas o Género e o Grau de Escolaridade se correlacionam significativamente com as variáveis de Afecto (Ver Tabela 3.104 do Anexo IV). Especificamente, mostram-se negativa e significativamente correlacionado com o factor "Afecto Negativo" (r=-.32, p=.000) e (r=-.20, p=.030) para p<.001 e p<.05, respectivamente. Nenhuma correlação estatisticamente significativa foi verificada no que diz respeito ao Afecto Positivo.

A fim de aferir se havia diferença entre os géneros relativamente a esta variável e, após ter sido verificada a não normalidade dos dados através do teste Kolmogorov-Sminorv (Ver Tabela 2.4 do Anexo I), foi realizado um teste Mann-Whitney de

comparação de médias entre os géneros relativamente à variável "Afecto Negativo" (Ver Tabela 3.105 do Anexo IV). De igual forma e, a fim de verificar se havia diferença entre os graus de escolaridade relativamente à mesma variável, o teste Kruskal-Wallis verificou que as médias entre os graus de escolaridade são significativamente diferentes (χ=14,13; p=.007) ao nível do factor "Afecto Negativo" (Ver Tabela 3.107 do Anexo IV). Posteriormente, os testes Post-Hoc averiguaram em quais dos graus de escolaridade as médias de "Afecto Negativo" eram maiores ou menores (Ver Tabela 3.108 do Anexo IV).

Especificamente, observamos que a estatística de teste -U=1342,00 verifica que as médias ao nível do "Afecto Negativo" são significativamente diferentes entre os géneros para um nível de significância de 5%. Neste sentido, os participantes do Género feminino (μ=67,52; p=.045) mostram uma média superior em "Afecto Negativo" comparativamente aos participantes do Género masculino (μ=53,73; p=.045) (Ver Tabela 3.105 do Anexo IV).

Relativamente ao Grau de Escolaridade, observamos que a estatística de teste F=3,20 para p=.015 verifica que as médias ao nível do "Afecto Negativo" são significativamente diferentes entre os graus de escolaridade para um nível de significância de 1% (Ver Tabela 3.108 do Anexo IV). Neste sentido, os participantes em que o Grau de Escolaridade está compreendido entre o "1º e o 4º ano" (μ=19,65; p=.009) mostram uma média superior em "Afecto Negativo" e os participantes em que o Grau de Escolaridade se encontra na categoria "Ensino Superior" revelam medias inferiores de "Afecto Negativo" (μ=13,64; p=.009) para p<.01 (Ver Tabela 3.108 do Anexo IV).

Quando consideramos as mesmas análises mas tendo em conta a natureza clínica e não clínica dos grupos e, controlando novamente o potencial efeito das restantes variáveis pessoais e sócio-demográficas, verifica-se que a única variável positiva e significativamente correlacionada com o Afecto Positivo é a variável Género e, especificamente, com o factor "Actividade" (r=.40, p=.002) para p<.01. Esta elevada correlação é apenas significativa nos participantes do grupo clínico (Ver Tabela 3.109 do Anexo IV). Negativa e significativamente correlacionadas temos, novamente, a variável Género com o factor "Afecto Negativo" (r=-.37, p=.005) para p<.01, de igual forma, no grupo clínico (Ver Tabela 3.109 do Anexo IV). Por sua vez, e tendo em conta os participantes do grupo não clínico, nenhuma correlação estatisticamente significativa foi apurada em nenhum dos factores de afecto.

Novamente, a fim de analisar se havia diferença entre os géneros relativamente aos níveis das variáveis "Actividade" e "Afecto Negativo", e após ter sido verificada a

não normalidade dos dados através do teste Kolmogorov-Sminorv (Ver Tabela 2.6 do Anexo I), foi realizado um teste Mann-Whitney de comparação de médias entre os géneros relativamente aos factores "Actividade" (Ver Tabela 3.109 do Anexo IV) e "Afecto Negativo" (Ver Tabela 3.110a do Anexo IV). Especificamente, a estatística de teste -U=257,00 para p=.002 verifica que, no grupo clínico, as médias ao nível da variável "Actividade" são significativamente diferentes entre os géneros para um nível de significância de 1%. Neste sentido, os participantes do Género feminino (μ=67,52; p=.002) mostram uma média inferior em "Actividade" comparativamente aos participantes do Género masculino (μ=40,83; p=.002). Por sua vez, no grupo não clínico não se aferem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros relativamente è mesma variável. Relativamente às diferenças de médias de "Afecto Negativo", a estatística de teste -U=273,50 para p=.004 verifica que, no grupo clínico, as médias ao nível da variável "Afecto Negativo" são significativamente diferentes entre os géneros para um nível de significância de 1%. Os participantes do Género feminino (μ=36,66; p=.004) mostram uma média superior em "Afecto Negativo" comparativamente aos participantes do Género masculino (μ=23,89; p=.004). Novamente, no grupo não clínico não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os géneros relativamente a esta variável.

10.3 Estudo III

Hipótese VI: O Processamento Cognitivo "Aberto" (e não outras formas de *Coping*) modera a relação entre a Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Positivo (e não entre Satisfação com o Suporte Social e Afecto Negativo).

Hipótese secundária (i): Se esta moderação for confirmada, espera-se também que ela seja maior nos participantes do grupo não clínico comparativamente aos participantes do grupo clínico.

Hipótese VII: Outras variáveis, como as pessoais e sócio-demográficas (Género, Grupo Etário, Área de Residência, Grau de Escolaridade, Estado Civil, Estatuto Sócio-Económico, Qualificação Profissional e Situação Profissional Actual), moderam a relação entre Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Positivo e Negativo, quer considerando os participantes no seu todo, quer considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos.

Hipótese VIII: O Processamento Cognitivo "Aberto" e a Satisfação com o Suporte Social explicam maior variabilidade de Afecto Positivo e de Afecto Negativo comparativamente às variáveis pessoais e sócio-demográficas (Género, Grupo Etário, Área de Residência, Grau de Escolaridade, Estado Civil, Estatuto Sócio-Económico, Qualificação Profissional e Situação Profissional Actual), quer considerando os participantes no seu todo, quer considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos.

A fim de testar as nossas sexta, sétima e oitava hipóteses e, após verificarmos as correlações existentes entre o Processamento Cognitivo "Aberto" (e outras formas de *Coping*) e o Afecto (Positivo e Negativo), entre a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o Afecto (Positivo e Negativo), e entre as variáveis pessoais e sócio-demográficas e o Afecto (Positivo e Negativo); partimos para as análises de regressão linear simples e múltipla. No caso das variáveis pessoais e sócio-demográficas e das restantes formas de *Coping*, as análises de regressão simples e múltipla foram tidas apenas tendo em conta as variáveis cujas correlações se mostraram estatisticamente significativas com os diferentes factores de afecto. Iniciaremos pelas análises respectivas ao Afecto Positivo (em ambos os factores), quer considerando os participantes no seu conjunto quer considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos. Posteriormente, serão apresentadas as análises respectivas ao Afecto Negativo (em ambos os factores) e, novamente, tendo em conta os participantes no seu todo e a natureza clínica e não clínica dos grupos.

Considerando os participantes no seu todo, e após ter sido testada a normalidade das variáveis dependentes (Ver Tabela 2.4 do Anexo I), a Tabela 1 descreve a percentagem de variabilidade explicada pelas variáveis no Afecto Positivo e, especificamente, no factor "Actividade". Para uma informação mais detalhada, o Anexo VI (Tabela 3.404) resume as estatísticas descritas relativamente às análises de regressão simples e múltipla no respectivo factor.

	Afecto Positivo		
	"Actividade"		
Satisfação com o Suporte Social (Total)	.32***		
Processamento Cognitivo "Aberto"		.12	
Moderação (Processamento Cognitivo "Aberto" x SSS x "Actividade")			.35***
R Square %	10,5%	1,6%	12,9%
Procura de Apoio e Suporte		.12	
Moderação (Procura de Apoio e Suporte x SSS x "Actividade")			.32**
R Square %	10,5%	1,6%	10,6%
Resolução de Problemas		.20*	
Moderação (Resolução de Problemas x SSS x "Actividade")			.39***
R Square %	10,5%	4,4%	15,9%

***$p<.001$; ** $p<.01$; * $p<.05$

Tabela 1. Variabilidade explicada no factor "Actividade".

Quando consideramos os participantes no seu conjunto e, como podemos observar pela Tabela 1, verificamos que a moderação da componente Processamento Cognitivo "Aberto" na relação entre Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" é significativa (r=.35, p=.000). Embora a Satisfação com o Suporte Social explique 10,5% deste factor (r=.32, p=.000), quando consideramos o Processamento Cognitivo "Aberto", ela passa a explicar 12,9%, um relativo aumento, contudo o melhor modelo comparativamente ao modelo da independência. Como o coeficiente β (β=12,21; p=.000) é positivo, podemos dizer que quando a Satisfação com o Suporte Social aumenta a influência do Processamento Cognitivo "Aberto" aumenta também (Ver Parte I.II.I do Anexo V).

Para além do Processamento Cognitivo "Aberto", observamos que a "Procura de Apoio e Suporte" constitui uma variável significativa na moderação entre Satisfação com o Suporte Social e o mesmo factor (r=.32, p=.002), não obstante é um aumento pouco significativo, consubstanciando-se em 10,6%. O seu coeficiente β é positivo (β=13,13; p=.002) e, como tal, quando a Satisfação com o Suporte Social aumenta, a influência do *Coping* "Procura de Apoio e Suporte" aumenta também (Ver Parte VI.II.I do Anexo V). No entanto, o *Coping* "Resolução de Problemas" evidencia um aumento

significativo (r=.39, p=.000) na variabilidade explicada pela Satisfação com o Suporte Social. De 10,5%, a Satisfação com o Suporte Social passa a explicar 15,9% da variabilidade no factor "Actividade". Acresce ainda que o seu coeficiente ß da moderação é positivo ($ß$=12,24; p=.000), o que significa que quando a Satisfação com o Suporte Social aumenta, a influência do *Coping* "Resolução de Problemas" aumenta igualmente (Ver Parte V.II.I do Anexo V).

Considerando, igualmente, os participantes no seu todo, na Tabela 2 visualizamos a percentagem de variabilidade explicada pelas respectivas variáveis no Afecto Positivo, especificamente, no factor "Atenção". Para uma informação mais detalhada, o Anexo VI (Tabela 3.405) resume as estatísticas descritas relativamente às análises de regressão simples e múltipla no factor "Atenção".

	Afecto Positivo		
	"Atenção"		
Satisfação com o Suporte Social (Total)	.26**		
Processamento Cognitivo "Aberto"		.10	
Moderação (Processamento Cognitivo "Aberto"x SSS x "Atenção")			.30**
R Square %	7,0%	1,2%	9,1%
Aceitação/Resignação		.17*	
Moderação (Aceitação/Resignação x SSS x "Atenção")			.35***
R Square %	7,0%	3,1%	12,6%

***p<.001; ** p<.01; * p<.05
Tabela 2. Variabilidade explicada no factor "Atenção".

No que diz respeito à variabilidade no factor "Atenção" averiguamos que a Satisfação com o Suporte Social explica uma percentagem de variabilidade significativa (7,0%) no factor "Atenção" (r=.26, p=.004), contudo quando consideramos a influência do Processamento Cognitivo "Aberto" aferimos que essa influência aumenta, embora pouco substancialmente, para 9,1% (r=.30, p=.005). Também neste caso, o Processamento Cognitivo "Aberto", independentemente, não constitui uma componente capaz de explicar uma variabilidade significativa (1,2%) sendo, consequentemente, a moderação o melhor modelo para explicar a maior variabilidade encontrada no factor "Atenção". Acrescente-se ainda que o coeficiente $ß$ da moderação é positivo ($ß$=6,72; p=.005), o que significa que quando a Satisfação com o

suporte Social aumenta, a influência do Processamento Cognitivo "Aberto" aumenta igualmente (Ver Parte I.III.I do Anexo V).

Para além do Processamento Cognitivo "Aberto", o *Coping* "Aceitação/Resignação", independentemente, explica alguma variabilidade no presente factor (3,1%), embora menor que a variabilidade explicada, isoladamente, pela Satisfação com o Suporte Social (7,0%). Porém, esta forma de *Coping* é significativo na moderação entre a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção", passando a explicar 12,6% (r=.35, p=.001), um aumento significativo quando comparado com os 7% explicados pelo primeiro factor. O coeficiente β da moderação é igualmente positivo, o que significa que quando a Satisfação com o Suporte Social aumenta, a influência do *Coping* "Aceitação/Resignação" aumenta também (Ver Parte VII.II.I do Anexo V).

Após verificarmos os pressupostos de normalidade das respectivas variáveis dependentes (Ver Tabela 2.6 do Anexo I), procedemos às análises de regressão linear simples e múltipla, mas considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos. Na Tabela 3 podemos observar a percentagem de variabilidade explicada pelas respectivas variáveis no Afecto Positivo, especificamente, no factor "Actividade", considerando ambos os grupos em análise. Para informações mais detalhadas, o Anexo VI (Tabela 3.406) resume as estatísticas descritas relativamente às análises de regressão simples e múltipla no mesmo factor.

		Afecto Positivo		
		"Actividade"		
Grupo Clínico	Satisfação com o Suporte Social (Total)	.09		
	Género		.36**	
	Moderação (Género x SSS x "Actividade")			.32**
	R Square %	1,0%	13,6%	10,8%
	Processamento Cognitivo "Aberto"		.25*	
	Moderação (Processamento Cognitivo "Aberto" x SSS x "Actividade")			.21
	R Square %	1,0%	6,6%	4,7%

Grupo Não Clínico	Satisfação com o Suporte Social (Total)	.31**		
	Processamento Cognitivo "Aberto"		.19	
	Moderação (Processamento Cognitivo "Aberto" x SSS x "Actividade")			.38**
	R Square %	9,8%	3,8%	15%
	Resolução de Problemas		.29*	
	Moderação (Resolução de Problemas x SSS x "Actividade")			45**
	R Square %	9,8%	8,5%	20,2%

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

Tabela 3. Variabilidade explicada por grupos no factor "Actividade".

Quando consideramos a influência da natureza clínica e não clínica dos grupos verificam-se diferenças nos modelos explicativos da variabilidade do factor "Actividade". Nos participantes do grupo clínico, a moderação do Processamento Cognitivo "Aberto" na relação entre Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" não constitui um modelo significativo ($r=.21$, $p=.289$), embora a mesma percentagem de variabilidade explicada tenha aumentado para 4,7%. Contudo, quando analisamos a influência das variáveis individualmente neste factor, observamos que a Satisfação com o Suporte Social parece não influenciar o factor "Actividade" ($r=.09$, $p=.457$), o que equivale a uma percentagem de 1% sugerindo, praticamente, a não existência de relação linear entra as mesmas variáveis. Por sua vez, verifica-se uma influência significativa do Processamento Cognitivo "Aberto" neste factor, explicando 6,6% da sua variabilidade ($r=.25$, $p=.048$) para um nível de significância de 5%. Apesar da baixa percentagem encontrada, o Processamento Cognitivo "Aberto" influencia significativamente e independentemente o factor "Actividade", constituindo, por isso, o melhor modelo para explicar a variabilidade encontrada neste factor nos participantes do grupo clínico (Ver Parte I.II.II do Anexo V).

Para além do Processamento Cognitivo "Aberto", e ainda nos participantes do grupo clínico, verifica-se ainda que o Género constitui uma variável significativa na explicação da variabilidade encontrada no mesmo factor, quer independentemente, quer enquanto uma variável moderadora da relação entre Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade". Como moderadora, ela mostra um peso significativo, fazendo com que a Satisfação com o Suporte Social explique a variabilidade encontrada no factor "Actividade" em 10,8% ($r=.32$, $p=.043$) para um nível de

significância de 5%. Porém, tomada independentemente, ela explica 13,6% (r=.36, p=.003) da sua variabilidade, mostrando-se o melhor modelo explicativo (Ver Parte VIII.III.I do Anexo V).

No que diz respeito aos participantes do grupo não clínico, observamos um modelo explicativo diferente e, neste caso, podemos falar de moderação do Processamento Cognitivo "Aberto" na relação entre Satisfação com o Suporte Social e o mesmo factor (r=.38, p=.011) para p<.01. Embora a Satisfação com o Suporte Social e o Processamento Cognitivo "Aberto" expliquem, independentemente, 9,8% (r=.31, p=.015) e 3,8% (r=.19, p=.131), respectivamente, da variabilidade encontrada no factor "Actividade", quando consideramos a influência da moderação, a variabilidade aumenta para 15,0%, o que constitui um aumento significativo e, por isso, o melhor modelo explicativo da variabilidade encontrada no factor "Actividade" nos participantes do grupo não clínico para um nível de significância de 1%. Verifica-se ainda que o coeficiente β da mesma moderação é positivo (β=12,78; p=.011), o que significa que quanto maior é a satisfação com o Suporte Social mais é a influência do Processamento Cognitivo "Aberto" na mesma relação (Ver Parte I.II.II do Anexo V).

No que tange ao *Coping* "Resolução de Problemas", observamos que e, independentemente, ele constitui uma variável significativa na explicação da variabilidade do factor "Actividade", consubstanciando-se em 8,5% (r=.29, p=.025) para um nível de significância de 5%. Porém, quando consideramos o mesmo *Coping* como uma variável moderadora da relação entre Satisfação com o Suporte Social e a "Actividade", verificámos um aumento significativo para 20,2% (r=.45, p=.002) constituindo-se, por isso, uma variável significativa nesta relação para p < .01. Acrescente-se ainda que o coeficiente β mostra um valor positivo (β=13,40; p=.002), o que nos indica que quanto maior é a Satisfação com o Suporte Social, maior é a influência do *Coping* "resolução de Problemas" na mesma relação (Ver Parte V.II.II do Anexo V).

Na Tabela 4 visualizamos a percentagem de variabilidade explicada pelas respectivas variáveis no Afecto Positivo, especificamente, no factor "Atenção", considerando ambos os grupos em análise. No Anexo VI (Tabela 3.407) podemos observar informações mais detalhadas relativamente às estatísticas descritas das análises de regressão simples e múltipla no mesmo factor.

		Afecto Positivo		
		"Atenção"		
Grupo Clínico	Satisfação com o Suporte Social (Total)	.08		
	Processamento Cognitivo "Aberto"		.07	
	Moderação (Processamento Cognitivo "Aberto" x SSS x "Atenção")			.10
	R Square %	0,7%	0,5%	1,0%
	Aceitação/Resignação		.34**	
	Moderação (Aceitação/Resignação x SSS x "Atenção")			.39**
	R Square %	0,7%	12,1%	15,8%
Grupo Não Clínico	Satisfação com o Suporte Social (Total)	.48***		
	Processamento Cognitivo "Aberto"		.24	
	Moderação (Processamento Cognitivo "Aberto" x SSS x "Atenção")			.55***
	R Square %	23,5%	5,9%	30%
	Reavaliação Positiva		.28*	
	Moderação (Processamento Cognitivo "Aberto" x SSS x "Atenção")			.57***
	R Square %	23,5%	8,2%	32,5%

*** $p<.001$; ** $p<.01$

Tabela 4. Variabilidade explicada por grupos no factor "Atenção".

Relativamente ao factor "Atenção" e, tendo em conta os participantes do grupo clínico, nenhum dos modelos parece influenciar a sua variabilidade. Isto é, considerando independentemente as variáveis Satisfação com o Suporte Social e o Processamento Cognitivo "Aberto", verificamos que não são capazes de explicar uma variabilidade significativa (0,7% e 0,5%, respectivamente) e, como tal, o modelo da independência não se mostra adequado. No mesmo sentido, o modelo da moderação também não se mostra adequado para explicar a variabilidade no mesmo factor (1,0%), necessitando, como tal, de outras variáveis e modelos explicativos (Ver Parte I.III.II do anexo V).

No entanto, o *Coping* "Aceitação/Resignação", tomado isoladamente, explica 12,1% (r=.34, p=.006) da variabilidade no presente factor para um nível de significância de 1%. Para além disso e, quando consideramos esta variável como moderadora da relação entre Satisfação com o Suporte Social e a "Atenção", verifica-

se uma variabilidade explicada de 15,8% (r=.39, p=.010), igualmente significativa para um nível de significância 1%. Sendo o coeficiente β da moderação positivo (β=10,27; p=.010) espera-se que quanto maior é a Satisfação com o Suporte Social, maior é a influência do *Coping* "Aceitação/Resignação" na mesma relação (Ver Parte VII.II.II do Anexo V).

Relativamente aos participantes do grupo não clínico, verificámos que existe moderação do Processamento Cognitivo "Aberto" na relação entre a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" (r=.55, p=.000), explicando 30% da sua variabilidade, uma percentagem e um aumento estatisticamente significativos quando comparado com a percentagem de variabilidade explicada pela Satisfação com o Suporte Social, independentemente (23,5%). Acrescente-se ainda que o Processamento Cognitivo "Aberto" explica, de forma isolada, 5,9% (r=.24, p=.060), uma pequena percentagem, da variabilidade encontrada neste factor, comparativamente ao modelo da moderação, que se mostra o modelo mais adequado. É ainda esperado que, quanto maior for a Satisfação com o Suporte Social, maior é a influência do Processamento Cognitivo "Aberto" na mesma relação (β=.23, p=.000) (Ver Parte I.III.II do Anexo V).

Em suma, e embora a Satisfação com o Suporte Social pareça constituir também uma variável significativa (r=.48, p=.000), explicando 23% da variabilidade no factor "Atenção", quando introduzimos o Processamento Cognitivo "Aberto" essa percentagem aumenta significativamente para 30%, constituindo, por isso, uma variável com peso significativo na explicação do factor "Atenção" nos participantes do grupo não clínico e, como tal, o melhor modelo explicativo.

Acresce ainda que o *Coping* "Reavaliação Positiva" se motra significativamente relacionado com o mesmo factor e nos mesmos participantes (r=.28, p=.027), explicando 8,2% da sua variabilidade. No entanto e, enquanto variável moderadora essa influência aumenta a percentagem de variabilidade explicada para 32,5%, aumento igualmente significativo. Espera-se, ainda, que quanto maior for a Satisfação com o Suporte Social, maior é a influência do *Coping* "Reavaliação Positiva" na mesma relação (β=.62, p=.000) (Ver Parte IV.I.I do Anexo V).

Por analogia, verificámos ainda as mesmas análises mas tendo em conta o Afecto Negativo. Na Tabela 5 podemos observar a percentagem de variabilidade explicada pelas respectivas variáveis no Afecto Negativo, especificamente, no factor "Afecto Negativo", considerando os participantes no seu todo. No Anexo VI (Tabela 3.408) encontram-se informações mais detalhadas relativamente às estatísticas descritas das análises de regressão simples e múltipla no mesmo factor.

	Afecto Negativo		
	"Afecto Negativo"		
Satisfação com o Suporte Social (Total)	- .34***		
Género		- .20*	
Moderação (Género x SSS x "Afecto Negativo")			- .41***
R Square %	12%	4,1%	17,3%
Escolaridade		- .29***	
Moderação (Escolaridade x SSS x "Afecto Negativo")			- .45***
R Square %	12%	8,8%	18,9%
Processamento Cognitivo "Aberto"		.10	
Moderação (Processamento Cognitivo "Aberto" x Satisfação x "Afecto Negativo")			.39***
R Square %	12%	1,2%	15,5%
Evitamento Cognitivo		.35***	
Moderação (Evitamento Cognitivo x SSS x "Afecto Negativo")			- .42***
R Square %	12%	12,3%	18,4%
Descarga Emocional		.39***	
Moderação (Descarga Emocional x SSS x "Afecto Negativo")			.49***
R Square %	12%	15,2%	24,2%

*** $p<.001$; * $p<.05$

Tabela 5. Variabilidade explicada na variável "Afecto Negativo".

Tendo em consideração os participantes no seu conjunto, os resultados mostram que existe moderação do Processamento Cognitivo "Aberto" na relação entre Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" (r=.39, p=.000), passando a explicar 15,5% da sua variabilidade. Pese embora este aumento não se constitua muito substancial, pois a Satisfação com o Suporte Social, independentemente, explica 12,0% sendo também uma influência significativa (r=.34, p=.000), a influência do Processamento Cognitivo "Aberto" constitui uma variável que ajuda a explicar em maior percentagem a variabilidade do presente factor e, por isso, o melhor modelo para explicar a sua variabilidade. Tendo em conta que o coeficiente $ß$ relativo à moderação é positivo ($ß$=27,71; p=.000), podemos dizer que quanto maior é

a Satisfação com o Suporte Social, maior é a influência do Processamento Cognitivo "Aberto" na mesma relação (Ver Parte I.IV.I do Anexo V).

Outras formas de *Coping* mostram-se igualmente significativas na explicação da sua variabilidade. O "Evitamento Cognitivo" que, enquanto variável moderadora, aumenta a percentagem de variabilidade para 18,4% (r=-.42, p=.000), um aumento significativo comparativamente à percentagem de variabilidade explicada pela Satisfação com o Suporte Social independentemente (12%) (Ver Parte II.II.I do Anexo V).

Para além do "Evitamento Cognitivo", também a "Descarga Emocional" aumenta significativamente a sua variabilidade, consubstanciando em 24,2% (r=.49, p=.000), um aumento assinalável comparativamente aos 12% explicados independentemente pela variável Satisfação com o Suporte Social (Ver Parte III.II.I do anexo V). Ambas as variáveis mostram maior peso quando consideradas como moderadoras do que independentes já que a primeira, tomada de forma isolada, explica 12,3% (r=.35, p=.000) e, a segunda, também isoladamente, explica 15,2% (r=.39, p=.000), embora sempre em maior percentagem comparativamente à influência da Satisfação do Suporte Social por si só. Para além disso, os coeficientes β relativos à moderação são positivos (ß=12,61; p=.000 e ß=16,95; p=.000, respectivamente), o que significa que quando a Satisfação com o Suporte Social aumenta, maior é a influência de ambas as formas de *Coping* na relação entre a Satisfação com o Suporte Social e o "Afecto Negativo".

Por fim, analisamos ainda que as variáveis Género e Grau de Escolaridade aumentam, igualmente, essa percentagem para 17,3% (r=-.41, p=.000) e 18,9% (r=.45, p=.000), respectivamente. Embora e, independentemente, cada uma delas constitua uma variável capaz de explicar, respectivamente, 4,1% (r=-.20, p=.024) e 8,8% (r=-.29, p=.001) da variabilidade de "Afecto Negativo", quando consideramos a sua influência na relação entre Satisfação com o Suporte Social e o "Afecto Negativo", a sua variabilidade aumenta significativamente sendo, por isso, o melhor modelo. Acrescente ainda que os seus coeficientes β são positivos (β=33,16; p=.000 e β=30,68; p=.000, respectivamente), o que significa que quando a Satisfação com o Suporte Social aumenta, a influência das variáveis Género e Grau de Escolaridade aumenta também (Ver Partes VIII.II.I e IX.II.I do Anexo V, respectivamente).

Na Tabela 6 podemos observar a percentagem de variabilidade explicada pelas respectivas variáveis no Afecto Negativo, especificamente, no factor "Culpa", considerando os participantes no seu todo. Para informações mais detalhadas, o

Anexo VI (Tabela 3.409) resume as estatísticas descritas relativamente às análises de regressão simples e múltipla no mesmo factor.

	Afecto Negativo		
	"Culpa"		
Satisfação com o Suporte Social (Total)	- .13		
Processamento Cognitivo "Aberto"		.00	
Moderação (Processamento Cognitivo "Aberto" x SSS x "Culpa")			.12
R Square %	1,9%	0,0%	1,6%
Evitamento Cognitivo		.30***	
Moderação (Evitamento Cognitivo x SSS x "Culpa")			.30**
R Square %	1,9%	9,2%	9,1%

*** $p<.001$, ** $p<.01$

Tabela 6. Variabilidade explicada na variável "Culpa".

No que tange ao factor "Culpa" não se verifica uma influência significativa das variáveis Processamento Cognitivo "Aberto" e Satisfação com o Suporte Social na explicação da sua variabilidade. Tomados isoladamente, a Satisfação com o Suporte Social e o Processamento Cognitivo "Aberto" explicam 1,9% (r=-.13, p=.142) e 0,0% (r=.00, p=.978), respectivamente, da sua variabilidade. Por sua vez, também a moderação parece diminuir (1,6%), ainda que muito ligeiramente e não significativamente, a influência da Satisfação com o Suporte Social no factor "Culpa", necessitando, por isso, de outras variáveis e modelos explicativos (Ver Parte I.V.I do Anexo V).

Quando analisamos a influência de outras formas de *Coping*, observamos que o "Evitamento Cognitivo" explica 9,2% (r=.30, p=.001) da variabilidade encontrada no factor "Culpa". Mais, quando consideramos a mesma variável como moderadora da relação entre Satisfação com o Suporte Social e o mesmo factor, verifica-se que o primeiro passa a explicar 9,1% (r=.30, p=.005) da sua variabilidade o que constitui uma influência significativa em ambos os casos. Para além disso, o coeficiente β da moderação é positivo (β=4,20; p=.005), o que significa que quanto maior é a Satisfação com o Suporte Social, maior é a influência do *Coping* "Evitamento Cognitivo" na mesma relação (Ver Parte II.III.I do Anexo V).

Na Tabela 7 podemos observar a percentagem de variabilidade explicada pelas respectivas variáveis no Afecto Negativo, especificamente, no factor "Afecto Negativo" considerando, para o efeito, a natureza clínica e não clínica de ambos os grupos. No Anexo VI (Tabela 3.410) encontram-se informações mais detalhadas relativamente às estatísticas descritas das análises de regressão simples e múltipla no mesmo factor.

		Afecto Negativo		
		"Afecto Negativo"		
Grupo Clínico	Satisfação com o Suporte Social (Total)	.24		
	Género		- .35**	
	Moderação (Género x SSS x "Afecto Negativo"			- .40**
	R Square %	5,8%	12,2%	16,1%
	Processamento Cognitivo "Aberto"		.01	
	Moderação (Processamento Cognitivo "Aberto" x SSS x "Afecto Negativo")			.31
	R Square %	5,8%	0,0%	10,0%
Grupo Não Clínico	Satisfação com o Suporte Social (Total)	.16		
	Processamento Cognitivo "Aberto"		.09	
	Moderação (Processamento Cognitivo "Aberto" x SSS x "Afecto Negativo")			.17
	R Square %	2,7%	0,8%	3,2%
	Evitamento Cognitivo		.34**	
	Moderação (Evitamento Cognitivo x SSS x "Afecto Negativo")			.33*
	R Square %	2,7%	11,8%	10,9%
	Descarga Emocional		.40**	
	Moderação (Descarga Emocional x SSS x "Afecto Negativo")			.40**
	R Square %	2,7%	16,4%	16,2%

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

Tabela 7. Variabilidade explicada por grupos na variável "Afecto Negativo".

No grupo clínico e, através da visualização da Tabela 7, verifica-se que nenhum modelo é estatisticamente significativo para explicar a variabilidade no factor "Afecto Negativo". Tomada de forma independente, a Satisfação com o Suporte Social explica 5,8% da variabilidade neste factor (r=.24, p=.070), uma variabilidade não significativa. Por sua vez, também o Processamento Cognitivo "Aberto", independentemente, parece não influenciar a variabilidade no factor "Afecto Negativo" (r=.01, p=.930) (Ver Parte I.IV.II do Anexo V). Embora a moderação nos participantes do grupo clínico venha trazer um ligeiro aumento na explicação da sua variabilidade, passando a explicar 10% da sua variabilidade, também não constitui uma influência estatisticamente significativa (r=.31, p=.065).

No entanto, a variável Género influi significativamente na variabilidade de "Afecto Negativo", consubstanciando-se em 12,2% (r=-.35, p=.005) independentemente, e 16,1% (r=-.40, p=.008), enquanto variável moderadora da relação entre Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo". Sendo o coeficiente $ß$ da moderação positivo ($ß$=33,39; p=.008), podemos esperar que quanto maior for a Satisfação com o Suporte Social, maior será a influência da variável Género na mesma relação (Ver Parte VIII.II.II do Anexo V).

Analogamente, nos participantes do grupo não clínico também nenhum modelo, quer o da independência de variáveis, quer o da moderação, parece significativo para explicar a variabilidade neste factor (2,7%; 0,8% e 3,2%) necessitando, por conseguinte, de outras variáveis e outros modelos explicativos (Ver Parte I.IV.II do Anexo V). Porém, outras formas de *Coping*, para além do Processamento Cognitivo "Aberto", parecem exercer uma influência estatisticamente significativa na percentagem de variabilidade explicada no factor "Afecto Negativo". Enquanto variáveis moderadoras, o *Coping* "Evitamento Cognitivo" e "Descarga Emocional" parecem pouco significativas no aumento de variabilidade explicada (10,9% e 16,2%, respectivamente) no mesmo factor quando comparada com a variabilidade explicada por ambas as repostas de *Coping*, mas de forma independente (11,8% e 16,4%, respectivamente). Independentemente, o *Coping* "Evitamento Cognitivo" e o *Coping* "Descarga Emocional" constituem o melhor modelo para explicar a maior percentagem de variabilidade no factor "Afecto Negativo" e nos participantes do grupo não clínico (r=.34, p=.007; r=.40, p=.002; respectivamente) (Ver Parte II.III.II e Parte III.I.II do Anexo V, respectivamente).

Na Tabela 8 podemos visualizar a percentagem de variabilidade explicada pelas respectivas variáveis no factor "Culpa" considerando, igualmente, a natureza clínica e não clínica dos grupos em análise. Para informações mais detalhadas, o Anexo VI

(Tabela 3.411) resume as estatísticas descritas relativamente às análises de regressão simples e múltipla no mesmo factor.

		Afecto Negativo		
		"Culpa"		
Grupo Clínico	Satisfação com o Suporte Social (Total)	.10		
	Processamento Cognitivo "Aberto"		.11	
	Moderação (Processamento Cognitivo "Aberto" x SSS x "Culpa")			.10
	R Square %	1,0%	1,3%	1,1%
Grupo Não Clínico	Satisfação com o Suporte Social Total	.04		
	Processamento Cognitivo "Aberto"		.05	
	Moderação (Processamento Cognitivo "Aberto" x SSS x "Culpa")			.05
	R Square %	0,2%	0,3%	0,3%
	Evitamento Cognitivo		.34**	
	Moderação (Evitamento Cognitivo x SSS x "Culpa")			.33*
	R Square %	0,2%	11,8%	10,9%

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

Tabela 8. Variabilidade explicada por grupos na variável "Culpa.

Observando a Tabela 8, vemos que nenhum modelo parece adequado para explicar também a variabilidade do factor "Culpa", quer nos participantes do grupo clínico, quer nos participantes do grupo não clínico. Independentemente (0,2% e 0,3%), nenhuma das variáveis explica a variabilidade no referido factor e quando consideramos a moderação (0,3%), o modelo também não se ajusta em nenhum dos grupos, sugerindo a necessidade de outras variáveis explicativas do Afecto Negativo, neste caso, do factor "Culpa" (Ver Parte I.V.II do Anexo V).

Porém, quando analisamos outras formas de *Coping*, verifica-se que o "Evitamento Cognitivo" constitui, no grupo não clínico, uma variável significativa, quer independentemente, explicando 11,8% (r=.34, p=.007), quer enquanto variável moderadora da relação entre Satisfação com o suporte Social e o factor "Culpa", explicando 10,9% (r=.33, p=.039) da variabilidade encontrada no presente factor. Para além disso, o coeficiente β da moderação é positivo (β=3,50; p=.039), significando que

quanto maior for a Satisfação com o Suporte Social, maior é a sua influência na mesma relação (Ver Parte II.III.II do Anexo V).

Por comparação ao modelo de hipóteses iniciais, nas Figuras 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 e 3.5 podemos visualizar graficamente que, após a análise de dados, os modelos explicativos da variabilidade encontrada no Afecto Positivo e Negativo são diferentes. Especificamente, as Figuras 3.1 e 3.2 representam os modelos explicativos do Afecto Positivo e Negativo tendo em conta os participantes no seu todo. Por sua vez, as Figuras 3.3, 3.4 e 3.5 representam graficamente os modelos explicativos da variabilidade encontrada no Afecto Positivo e Negativo, mas considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos. Como nenhum modelo se mostrou significativo na explicação da variabilidade encontrada no Afecto Negativo nos participantes do grupo não clínico, não o representamos graficamente.

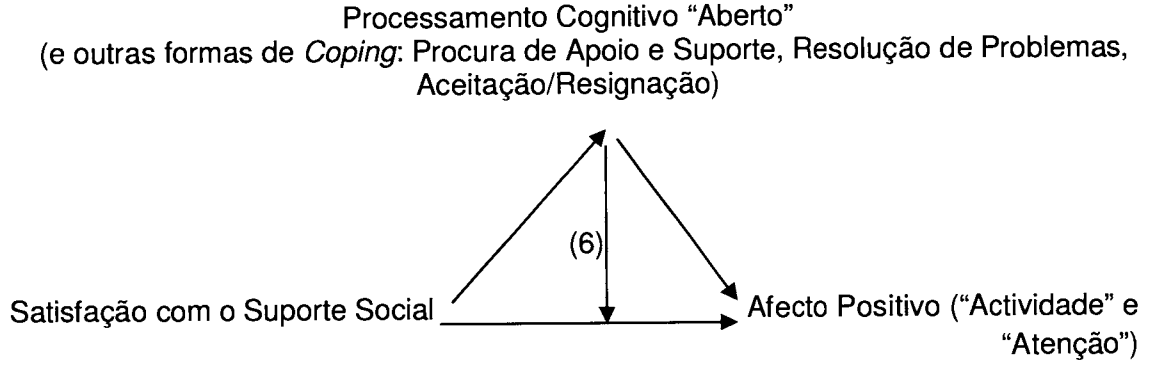


Figura 3.1. Modelo explicativo da variabilidade do Afecto Positivo.

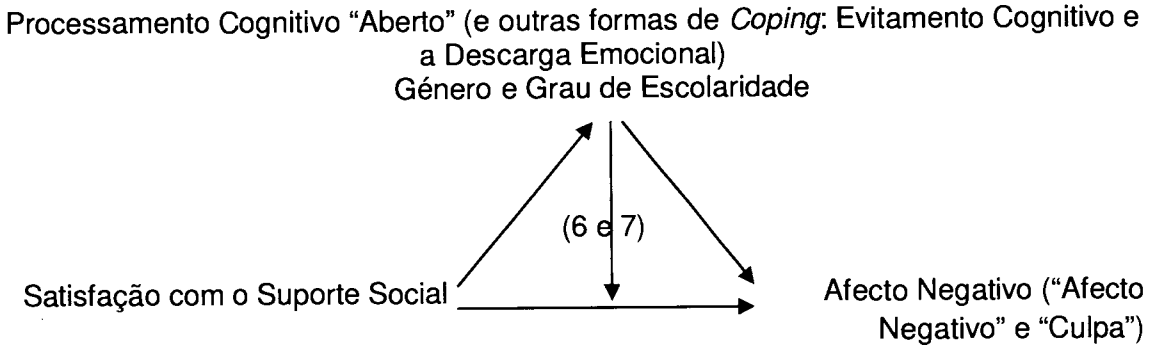


Figura 3.2. Modelo explicativo da variabilidade do Afecto Negativo.

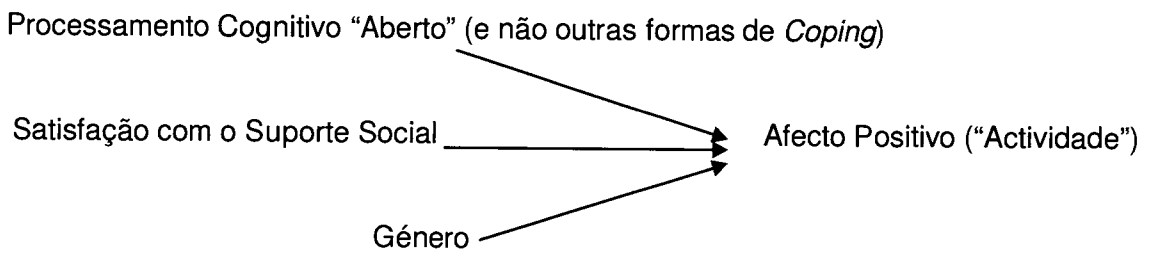


Figura 3.3. Modelo explicativo da variabilidade do Afecto Positivo nos participantes do grupo clínico.

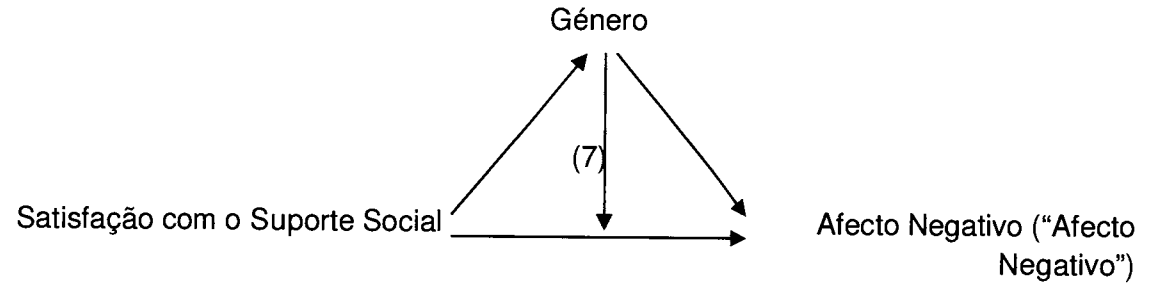


Figura 3.4. Modelo explicativo da variabilidade do Afecto Negativo nos participantes do grupo clínico.

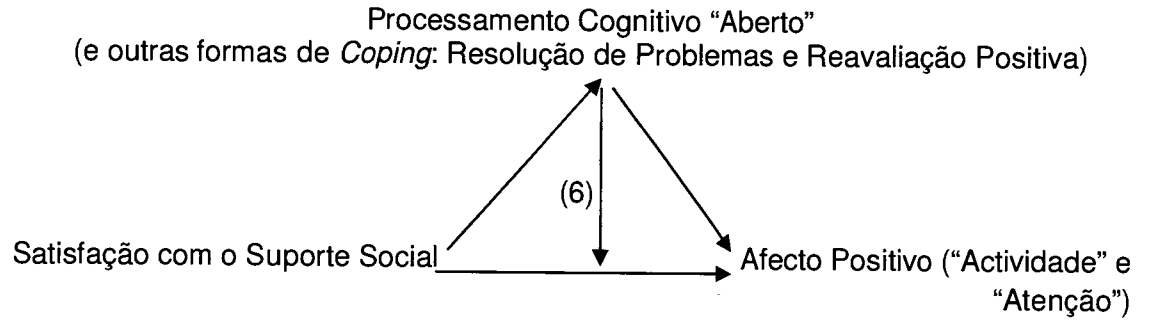


Figura 3.5. Modelo explicativo da variabilidade do Afecto Positivo nos participantes do grupo não clínico.

11. Discussão Geral

Recapitulando as perguntas e objectivos que nortearam o presente trabalho de investigação, urge apresentar as respectivas respostas relacionando e integrando os mesmos dados com a investigação empírica subjacente.

Os resultados relativos às nossas primeira e segunda perguntas de investigação, vão de encontro aos resultados observados por vários estudos que apontam que baixos níveis de Afecto Positivo e elevados níveis de Afecto Negativo estão elevadamente relacionados com muitas perturbações psíquicas (Barker & Galambos, 2009; Bostic & Ptacek, 2001; Burger & Caldwell, 2000; Gutiérrez et al., 2005; Lucas & Diener, 2009; Lyubomirsky et al., 2006; Mineka et al., 1998; Ritsner et al., 2006; Schimmack, 2003; Watson & Clark, 1994; Yik et al., 2003). Os mesmos achados corroboram ainda os resultados verificados por outros estudos, onde referem que indivíduos com maiores níveis de Saúde Mental tendem a apresentar maiores níveis de Bem-Estar Subjectivo, nomeadamente, de Afecto Positivo e menores níveis de Afecto Negativo, comparativamente aos indivíduos com menores níveis de Saúde Mental, quer em termos de intensidade (Diener & Seligman, 2002; Keyes, 2003; Lucas et al., 1996; Norlander, et al., 2005; Seligman & Peterson, 2003), quer em termos de frequência (Fredrickson, 2001; Fredrickson & Joiner, 2002), não fossem o Afecto Positivo e o Afecto Negativo também considerados indicadores de Saúde Mental (Lucas et al., 1996). Tal como era esperado, aferimos que o grupo não clínico é composto por participantes com maiores níveis de Saúde Mental comparativamente ao grupo clínico (-U=600,00; p=.000). Para além disso, o grupo não clínico é constituído por participantes com maior frequência de Afecto Positivo (especificamente, nos factores "Actividade" para -U=922,00 e p=.000; e "Atenção" para -U=1262,50 e p=.001) e menor frequência de Afecto Negativo (especificamente, nos factores "Afecto Negativo" para -U=1008,50 e p=.000; e "Culpa" para -U=15,42,50 e p=.036) comparativamente aos participantes do grupo clínico.

Relativamente à nossa terceira pergunta de investigação, os resultados confirmam, embora parcimoniosamente, os achados de Fredrickson (2001) e de Fredrickson e Joiner (2002), já que segundo os autores o *Coping* "Mente Aberta" encontra-se positiva e significativamente associado ao Afecto Positivo (e não ao Afecto Negativo). No presente estudo, o Processamento Cognitivo "Aberto" encontra-se positiva e significativamente associado ao Afecto Positivo (e não com o Afecto Negativo), mas apenas para o factor "Actividade" (r=.23, p=.014). Com efeito, o Processamento Cognitivo "Aberto" não se encontra associado significativa e positivamente a todas as emoções positivas, sugerindo a necessidade de especificar emoções positivas na mesma relação.

Relembrando a nossa sexta pergunta de investigação, bem como os objectivos subjacentes, os achados verificados no presente estudo levantam importantes questões no que diz respeito à relação entre Satisfação com o Suporte Social e o

afecto, sugerindo que o *Coping* positivo, nomeadamente o Processamento Cognitivo "Aberto", modera esta relação, explicando 12,9% da variabilidade do factor "Actividade" (F=8,23 e p=.000) e 9,1% da variabilidade do factor "Atenção" (F=5,49 e p=.005), mas também 15,5% do factor "Afecto Negativo" (F=10,21 e p=.000). Neste sentido, a influência do *Coping* positivo, de aproximação, activo ou centrado no problema no bem-estar, contribui não apenas para explicar a variabilidade encontrada no Afecto Positivo, mas também na explicação da variabilidade encontrada no Afecto Negativo, ainda que de forma moderada.

No que tange às diferenças entre os grupos, e de acordo com os ojectivos estabelecidos, encontramos evidência para afirmar que os modelos explicativos da variabilidade no Afecto nos participantes do grupo clínico e do grupo não clínico são diferentes, não em termos de grandeza de valores observados, mas em termos de modelos explicativos. Os mesmos dados vão ao encontro dos estudos que defendem que a influência do suporte social no Bem-Estar Subjectivo (Karademas, 2006; Paterniti et al., 2002), e particularmente no Afecto Positivo (e não no Afecto Negativo), se concretiza através de outras variáveis como o sejam as cognitivas (e.g., Cohen & Wills, 1985; Gadermann & Zumbo, 2007; Folkman et al., 1993), nomeadamente os reportórios de pensamento-acção "Aberto" (Fredrickson, 2001; Fredrickson & Joiner, 2002), quer quando consideramos os participantes no seu todo, quer quando consideramos os participantes com maiores níveis de Saúde Mental. Neste último caso, a componente tipo de Processamento Cognitivo "Aberto" aumenta para 15% a variabilidade encontrada no factor "Actividade" (F=4,93 e p=.011) e, para 30%, a variabilidade do factor "Atenção" (F=12,14 e p=.000).

Por sua vez, nos participantes com menores níveis de Saúde Mental, os resultados apoiam o modelo de indenpência da influência da variável Processamento Cognitivo "Aberto" na explicação da variabilidade encontrada no Afecto Positivo em 6,6% (embora apenas no factor "Actividade" para F=4,06 e p=.048) e não no Afecto Negativo. Tais resultados vão ao encontro dos estudos em que foi verificada uma influência directa dos processos cognitivos (e.g., Knappe & Pinquart, 2009; Lyubomirsky et al., 2006; Kasser & Ryan, 1996; Ben-Zur, 2002; Bower et al., 1998; D'Zurillia & Nezu, 1989; Elliott et al., 1994), e especificamente, da independência entre a percepção de suporte social e o *Coping* no Afecto Positivo e no ajustamento psicológico (López-Martínez et al., 2008).

Para além disso, e contrariamente aos resultados verificados pelos estudos de Fredrickson (2001) e Fredrickson e Joiner (2002), outras formas de *Coping* parecem igualmente relacionados com os níveis de Afecto Positivo e de Afecto Negativo, assim

como contribuem para explicar a sua variabilidade. Os mesmos resultados corroboram os achados verificados em estudos que referem que outras estratégias de *Coping* positivas, activas ou de aproximação, para além do *Coping* "Mente Aberta", como o sejam a procura de significado positivo, a resolução de problemas e a procura de apoio e suporte parecem também directamente relacionadas com a ocorrência e a manutenção do Afecto Positivo em população adulta (Affleck & Tennen, 1996; Ben-Zur, 2002; Folkman & Moskowitz, 2000; Moos & Billings, 1982; Moskowitz et al., 1996; Tugade & Fredrickson, 2004; Yamasaki et al., 2009). Por sua vez, e no pólo negativo, os resultados apoiam igualmente os estudos que verificaram que estratégias cognitivas e emocionais de evitamento, centradas na emoção ou passivas, encontram-se frequentemente associadas a sintomas de ansiedade (Kocovski et al., 2005; Kelly et al., 2008); a um menor ajustamento psicológico (Moos & Billings, 1982); e comparativamente às estratégias de aproximação ou de resolução de problemas, parecem ser mais depressiogénicas (Blalock & Joiner, 2000; Vollrath et al., 1996). Especificamente, vários autores concluem que estilos de *Coping* focados na emoção, passivos ou de evitamento estão positivamente correlacionados com níveis subclínicos de depressão e ansiedade em população não clínica (Kocovski et al., 2005; Kelly et al., 2008; Blalock & Joiner, 2000).

Ainda assim, a mesma relação parece não ser tão linear. Como nos mostram Wu e colaboradores (2009), uma boa adaptação à doença psiquiátrica estava associada a um *Coping* focado em emoções positivas, mas também a um *Coping* focado em emoções negativas. Roth e Cohen (1986) salientam ainda que um dos custos associados ao *Coping* de aproximação é, precisamente, o aumento de *distress*. No presente estudo, e tendo em conta a nossa sexta pergunta de investigação, verificámos que o *Coping* Aceitação/Resignação e o Afecto Positivo se encontram positivamente associados e o primeiro contribui para explicar a variabilidade do segundo, quer quando consideramos os participantes no seu todo quer quando consideramos os participantes com menores níveis de Saúde Mental. Para além disso, e como vimos anteriormente, o Processamento Cognitivo "Aberto" constitui um factor significativo na explicação da variabilidade encontrada no factor "Afecto Negativo", ainda que de forma moderada, através da Satisfação com o Suporte Social.

Ademais, aferimos que as relações entre o *Coping* de aproximação, activo ou centrado no problema e o Afecto Positivo são mais elevadas nos participantes do grupo não clínico (i.e., indivíduos com maiores níveis de Saúde Mental), o que valida a literatura acerca das relações entre os processos de *Coping* e o Afecto. Especificamente, é defendido que indivíduos com maior desajustamento psicológico

ou menor Saúde Mental tendem a revelar défices ao nível de competências de *Coping* (Beutler et al., 2003; Britton, 2004; Moos, 2002; Spoor et al., 2007; Taylor & Stanton, 2007) e a utilizar um *Coping* mais centrado na emoção, passivo ou de evitamento (Cronkite & Moos, 1995; Deisinger et al., 1996; Derisley et al., 2005; Horan et al., 2007; Luecken et al., 2004; Ritsner et al., 2006; Tiet et al., 2006; Wright et al., 2007). Seria, então, de supor que as correlações positivas sejam de menor magnitude ou não significativas nestes indivíduos comparativamente aos indivíduos com maior Saúde Mental. Por sua vez, indivíduos com maior Saúde Mental tendem a utilizar, maioritariamente, um *Coping* de aproximação, activo ou centrado no problema (Dimiceli et al., 2010; Vollrath et al., 1996; Wu et al., 2009), sendo que este tipo de *Coping* aparece mais significativamente relacionado com o Afecto Positivo (Sohl & Moyer, 2009) e com o ajustamento psicológico (Moos & Billings, 1982), sendo que será expectável que as correlações positivas sejam mais elevadas nestes indivíduos do que naqueles com menores níveis de Saúde Mental (i.e., menores níveis de Afecto Positivo e maiores níveis de Afecto Negativo).

Ainda no que diz respeito à variabilidade do afecto, e tendo em conta a nossa quinta pergunta de investigação, contrariamos os estudos que defendem que características sócio-demográficas como a idade, a educação, o Género, a inteligência, entre outras, parecem não afectar significativamente os níveis médios de bem-estar (Campbell et al., 1976; Crawford & Henry, 2004; Diener & Larsen, 1993; Okun & George, 1984; Palmore, 1979; Spreitzer & Snyder, 1974). Os resultados apontam que variáveis como o Género e o Grau de Escolaridade ou a educação parecem constituir importantes factores nas associações com o Afecto Positivo e com o Afecto Negativo, quer considerando os participantes no seu todo, quer considerando os seus níveis de Saúde Mental. Em conformidade com o nosso quinto objectivo de investigação, verificámos que quer o Género quer o Grau de Escolaridade influem significativamente na relação entre Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Negativo (especificamente, no factor "Afecto Negativo" para F=5,22; p=.024 e F=11,83; p=.001, respectivamente) explicando, respectivamente 17,3% e 18,9% da sua variabilidade.

Quando consideramos os níveis de Saúde Mental dos participantes, e ainda de acordo com a nossa quinta pergunta de investigação, ser do Género feminino ou do Género masculino influencia significativamente a variabilidade encontrada no Afecto Positivo (especificamente, no factor "Actividade" para F=9,60 e p=.003) em 13,6% e no Afecto Negativo (especificamente, no factor "Afecto Negativo" para F=8,51; p=.005 e F=5,26; p=.008) em 12,2%, em particular, nos participantes com menores níveis de

Saúde Mental. Ainda que independentemente no caso da primeira e de forma também moderada (16,1%) no caso da segunda, os mesmos achados validam os estudos que apontam que indivíduos do Género masculino são aqueles que reportam níveis mais elevados de satisfação com a vida e também aqueles com maiores níveis de Afecto Positivo comparativamente aos indivíduos do Género feminino (Diener et al., 1999; Kelly, et al., 2008). De igual forma, encontramos evidência que apoia os resultados que referem que os indivíduos do Género feminino parecem perceber significativamente mais stresse e ansiedade (Wijndaele et al., 2007), mostram valores mais elevados em neuroticismo e depressão (Kelly, et al., 2008) e reportam maiores níveis de Afecto Negativo comparativamente aos indivíduos do Género masculino (Cameron, 1975; Diener, et al, 1999).

Por fim e, relativamente à nossa oitava e última pergunta de investigação, os resultados mostram que o Género e o Grau de Escolaridade explicam maior variabilidade de Afecto Positivo, designadamente no factor "Actividade", e de Afecto Negativo, em particular, no factor "Afecto Negativo", comparativamente às variáveis Satisfação com o Suporte Social e Processamento Cognitivo "Aberto", quer considerando os participantes no seu todo, quer considerando os participantes com menores níveis de Saúde Mental, onde a influência é estatisticamente significativa.

Os mesmos dados não corroboram grande parte da literatura que nos diz que os factores contextuais e sócio-demográficos explicam menor variabilidade no Bem-Estar Subjectivo, designadamente de Afecto Positivo e Afecto Negativo, comparativamente aos factores cognitivos e afectivos (Busseri et al., 2007; Butcher et al., 1993; Costa & McCrae, 1980; Crawford & Henry, 2004; Diener, 2009; Diener et al., 2003; Galinha, 2008; Gutiérrez e tal., 2005; Krueger & Schkade, 2008; Stone, 1997). Embora seja uma evidência na literatura acerca do BES que os mesmos factores expliquem menor variabilidade comparativamente aos factores intrapessoais, os resultados sugerem que sob determinadas circunstâncias e, como nos diz Diener (2000), elas podem exercer uma substancial importância.

PARTE IV: CONCLUSÃO DO ESTUDO

"Uma investigação empírica (pura ou aplicada)
é uma viagem de ida e volta que começa e termina na literatura."
(Hill & Hill, 2008, p. 32)

Sendo uma investigação empírica, primeiramente, regida pelas questões ou perguntas de investigação e, em última instância, pela obtenção de resultados, a preocupação central desta última parte consiste em integrar e sintetizar as análises de dados e respectivos resultados, bem como, concluir o estudo com os aspectos centrais e principais que conduziram o respectivo trabalho de investigação.

Especificamente, iniciaremos com as conclusões gerais e principais, tendo em conta a pertinência teórica e empírica, assim como, os objectivos e perguntas iniciais que orientaram o presente estudo. Posteriormente, serão apontados algumas críticas e limitações relativamente aos processos, métodos e produtos da presente investigação. Por fim, colocamos em análise os principais aspectos que poderão nortear futuras investigações, assim como, dirigir potenciais actuações na área da Saúde Mental e do Bem-Estar Subjectivo e, particularmente, na sua componente afectiva.

12. Conclusão

Relembrando a pertinência, bem como, os objectivos do presente trabalho, os resultados aludem, no seu nível mais geral, para um aprofundamento da compreensão acerca da variabilidade do Bem-Estar Subjectivo e, especificamente, da sua componente afectiva – o Afecto Positivo e o Afecto Negativo.

Dentro dos mais recentes trabalhos da literatura empírica acerca do afecto (e.g., Beutler et al., 2003; Fredrickson & Joiner, 2002; Gadermann & Zumbo, 2007; Gutiérrez e tal., 2005; Ritsner et al., 2006; Spoor et al., 2007; Wright et al., 2007), verificámos que diferentes factores, como os cognitivos (Processamento Cognitivo "Aberto", o *Coping* Procura de Apoio e Suporte, o *Coping* Resolução de Problemas, Satisfação com o Suporte Social, entre outros) e os pessoais e sócio-demográficas (Género e Grau de Escolaridade), se encontram associados aos níveis de Afecto, quer

Positivo quer Negativo, e contribuem também de formas distintas para explicar a sua variabilidade. Para além disso, as mesmas relações parecem ser influenciadas pelos níveis de Saúde Mental dos participantes.

Especificamente, e em primeiro lugar, os resultados do presente estudo sugerem uma necessidade de especificar emoções positivas na relação entre o Processamento Cognitivo "Aberto" e o Afecto Positivo, já que a associação positiva entre ambos os factores não é invariável para todas as emoções positivas, diferentemente do que vários estudos apontam (Fredrickson, 2001; Fredrickson & Joiner, 2002). Em particular, a associação positiva entre o Processamento Cognitivo "Aberto" e o Afecto Positivo foi apenas significativa para o factor "Actividade" que é constituído pelas emoções *Determinado*, *Interessado*, *Orgulhoso*, *Activo*, *Inspirado* e *Entusiasmado*, e não para para o factor "Atenção", que é composto pelas emoções *Caloroso*, *Agradavelmente Surpreendido*, *Excitado e Encantado.*

Em segundo lugar, e quando avaliámos o papel da componente tipo de Processamento Cognitivo "Aberto" na relação entre a Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Positivo e Negativo, concluimos que a moderção se revela o melhor modelo na explicação da variabilidade encontrada na frequência de Afecto Positivo (em ambos os factores), mas também de Afecto Negativo, ainda que apenas no factor "Afecto Negativo", constituído pelas emoções negativas: *Atormentado*, *Assustado*, *Amedrontado*, *Perturbado*, *Nervoso*, *Trémulo e Irritado*. Segundo Monnier e seus colaboradores (1998b) o *Coping* disposicional constitui o melhor preditor de resultados emocionais a longo termo e o *Coping* situacional, o de resultados emocionais correntes. Curiosamente, um dos contributos do presente estudo foi, precisamente, a evidência de que o Processamento Cognitivo "Aberto" enquanto resposta de *Coping* situacional estabelece-se como um factor significativo na explicação da frequência de Afecto Positivo e Negativo a longo termo.

Ainda no mesmo contexto, averiguámos que os modelos explicativos da variabilidade encontrada na frequência de Afecto Positivo e Negativo são diferentes quando consideramos os níveis de Sáude Mental dos participantes. Podemos, então, concluir que o tipo de Processamento Cognitivo "Aberto" mostra uma influência significativa na relação entre Satisfação com o Suporte Social e a frequência de Afecto Positivo (para ambos os factores), e não de Afecto Negativo, nos participantes com maiores níveis de Saúde Mental. Por sua vez, nos participantes com menores níveis de Saúde Mental, a componente tipo de Processamento Cognitivo "Aberto" explica, significativa e independentemente, a variabilidade encontrada no Afecto Positivo (ainda que apenas para o factor "Actividade"), e não no Afecto Negativo.

Podemos levantar relavantes questões relativamente aos mesmos achados como, por exemplo, a propósito da influência da terapia no desenvolvimento de competências cognitivas, designadamente, de um Processamento Cognitivo "Aberto", e seu subsequente impacto na frequência de Afecto Positivo nos indivíduos com menores níveis de Saúde Mental. Pelo contrário, nos indivíduos com maiores níveis de Saúde Mental, essa parece ser uma componente que, à partida, poderá estar mais desenvolvida e interfere significativamente em ambos os factores da dimensão Afecto Positivo. Podemos colocar como hipótese explicativa o facto de que a componente Processamento Cognitivo "Aberto" poder constituir uma variável que contribui, ela própria, para a Saúde Mental dos indivíduos.

Ainda no que diz respeito à variabilidade encontrada na frequência de Afecto Positivo e Negativo, factores como outras formas de *Coping*, o Género e o Grau de Escolaridade moderam e explicam, igualmente, a sua variabilidade e em maior percentagem, no caso destas últimas, comparativamente ao Processamento Cognitivo "Aberto" e à Satisfação com o Suporte Social, quer quando consideramos os participates no seu todo quer quando consideramos os seus níveis de Saúde Mental.

Em particular, e no que diz respeito a outras formas de *Coping*, a Procura de Apoio e Suporte, a Resolução de Problemas, a Aceitação/Resignação e a Reavaliação Positivo encontram-se positiva e significativamente associados à frequência de Afecto Positivo e moderam, também, significativamente a relação entre a Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Positivo. No pólo negativo, verificámos que o Evitamento Cognitivo e a Descarga Emocional mostram-se significativa e negativamente associados ao Afecto Negativo e moderam, igualmente e significativamente, a relação entre a Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Negativo.

Os mesmos resultados apoiam os dados que referem que o *Coping* de aproximação, activo, positivo ou centrado no problema não é, invariavelmente, uma fonte de ajustamento e bem-estar, assim como também o *Coping* centrado na emoção, passivo ou de evitamento também não é, necessariamente, menos adaptativo ou gerador de maior *distress* (Park et al., 2001). Já que os resultados evidenciam que o *Coping* Aceitação/Resignação explica uma variabilidade significativa de Afecto Positivo e o Processamento Cognitivo "Aberto" ajuda a explicar a variabilidade encontrada no Afecto Negativo, ainda que apenas de forma moderada no caso desta última. Podemos citar Cheng (2003), quando num interessante trabalho empírico, conclui que é a flexibilidade das diferentes respostas de *Coping* em diferentes situações que está associada a um melhor ajustamento psicológico.

Porém, e de uma forma geral, as associalções entre o *Coping* de aproximação, activo ou centrado no problema e o Afeco Positivo são maiores nos participantes com maiores níveis de Sáude Mental, o que vai ao encontro dos estudos que mostram que indivíduos com maior Saúde Mental tendem a utilizar, maioritariamente, um *Coping* de aproximação, activo ou centrado no problema (Dimiceli et al., 2010; Vollrath et al., 1996; Wu et al., 2009), e que o mesmo aparece mais significativamente relacionado com os níveis de Afecto Positivo (Sohl & Moyer, 2009) e de ajustamento psicológico (Moos & Billings, 1982).

Por sua vez, as associações entre o *Coping* passivo, centrado na emoção ou de evitamento e o Afecto Negativo são mais elevadas nos participantes com menores níveis de Saúde Mental o que reforça a literatura que defende que indivíduos com menores níveis de Sáude Mental tendem a mostrar défices ao nível de competências de *Coping* (Beutler et al., 2003; Britton, 2004; Moos, 2002; Spoor et al., 2007; Taylor & Stanton, 2007) e a utilizar um *Coping* mais centrado na emoção, passivo ou de evitamento (Cronkite & Moos, 1995; Deisinger et al., 1996; Derisley et al., 2005; Horan et al., 2007; Luecken et al., 2004; Ritsner et al., 2006; Tiet et al., 2006; Wright et al., 2007).

Por fim, e no que se refere às variáveis pessoais e sócio-demográficas e ao contrário da grande parte da literatura no âmbito do Bem-Estar Subjectivo (Busseri et al., 2007; Butcher et al., 1993; Costa & McCrae, 1980; Crawford & Henry, 2004; Diener, 2009; Diener et al., 2003; Galinha, 2008; Gutiérrez e tal., 2005; Krueger & Schkade, 2008; Stone, 1997), factores como o Género e a educação ou o Grau de Escolaridade explicam em maior percentagem a variabilidade verificada na frequência de Afecto Positivo e Negativo, comparativamente aos factores Processamento Cognitivo "Aberto" e Satisfação com o Suporte Social, quer considerando os participantes no seu todo quer considerando os seus níveis de Saúde Mental.

12.1 Limitações do Estudo

Inerente a qualquer investigação empírica, encontram-se, inevitavelmente, críticas e limitações. Em primeiro lugar, cabe destacar que os resultados verificados devem ser entendidos com alguma cautela, já que a representatividade dos participantes é uma das limitações da presente investigação. Os métodos de recolha e selecção são considerados não probabilísticos e as variáveis critério em estudo

também não seguem distribuições normais. Decorre do exposto que a generalização para a população subjacente fica condicionada a estes factores.

Relativamente às provas de avaliação, e tendo em conta que todas elas constituem instrumentos de auto-resposta, a contaminação de variáveis torna-se uma questão eminente. Algumas críticas têm sido tecidas relativamente a esta forma de avaliação. A influência da memória na apreciação que os indivíduos fazem acerca das suas estratégias de *Coping* (Suls et al., 1996) e a instabilidade da própria estrutura factorial das escalas (Parker & Endler, 1992) constituem duas das críticas mais acesas na literatura acerca desta forma de avaliação de *Coping.* Outras limitações cabem no leque dos trabalhos empíricos no âmbito do BES e dizem respeito: à desejabilidade social, ao desvio do juízo acerca da tarefa em si e passam a avaliar a interpretação ou o juízo avaliativo que o indivíduo faz de si ou das suas emoções e não propriamente da sua experiência emocional (Winkelman & Berridge, 2004), e ainda a baixa fiabilidade em demonstrar a medida das emoções a longo termo (Cohn & Fredrickson, 2009). Daí que outras medidas (e.g., fisiológicas, relatórios diários) ou o cruzamento de medidas sejam alternativas desejáveis. Estudos onde usem multi-métodos parece ser o ideal para reduzir o efeito de enviesamento dos julgamentos, como existe nas medidas de auto-avaliação (Eid & Diener, 2005; cit. por Lucas et al., 2008).

Relativamente aos procedimentos metodológicos, salientamos as condições de aplicação de provas, especificamente, nos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental. Neste contexto, não podemos colocar de lado a hipótese de que o estado afectivo-emocional dos participantes recolhidos nestes locais e, que vieram a integrar o grupo clínico, possa ter sido alterado ou intensificado. Acresce ainda que a ordem de aplicação de provas poderá ter levado a uma contaminação de resultados. Isto é, aquando da realização do Inventário de respostas de *Coping* (CRI) foi pedido aos participantes para descrever um problema e a forma como lidaram com o mesmo, o que pode ter induzido a uma contaminação da percepção de Afecto, medido através da Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS), neste caso, a uma elevação da percepção de Afecto Negativo. Ambos os aspectos podem ter contribuído ou justificado a influência do Processamento Cognitivo "Aberto" na explicação da variabilidade de Afecto Negativo. Mas se assim fosse, seria de esperar que essa influência fosse significativa nos participantes do grupo clínico (i.e., com menores níveis de Saúde Mental e de Afecto Positivo e maiores níveis de Afecto Negativo), o que não aconteceu. No mesmo sentido, será mais plausível colocar como hipótese que outras variáveis, que não foram controladas, podem ter influído na mesma relação.

No que se refere aos procedimentos estatísticos, salientamos que uma das limitações do presente estudo é a instabilidade das estruturas factoriais dos instrumentos utilizados na presente amostra. Ainda neste contexto, não poderemos deixar de fazer referência aos baixos índices de fidelidade verificados na análise de componentes principais do Inventário de Respostas de *Coping* (CRI). Os seus valores variam de .52 (*Coping* "Descarga Emocional") a .67 (*Coping* "Reavaliação Positiva"), o que condiciona a sua consistência interna e, por sua vez, a fidelidade da própria investigação empírica.

Outra das críticas relativamente aos procedimentos estatísticos, prende-se com o facto de que a influência do Processamento Cognitivo "Aberto" e da Satisfação com o Suporte Social não foi controlada quando testamos as relações entre as variáveis pessoais e sócio-demográficas nos níveis de Afecto, enquanto na condição contrária, isto é, quando analisamos a influência do Processamento Cognitivo "Aberto" e da Satisfação com o Suporte Social nos níveis de Afecto, a influência as variáveis pessoais e sócio-demográficas, foi controlada. Para além disso, outras variáveis podem ter influído nas mesmas relações e não foram controladas, como por exemplo, a fase da terapia em que os participantes do grupo clínico se encontravam e o próprio estado de humor "actual" dos participantes de ambos os grupos. Como sabemos, o estado de humor "actual" pode afectar os julgamentos cognitivos acerca do BES e, como tal, também com ele relacionado (Galinha, 2008; Västfjäll et al., 2001). A avaliação do estado de humor "actual" poderia também ajudar a controlar a potencial contaminação de resultados obtidos no Inventário de Respostas de *Coping* (CRI) na percepção de Afecto, medida através da Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS).

12.2 Implicações e Estudos Futuros

Sendo uma investigação empírica aberta a novos avanços, os resultados do presente estudo sugerem importantes implicações teóricas e empíricas para intervenções práticas e estudos futuros.

Ao nível de implicações teóricas e empíricas, os resultados observados variam de acordo com emoções específicas. Neste sentido, será interessante replicar e expandir as mesmas relações, mas tendo em conta emoções específicas ao invés de dimensões de Afecto. Para além disso, os níveis de Saúde Mental dos participantes do estudo parecem, igualmente, influenciar as relações observadas entre as diferentes

variáveis. Será, de todo, relevante, que estudos futuros abordem as mesmas relações com outro tipo de métodos e técnicas estatísticas, designadamente num Modelo de Equações Estruturais. As mesmas técnicas e métodos estatísticos possibilitarão considerar os níveis de Saúde Mental em simultâneo com as variáveis cognitivas, como o tipo de Processamento Cognitivo "Aberto" e a Satisfação com o Suporte Social, e as variáveis pessoais e sócio-demográficas que caracterizam os participantes e medir relações recíprocas entre as mesmas variáveis. Ademais, considerar a influência das dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social nos níveis de Afecto, assim como, na moderação entre o tipo de Processamento Cognitivo "Aberto" e o Afecto, poderá constituir também um dos objectivos dos próximos estudos.

Outros factores que não foram aqui directamente analisados, como as restantes formas de *Coping*, bem como, as variáveis pessoais e sócio-demográficas que caracterizam os participantes, mas que não mostraram associações estatisticamente significativas com a frequeência de Afecto Positivo e Negativo, podem também constituir objectivos de estudos futuros. Como podemos antever, as mesmas variáveis e factores poderão constituir preditores significativos nos níveis de Afecto Positivo e Negativo, quer independentemente, quer enquanto moderadores.

Curiosamente, e apesar do Processamento Cognitivo "Aberto" não estar significativamente associado ao Afecto Positivo (e ao Afecto Negativo) quando consideramos a natureza clínica e não clínica dos grupos, a mesma variável é significativa na moderação entre Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Positivo quando consideramos os participantes com maiores níveis de Saúde Mental (e com maiores níveis de Afecto Positivo e menores níveis de Afecto Negativo), explicando uma variabilidade significativa desta última. Para além de outras variáveis explicativas que não foram controladas no presente estudo poderem explicar a variabilidade encontrada, podemos colocar como hipóteses de estudos futuros o facto do Afecto, neste caso Positivo, não constituir, ele mesmo, uma variável moderadora da relação entre Processamento Cognitivo "Aberto" e Satisfação com o Suporte Social. Segundo alguns autores (e.g., Geisler e tal., 2009; Moskowitz & Coté, 1995), o afecto traço parece um importante factor explicativo do *Coping* situacional ou das respostas de *Coping* numa determinada situação. Poderemos ainda explorar em que medida, o facto do Processamento Cognitivo "Aberto", medido igualmente em termos situacionais, poderá mostrar influência na dimensão estado do Afecto.

Considerando que a variável tipo de Processamento Cognitivo "Aberto" explica, independentemente, alguma da variabilidade encontrada nos níveis de Afecto nos participantes com menores níveis de Saúde Mental, não menos relevante, será o facto

de identificar fases do processo terapêutico e mesmo orientações teóricas subjacentes. A avaliação da sua influência nas relações entre o tipo de Processamento Cognitivo "Aberto", a Satisfação com o Suporte Social e os níveis de afecto nos participantes com menores níveis de Saúde Mental, torna-se uma hipótese a testar em futuras investigações. No mesmo sentido, comparar os níveis de Processamento Cognitivo "Aberto" tendo em conta a natureza clínica e não clínica dos grupos será também indispensável para podermos extrair conclusões acerca do desenvolvimento desta competência cognitiva e da sua influência nos níveis de Afecto Positivo e, especificamente, nos indivíduos com maiores níveis de Saúde Mental.

Ao nível de implicações práticas, os mesmos resultados sugerem que a promoção e desenvolvimento de competências de *Coping*, designadamente, de um Processamento Cognitivo "Aberto" será benéfico para o Bem-Estar Subjectivo, nomeadamente para o Afecto Positivo, quer dos indivíduos com maiores níveis de Saúde Mental quer dos indivíduos com menores níveis de Saúde Mental. Neste âmbito, as intervenções psicoterapêuticas, como a psicoterapia ou os programas de desenvolvimento de competências cognitivas, poderão mostrar-se úteis no sentido em que desenvolvem e promovem este tipo de competências.

Enquanto profissionais de saúde, os psicólogos estão na posição ideal para desenvolver e incrementar medidas relevantes e planos de intervenção que maximizem a efectividade no aumento do bem-estar (Diener & Seligman, 2009). Incrementar o Bem-Estar Subjectivo torna-se uma parte essencial do tratamento e das medidas de Saúde Mental, o que constitui, por isso, um indicador da efectividade das intervenções a este nível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos o presente trabalho de investigação lembrado a pertinência, assim como, os objectivos que o conduziram.

Dentro do campo de estudo do Bem-Estar Subjectivo e, designadamente, do Afecto Positivo e Negativo, a presente investigação permitiu aprofundar a compreensão acerca da sua variabilidade e subsequentes factores explicativos. Especificamente, trouxe importantes contributos no que diz respeito aos estudos de Fredrickson (2001) e de Fredrickson e Joiner (2002), mostrando que: (i) a componente Processamento Cognitivo "Aberto" influência emoções específicas, ao invés de uma dimensão global de Afecto Positivo; (ii) a mesma componente influi também significativamente nos níveis de Afecto Negativo, e não apenas nos níveis de Afecto Positivo, ainda que enquanto variável moderadora; e (iii) outras formas de *Coping*, particularmente, a Procura de Apoio e Suporte, a Resolução de Problemas, a Aceitação/Resignação, Reavaliação Positiva, a Descarga Emocional e o Evitamento Cognitivo se encontram relacionados com os níveis de Afecto, quer Positivo quer Negativo e contribuem, igualmente, para explicar a sua variabilidade.

Ainda ao nível teórico, os resultados obtidos no presente estudo trouxeram contributos relevantes no campo do Afecto, ao permitir-nos compreender o papel do Processamento Cognitivo "Aberto" na explicação da sua variabilidade, quer directamente quer indirectamente, através da relação entre Satisfação com o Suporte Social e o Afecto Positivo e Negativo.

Segundo Kelly e os seus colaboradores (2008) a comparação entre grupo clínico e grupo não clínico têm sido pouco explorada na literatura referente à relação entre os processos cognitivos e a componente afectiva do Bem-Estar Subjectivo, designadamente, o Afecto Positivo e Negativo. Por fim e ainda ao nível teórico, podemos dizer que outro dos contributos do presente trabalho de investigação na pesquisa empírica acerca do Bem-Estar Subjectivo, foi a apreciação da variabilidade explicada pelos diferentes factores tendo em conta os níveis de Saúde Mental dos participantes e a sua subsequente comparação.

Ao nível metodológico, o cruzamento de medidas no âmbito do Bem-Estar Subjectivo parece ser uma necessidade evidente (Diener, 2009; Galinha, 2008). Neste sentido, ao analisar a influência do Processamento Cognitivo "Aberto" e da Satisfação com o Suporte Social, componentes cognitivas, nos níveis de Afecto, componente afectiva, permitiu observar influências significativas entre as mesmas variáveis e

medidas subjacentes. Ainda no mesmo âmbito, outro dos contributos no âmbito da pesquisa empírica acerca do BES foi a apreciação da influência do *Coping* Processamento Cognitivo "Aberto", medido em termos situacionais, na frequência de Afecto, medida em termos de traço.

Ao nível prático, os resultados obtidos no estudo podem ser úteis em intervenções com diferentes grupos de indivíduos, neste caso, entre indivíduos com maiores e menores níveis de Saúde Mental, já que ao comparar ambos os grupos relativamente às variáveis em estudo, foram verificadas diferenças nas mesmas relações. Os mesmos dados sugerem implicações práticas nos objectivos e respectivos planos de intervenção ao nível da Saúde Mental e, especificamente, que eles devem ser diferentes quando consideramos indivíduos com maiores ou menores níveis de Saúde Mental.

Porque muitas emoções parecem disfuncionais e/ou desorganizadoras de múltiplos processos psicológicos, a modulação da experiência ou expressão do Afecto Positivo tem sido considerada fundamental para um estado de regulação básico, a exploração comportamental, o processamento cognitivo e a competência social (Ver Fox, 1994; cit. por Diamond e Aspinwall, 2003), donde podemos salientar o papel componente Processamento Cognitivo "Aberto" como um importante factor na mesma relação.

Referências Bibliográficas

Abe, J. A., & Izard, C. E. (1999). The development functions of emotions: An analysis in terms of differential emotions theory. *Cognition and Emotion, 13*(5), 523-549.

Abbott, J., Hart, A., Morton, A., Gee, L., & Conway, S. (2008). Health-related quality of life in adults with cystic fibrosis: The role of coping. *Journal of Psychosomatic Research, 64*, 149-57.

Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptation significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality, 64*, 899–922.

Alcaro, A., Huber, R., & Panksepp, J. (2007). Behavioral functions of the mesolimbic dopaminergic system: An affective neuroethological perspective. *Brain Research Reviews, 56*, 283-321.

Alexander, E. S., & Onwuegbuzie, A. J. (2007). Academic procrastination and the role of hope as a coping strategy. *Personality and Individual Differences, 42*, 1301-1310.

Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologias de investigação em psicologia e educação* (3ª Ed.). Braga: Psiquilíbrios.

Almeida, T., & Sampaio, F. M. (2007). Stress e suporte social em familiares de pessoas com paralisia cerebral. *Psicologia, Saúde e Doenças, 8*(1), 145-151.

Amitay, O. A., & Mongrain, M. (2007). From emotional intelligence to intelligent choice of partner. *The Journal of Social Psychology, 147*(4), 325–343.

Anderson, A. K., & Phelps, E. A. (2002). Is the human amygdale critical for the subjective experience of emotion? Evidence of intact dispositional affect in patients with amygdale lesions. *Journal of Cognitive Neuroscience, 14*(5), 709-720.

Andrews, F., & Withey, S. (1976). *Social indicators of well being: America's perception of life quality.* New York: Plenum Press.

Antoniazzi, A. S., Bandeira, D. R., & Dell' Aglio, D. D. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia, 3,* 273-294.

APA (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct.* American Psychological Association. Acedido a 14 de Janeiro de 2010, em: http://www.apa.org/ethics/code/committee.aspx

Arglye, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp.353-373). New York: Russell Sage Foundation.

Argyle, S. M., & Little, B. R. (1972). Do personality traits apply to social behavior? *Journal in Theory of Social Behavior, 2*, 1-35.

Argyle, M., & Martin, M. (1991). The origins of happiness. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being* (pp. 77-104). Oxford: Pergamon.

Ashby, F. G., Isen, A. M., & Turken, A. U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review, 106*(3), 529-550.

Aspinwall, L. G. (1998). Rethinking the role of positive affect in self-regulation. *Motivation and Emotion, 22,* 1–32.

Aspinwall, L. G. (2005). The psychology of future-oriented thinking: From achievement to proactive coping, adaptation, and aging. *Motivation and Emotion, 29*(4), 203-235.

Aspinwall, L. G., & Taylor, S.E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology, 63,* 989-1003.

Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121*(3), 417-436.

Aspinwall, L. G., & Staudinger, U. M. (2003). A psychology of human strengths: Some central issues of an emerging field. In L. G. Aspinwall, & U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 9-22). Washington: American Psychological Association.

Austenfeld, J. L., & Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality, 72*, 1335-1363.

Avia, M. D. (1997). Personality and positive emotions. *European Journal of Personality, 11*(1), 33-56.

Ayyash-Abdo, H., & Alamuddin,R. (2007). Predictors of Subjective Well-Being among college youth in Libenon. *The Journal of Social Psychology, 147*(3), 265-284.

Bailey, D., Wolfe, D., & Wolfe, C. R. (1996). The contextual impact of social support across race and gender: Implications for African American women in the workplace. *Journal of Black Studies, 26*, 287-307.

Bagozzi, R., Wong, N., & Yi, Y. (1999). The role of culture and gender in the relationship between positive and negative affect. *Cognition and Emotion, 6*, 641-672.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia ofhuman behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health.* San Diego: Academic Press, 1998) [On-line]. Acedido a 13 de Janeiro de 2010, em: http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html

Barker, E. T., & Galambos, N. L. (2009). Exploring criterion confounding in the measurement of binge eating symptoms and negative affect. *Journal of Psychopathological Behavior Assessment, 31*, 43-50.

Barrett, L. F. (2006). Are emotions natural kinds? *Perspectives on Psychological Science, 1*, 28-58.

Barrett, L. F., & Russell, J. A. (1998). Independence and bipolarity in the structure of current affect. *Journal of Personality & Social Psychology, 74(4),* 967-684.

Bates, J. (2000). Temperament as an emotion construct: Theoretical and practical issues. In M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (2rd Ed., pp. 382-396). New York: Guilford Press.

Beatty, J. (1995). *Principles of behavioral neuroscience.* Dubuque, IA: Brown & Benchmark.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond.* New York: Guilford.

Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 1-25). London: The Guilford Press.

Beedie, A., & Kennedy, P. (2002). Quality of social support predicts hopelessness and depression post spinal cord injury. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9*(3), 227-234.

Bengtsson-Tops, A., & Hansson L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *The International Journal of Social Psychiatry, 47*(3), 67–77.

Benson, P. R. (2006). The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: The mediating role of stress proliferation. *Journal of Autism and Development Disorders, 36*, 685–695.

Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2004). On the self-regulation of a health threat: cognitions, coping, and emotions among women undergoing treatment for infertility. *Cognitive Therapy and Research, 28*(5), 577–592.

Ben-Zur, H. (2002). Coping, affect and aging: the roles of mastery and self-esteem. *Personality and Individual Differences, 32,* 357–372.

Berk, M. S. & Andersen, S. M. (2000). The impact of past relationships on interpersonal behavior: Behavioral confirmation in the social–cognitive process of transference. *Journal of Personality and Social Psychology 79*(4), 546-562.

Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology, 109,* 186–204.

Beutler, L.E. & Clarkin, J.F. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions.* New York: Brunner/Mazel.

Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Williams, R. E. (1995). Integrative and Eclectic Therapies in Practice. In B. Bongar, & L. E. Beutler (Eds), *Comprehensive textbook of Psychotherapy: Theory and Practice* (pp. 274-292). Oxford: Oxford University Press.

Beutler, L. E., & Moos, R. H. (2003). Coping and coping styles in personality and treatment planning: Introduction to the special series. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 1045–1047.

Beutler, L. E., Moos, R. H., & Lane, G. (2003). Coping, treatment planning, and treatment outcome: Discussion. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 1151–1167.

Billings, D. W., Folkman, S., Acree, M., & Moskowitz, J.T. (2000). Coping and physical health during caregiving: The roles of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 79,* 131–42.

Billings, A. G. & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine, 4,* 157-189.

Birmingham, W., Uchino, B. N., Smith, T. W., Light, K. C., & Sanbonmatsu, D. M. (2009). Social ties and cardiovascular function: An examination of relationship positivity and negativity during stress. *International Journal of Psychophysiology, 74,* 114–119.

Bittinger, J. N. & Smith, J. E. (2003). Mediating and moderating effects of stress perception and situation type on coping responses in women with disordered eating. *Eating Behaviors, 4,* 89–106.

Bjarnason, T. (1994). The influence of social support, suggestion and depression on suicidal behavior among Icelandic youth. *Acta Sociologica, 37,* 195-206.

Blalock, J. A. & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive therapy and Research, 24*(1), 47-65.

Blanchard, C. M., Rodgers, W. M., Courneya, K. S., Daub, B., & Black, B. (2002). Self-efficacy and mood in cardiac rehabilitation: Should gender be considered? *Behavioral Medicine, 27*, 149–60.

Blumethal, J. A., Burg, M. M., Barefoot, J., Williams, R. B. Harvey, T., & Zinet, G. (1987). Social support, type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine, 49,* 331–340.

Boehmer, S., Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2007). Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety, Stress, and Coping, 20*(1), 61-75.

Borkenau, P., & Mauer, N. (2007). Well-being and the accessibility of pleasant and unpleasant concepts. *European Journal of Personality, 21*, 169-189.

Bostic, T. J., & Ptacek,J. T. (2001). Personality factors and the short-term variability in subjective well-being. *Journal of Happiness Studies, 2*, 355-373.

Bouchard, G., Guillemette, A., & Léger, N. L.(2004). Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and psychological distress. *European Journal of Personality, 18*, 221-238.

Bourdieu, P. (1990). *In other words: Essays towards a reflexive sociology.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Boyes, A. D., & Fletcher, G. J. (2007). Metaperceptions of bias in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(2), 286-306.

Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing discovery of meaning CD4 decline and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(6), 979–86.

Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being.* Aldine, Chicago.

Bradley, J. R., & Cartwright, S. (2002). Social support, job stress, health, and job satisfaction among nurses in the United Kingdom. *International Journal of Stress Management, 9*(3), 163-182.

Britton, P. C. (2004). The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. *Addiction Research and Theory, 12(*2),103–114.

Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., De Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *MedCare, 26,* 709-723.

Brummett, B. H., Babyak, M. A., Mark, D. B., Clapp-Channing, N. E., Siegler, I. C., & Barefoot, J. C. (2004). Prospective study of perceived stress in cardiac patients. *Annual Behavioral Medicine, 27*(1), 22–30.

Burger, J. M., & Caldwell, D. F. (2000). Personality, social activities, job-search behavior and interview success: Distinguishing between PANAS trait positive affect and NEO extraversion. *Motivation and Emotion, 24*(1), 51-63.

Burns, A. B., Brown, J. S. Sachs-Ericsson, N., Plant, E. A., Curtis, J. T., Fredrickson, B., & Joiner, T. E. (2007). Upward spirals of positive emotion and coping: Replication, extension, and initial exploration of neurochemical substrates. *Personality and Individual Differences, 44,* 360-370.

Busseri, M. A., Sadava, S. W., & Decourville, N. (2007). A hybrid model for research on subjective well-being: Examining common and component-specific sources of variance

on life satisfaction, positive affect, and negative affect. *Social Indicators Research, 83*, 413-445.

Cacioppo, J. T., & Gardner, W. L. (1999). Emotion. *Annual Review Psychology, 50,* 191-214.

Caldú, X. & Dreher, J. C. (2007). Hormonal and genetic influences on processing reward and social information. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1118*, 43-73.

Campbell, A., Converse, P., & Rogers, W. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions.* New York: Russell Sage Foundations.

Cantril, H. (1967). *The pattern of human concerns.* New Brunswick: Rutgers University Press.

Carels, R. A., Blumenthal, J. A., & Sherwood, A. (1998). Effect of satisfaction with social support on blood pressure in normotensive and borderline hypertensive men and women. *International Journal of Behavioral Medicine, 5*(1), 76-85.

Carlisle, S., & Hanlon, P. (2008). "Well-Being" as a focus for public health? A critique and defence. *Critical Public Health, 18*(3), 26-270.

Caron, J., Tempier, R., Mercier, C., & Leouffre, P. (1998). Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community Mental Health Journal, 34*(5), 459–475.

Carver, C. S. & Connor-Smith, J. (2009). Personality and coping. *Annual Review of Psychology, 61*(6),1–6.26.

Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1999). Stress, coping, and self-regulatory processes. In L. A. Pervin and O. P. John (Eds.), *Handbook of Personality* (2nd Ed.) (pp. 553-575). New York: Guilford Press.

Carver, C. S., Scheier, M. F., Miller, C. J., & Fulford, D. (2009). Optimism. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 303-311). Oxford: Oxford University Press.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56,* 267–283.

Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and "stress": Theoretical formulation. *International Journal of Health Services, 6,* 471-482.

Causey, D. L., & Dubow, E. F. (1992). Development of a self-report coping measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 47–59.

CEGOC (2004). *Directrizes internacionais para a utilização de testes.* Lisboa: CEGOC-TEA. Acedido em 14 de Janeiro de 1010, em: http://www.cegoc.pt/testes/pdf/directrizes.pdf

Cenkseven-Onder, F., & Sari, M. (2009). The quality of school life and burnout as predictors of subjective-well-being among teachers.*Educational Sciences: Theory and Practice, 9*(3), 1223-1235.

Chaiken, S., Liberman, A., & Eagly, A. (1989). Heuristic and systematic information processing within and beyond the persuasion context. In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought* (pp. 212-243). New York: The Guilford Press.

Cheng, C. (2003). Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: A dual-process model. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 425-438.

Clark, L., Chamberlain, S. R., Sahakian, B. J. (2009). Neurocognitive mechanisms in depression: Implications for treatment. *Annual Review of Neuroscience, 32*, 57–74.

Clara, I. P., Cox, B. J., Enns, M. W., Murray, L. T., & Torgruudic, L. J. (2003). Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student sample. *Journal of Personality Assessment, 81*(3), 265–270.

Clark, L. A., Watson, D., & Leeka, J. (1989). Diurnal variation in the positive affects. *Motivation and Emotion, 13*(3), 205-234.

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 & Doenças, 1*(1), 79-87.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 12,* 269-297.

Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp. 3–25). New York: Oxford University Press.

Cohen, L. & Roth, S. (1984). Coping with abortion. *Journal of Human Stress, 10,* 140-145.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310–357.

Cohn, M. A. (2004). Rescuing our hereos: Positive perspectives on upward comparisons in relationships, education, and work. In P. A. Linley, & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 218-237). Hoboken, NJ: Wiley.

Cohn, M. A, & Fredrickson, B. L. (2009). Positive emotions. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 13-24). Oxford: Oxford University Press.

Collins, A. M. & Loftus, E. F. (1975). A spreading-activation theory of semantic processing. *Psychological Review, 82(6),* 407-428.

Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived Control and Coping with stress: a developmental perspective. *Journal of Social Issues, 47*(4), 23-34.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127,* 87–127.

Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 93,* 1080–107.

Cook, T. D., & Reichardt, C. S. (1979). *Qualitative and quantitative methods in evaluation research.* Beverly Hills, CA: Sage.

Copeland, A. P., & Norell, S. K. (2002). Spousal adjustment on international assignments: The role of social support. *International Journal of Intercultural Relations, 26,* 255–272.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology, 38,* 668-678.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality, 55*, 299–316.

Coutinho, S. A., & Neuman G. (2008). A model of metacognition, achievement goal orientation, learning style and self-efficacy. *Learning Environmental Research, 11,* 131–151.

Cranford, J. A. (2004). Stress-buffering or stress-exacerbation? Social support and social undermining as moderators of the relationship between perceived stress and depressive symptoms among married people. *Personal Relationships, 11*, 23–40.

Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 245-265.

Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115*, 74–101.

Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1995). Life context, coping processes, and depression. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 569-587). New York: Guilford Press.

Cruz, J. P., Jesus, S. N., & Nunes, C. (2009). *Bem-estar e qualidade de vida: Contributos da psicologia da saúde*. Alcochete: Textiverso.

Cullen, F. T. (1994). Social support as an organizing concept for criminology: Presidential address to the Academy of Criminal Justice Sciences. *Justice Quarterly, 11*, 527-559.

Cummins, R. (1995). On the trail of the gold standard of subjective well-being. *Social Indicators Research, 35*, 179-200.

Cummins, R. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research, 43*, 307-334.

Cutrona, C. E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology, 93,* 378-390.

Cutrona, C. E., & Russell, D. W., (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones, & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships: A research annual I* (pp. 37–67). Greenwich: Jai Press Inc.

Daley, A. J., & Maynard, I. W. (2003). Preferred exercise mode and affective responses in physically active adults. *Psychology of Sport and Exercise, 4*(4), 347-356.

Dalgard, O., Bjork, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry, 166*, 29-34.

Dalgard, O. S., & Haheim, L. L. (1998). Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control inNorway. *Journal of Epidemiology and Community Health, 52,* 476–481.

Davidson, R. J. (1993). The neuropsychology of emotion and affective style. In M. Lewis, & J. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 143-154). New York: Guilford.

Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nitschke, J. B., & Putnam, K. (2002). Depression: Perspectives from affective neuroscience. *Annual Review of Psychology, 53,* 545–74.

Davis-Sacks, M. L., Jayaratne, S., & Chess, W. A. (1985). A comparison of the effects of social support on the incidence of burnout. *Social Work, 30*, 240-244.

Dean, A., & Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 165,* 403-413.

Deisinger, J. A., Cassisi, J. E., & Whitaker, S.L. (1996). Relationships between coping style and PAI profiles in a community sample. *Journal of Clinical Psychology, 52,* 303–310.

Demaray, M. K., Malecki, C. K., Rueger, S. Y., Brown, S. E., & Summers, K. H. (2009). The role of youth's ratings of the importance of socially supportive behaviors in the relationship between social support and self-concept. *Journal of Youth and Adolescence, 38*, 13–28.

DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin, 124,* 197–229.

Derisley, J., Libby, S., Clark, S., & Reynolds, S. (2005). Mental health, coping and family-functioning in parents of young people with obsessive-compulsive disorder and with anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 44,* 439–444.

Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion, 27,* 125-156.

Dias, P. (1993). Processamento da Informação, hipertexto e educação. *Revista Portuguesa de Educação, 6(1),* 71-83.

Dicionário Editora da Língua Portuguesa: Acordo ortográfico (2010). Porto: Porto Editora.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*, 34-43.

Diener, E. (2009). Subjective well-being. *Social Indicators Research Series, 37,* 11-58.

Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social Indicators Research, 57*, 119–69.

Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science, 7,* 181-185.

Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 1105-1117.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.

Diener, E., & Larsen, R. J. (1993). `The experience of emotional well-being. In M. Lewis, & J. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 405-416). New York: Guilford.

Diener, E., & Lucas, R. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies, 1*, 41-78.

Diener, Ed., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review Psychology, 54,* 403-425.

Diener, E., Sandvik, E., & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. Strack (Ed.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 119-139). Oxford, England: Pergamon Press.

Diener, E., Sandvik, E., Pavot, W., & Fujita, F. (1992). Extraversion and subjective well-being in a U.S. national probability sample. *Journal of Research in Personality, 26*, 205-215.

Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science, 13*, 80-83.

Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2009). Beyond money: toward and economy of well-being. *Social Indicators Research Series, 37,* 201-265.

Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research, 40,* 189-216.

Diener, E., & Suh, E. M. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 17,* 304–24.

Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. University of Illinois. Acedido a 24 de Outubro de 2009, em http://www.psych.uiuc.edu/~ediener/hottopic/paper1.html

Dimiceli, E. E., Steinhardt, M. A., & Smith, S. E. (2010). Stressful experiences, coping strategies, and predictors of health-related outcomes among wives of deployed military servicemen. *Armed Forces & Society, 36*(2), 351 –373.

Dockerty, J. D., Williams, S. M., McGee, R., & Skegg, D. C. (2000). Impact of childhood cancer on the mental health of parents. *Medical and Pediatric Oncology, 35*, 475–483.

Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1981). Life stress and illness: Formulation of the issues. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events and their contexts* (Vol. 1, pp. 1 –27). New York: Prodist.

Dong, X., Beck, T., & Simon, M. A. (2010). The associations of gender, depression and elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population: The modifying effect of social support. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 50,* 202–208.

Dowd, H., Zautra, A., & Hogan, M. (2009). Emotion, stress, and cardiovascular response: An experimental test of models of positive and negative affect. *International Journal of Behavioral Medicine.* Acedido a 14 de Dezembro de 2009, em http://www.springerlink.com/content/pg270853810868wr/

Drake, R. A., & Myers, L. R. (2006). Visual attention, emotion, and action tendency: Feeling active or passive. *Cognition and Emotion, 20*(5), 608-622.

Dreisbach, G., & Goschke, T. (2004). How positive affect modulates cognitive control: Reduced perseveration at the cost of increase distractibility. *Journal of Experimental Psychology, 30*(2), 343-353.

Dressler, W. W., Balieiro, M. C., & Santos, J. E. D. (1999). Culture, skin color, and arterial blood pressure in Brazil. *American Journal of Human Biology, 11*, 49–59.

Ducharme, L. J., & Martin, J. K. (2000). Unrewarding work, coworker support, and job satisfaction: A test of the buffering hypothesis. *Work and Occupations, 27*(2), 223-243.

Dunkel-Schetter, C., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 71-80.

Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A., & Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal, 37*(1), 39-52.

Dunseath, J. L., Beehr, T. A., & King, D. W. (1991). *The job stress-social support buffering hypothesis: Employees, gender, education, collar color* (pp. 1-39). Chicago: Psychological Association.

D'Zurillia, T. J., & Nezu, A. (1989). Social problem solving in adults. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 202-274). New York: Academic.

Easterlin, R. A. (2005). Building a better theory of well-being. In L. Bruni, & P. Porta (Eds.), *Economics and happiness: Framing the analysis.* Oxford: Oxford University Press.

Egloff, B. (1998). The independence of positive and negative affect depends on the affect measure. *Personality and Individual Differences, 25*, 1101-1109.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Guthrie, I. K. (1997). Coping with stress: the roles of regulation and development. In S. A. Wolchik, & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of Children's Coping: Linking Theory and Intervention* (pp. 41–70). New York: Plenum.

Ellis, A (1995). Thinking processes involved in irrational beliefs and their disturbed consequences. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 9*(2), 105-116.

Elliott, T. R., Herrick, S. M., MacNair, R. R., & Harkins, S. W. (1994). Personality correlates of self-appraised problem solving ability: Problem orientation and trait affectivity. *Journal of Personality Assessment, 63*(3), 489-505.

Emmons, R. A., Diener, E., & Larsen, R. J. (1986). Choice and avoidance of everyday situations and affect congruence: Two models of reciprocal interactionism. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 815-826.

Endler, N. S., Corace, K. M., Summerfeldt, L. J., Johnson, J. M, & Rothbart, P. (2003). Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences ,34,* 323–346.

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Australian Journal of Psychology, 42*, 207-220.

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality, 6,* 321-344.

Ericsson, K. A., & Simon, H. A. (1980). Verbal reports as data. *Psychological Review, 87*(3), 215-251.

Ethgen, O., Vanparijs, P., Delhalle, S., Rosant, S., Bruyére, O., & Reginster, J. Y. (2004). Social support and health-related quality of life in hip and knee osteoarthritis. *Quality of Life Research,13,* 321–330.

Falcón, L. M., Todorova, I., & Tucker, K. (2009). Social support, life events, and psychological distress among the Puerto Rican population in the Boston area of the United States. *Aging & Mental Health, 13*(6), 863–873.

Fleishman, J. A., Sherbourne, C. D., Crystal, S., Marshall, N., Kelly, M., Bozzette, S. A., Shapiro, M. F., & Hays, R. D. (2000). Coping, conflictual social interactions, social support, and mood among HIV-infected persons. *American Journal of Community Psychology, 28*(4), 421-453.

Foa, E. B. & Kozak, M. J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99(1),* 20-35.

Folkman, S., Chesney, M., Pollack, L., & Coates, T. (1993). Stress, control, coping, and depressive mood in human immunodeficiency virus–positive and –negative gay men in San Francisco. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181,* 409-416.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21,* 219-239.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). The revised ways of coping (on-line). San Francisco: University of California. Disponível em: http://www.caps.ucsf.edu/capsweb/pdfs/waysofcoping.pdf. Acedido a 25 de Janeiro de 2010.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science in Medicine, 26,* 309–317.

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist, 55*, 647-654.

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745–74.

Fong, C. T., & Tiedens, L. Z. (2002). Dueling experiences and dual ambivalences: Emotional and motivational ambivalence of women in high status positions. *Motivation and Emotion, 26*(1), 105-121.

Fontana, A. M., Diegnan,T., Villeneuve, A., & Lepore, S. J. (1999). Nonevaluative social support reduces cardiovascular reactivity in young women during acutely stressful performance situations. *Journal of Behavioral Medicine, 22*(1), 75-91.

Foster, J. R. (1997). Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: An interpretation of epidemiologic data. *Psychiatric Quarterly, 68*(3), 189-219.

Fotiadou, M., Barlow, J. H., Powell, L. A., & Langton, H. (2007). Optimism and psychological well-being among parents of children with cancer: an exploratory study. *Psycho-Oncology, 17*(4), 401-409.

Francis, R. D. (1999). *Ética para psicólogos.* Lisboa: Instituto Piaget.

Frankl, V. E. (1984). *Man's search for meaning.* New York: Washington Square Press.

Franks, H. M. & Roesch, S. C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology, 15,* 1027-1037.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist. 56*(3), 218-226.

Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive Emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science, 13*(2), 172-175.

Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist, 60*(7), 678-686.

Freedman, J. (1978). *Happy people: What happiness is, who has it, and why.* New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Frijda, N. H., Manstead, A. S. R., & Bem, S. (2000). *Emotions and beliefs: How feelings influence thoughts.* Cambrigde: United Kingdom at the University Press.

Fung, H. H., & Tang, L. Y. T. (2005). Age differences in memory for emotional messages: Do older people always remember the positive? *Ageing International, 30*(3), 245-262.

Furukawa, T. A., Harai, H., Hirai, T. (1999). Social Support Questionnaire among psychiatric patients with various diagnoses and normal controls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*(4), 216–222.

Fusilier, M. R., Ganster, D. C., & Mayes, B. T. (1987). Effects of social support, role stress, and locus of control on health. *Journal of Management, 13*(3), 517-528.

Gadermann, A. M., & Zumbo, B. D. (2007). Investigating the intra-individual variability and trajectories of subjective well-being. *Social Indicators Research, 81,* 1-33.

Gallagher, E. N., & Vella-Brodrick, D. A. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and Individual Differences, 44*, 1551–1561.

Galinha, I. C. (2008). *Bem-estar subjectivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais.* Coimbra: Quarteto.

Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005a). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças, 6*(2), 203-214.

Galinha, I. C., & Ribeiro, J. L. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica, 2,* 209-218.

Galinha, I. C., & Ribeiro, J. L. (2005c). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica, 2,* 219-227.

Galván, J., Romero, M., Rodríguez, E. M., Durand, A., Colmenares, E., & Saldivar, G. (2006). La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas. *Salud Mental, 29*(3), 68-74.

Garcia, D., & Siddiqui, A. (2009). Adolescents psychological well-being and memory for life events: Influences on life satisfaction with respect to temperamental dispositions. *Journal of Happiness Studies, 10*, 407-419.

Gaspar, T., Ribeiro, J. L. P., Leal, I., & Matos, G. G. (2008). *Impacto da satisfação com o suporte social na qualidade de vida relacionada com a saúde era crianças e adolescentes.* Actas do 7° Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Porto: Universidade do Porto.

Gaspar, T., Ribeiro J. L., Matos, M. G., Leal, I., & Ferreira, A. (2009). Psychometric properties of a brief version of the Escala de Satisfação com o Suporte Social for children and adolescents. *The Spanish Journal of Psychology, 12*(1), 360-372.

Gaudreau, P., Sanchez, X., & Blondin, J. P. (2006). Positive and negative affective states in a performance-related settings: Testing the factorial structure of the PANAS across two samples of French-Canadian participants. *European Journal of Psychological Assessment, 22*(4), 240-249.

Geisler, F. C. M., Wiedig-Allison, M., & Weber, H. (2009). What coping tells about personality. *European Journal of Personality, 23,* 289–306.

Georgellis, Y., Tsitsianis, N., & Yin, Y. P. (2009). Personal values as mitigating factors in the link between income and life satisfaction: Evidence from the European social survey. *Social Indicators Research, 91*, 329-344.

Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *The Journal of the American Medical Association, 272*(8), 619-626.

Gil, K. M., Wilson, J. J., & Edens, J. L. (1997). The stability of pain coping strategies in young children, adolescents, and adults with sickle cell disease over an 18-month period. *Clinical Journal of Pain, 13*, 110–15.

Giorgi, O., Lecca, D., Piras, G., Driscoll P., & Corda, M.G. (2003). Dissociation between mesocortical dopamine release and fear-related behaviours in two psychogenetically selected lines of rats that differ in coping strategies to aversive conditions. *European Journal of Neuroscience, 17,* 2716–26.

Glei, D. A., Goldman, N., Chuang, Y. L., & Weinstein, M. (2007). Do chronic stressors lead to physiological dysregulation? Testing the theory of allostatic load. *Psychosomatic Medicine, 69,* 769–776.

Goldberg, R. W., Rollins, A. L., & Lehman, A. F. (2003). Social network correlates among people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 26*(4), 393–402.

Goldstein, M., & Strube, M. (1994). Independence revised: The relation between positive and negative affect in a naturalistic setting. *Personality and Social Psychology Bulletin, 20,* 57-64.

Goos, M., Galbraith, P., & Renshaw, P. (2002). Socially mediated metacognition: Creating collaborative zones of proximal development in small group problem solving. *Educational Studies in Mathematics, 49*, 193-223.

Gordillo. V. (1999). Trastornos Psicológicos y Aspectos Psicossociales. In V. Soriano, & J. Gonzáliez-Lahoz (Eds.), *AIDS Manual* (3rd ed.) (pp. 605-620). Madrid: IDEPSA.

Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequence of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 157-165.

Gotlib, I. H. & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 6,* 11.1–11.28.

Graham, B. G. (2006). Social networks, life satisfaction and community adaptation for people with severe mental illness: The contribution from friends, family, and service providers. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66*(12-B), 6922.

Gray, J. A. (1987). Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of Research in Personality, 21,* 493-509.

Gray, M. J., Maguen, S., & Litz, B. T. (2007). *Schema constructs and cognitive models of posttraumatic stress disorder.* In L. P. Riso, P. L. Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 59-92). Washington, DC: American Psychological Association.

Green, B. L., & Rodgers, A. (2001). Determinants of social support among low-income mothers: A longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology, 29,* 419-441.

Green, D. P., & Salovey, P. (1999). In what sense are positive and negative affect independent? A replay to Tellegen, Watson, and Clark. *Psychological Science, 10*(4), 304-306.

Greene, T. R., & Noice, H. (1988). Influence of positive affect upon creative thinking and problem solving in children. *Psychological Reports, 63,* 895-898.

Griffith, L. S., Beverly, J., Field, P., & Lustman, J. (1990). Life stress and social support in diabetes: Association with glycemic control. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 20,* 365–372.

Gunnell, S. D., Harbord, R., Singleton, N., Jenkins, R., & Lewis, G. (2004). Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. *British Journal of Psychiatric, 185,* 385-393.

Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health.* New York: Basic.

Gutiérrez, J. L. G., Jiménez, B. M., Hernández, E. G., & Puente, C. P. (2005). Personality and subjective well-being: big five correlates and demographic variables. *Personality and Individual Differences, 38*, 1561-1569.

Haines, V. A., Hurlbert, J. S., & Zimmer, C. (1991). Occupational stress, social support, and the buffer hypothesis. *Work and Occupations, 18*(2), 212-235.

Hamdan-Mansour, A. M., & Dawani, H. A. (2008). Social support and stress among university students in jordan. *International Journal of Mental Health and Addiction, 6,* 442–450.

Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 293–319.

Hammer, M. (1981). Social supports, social networks, and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 7*, 45- 577.

Hansson, A., Forsell, Y., Hochwalder, J., & Hilleras, P. (2008). Impact of changes in life circumstances on subjective well-being in Adult Population over a 3-year Period. *Public Health, 122*, 1392-1398.

Harmon-Jones, E., Harmon-Jones, C., Abramson, L. Y., & Peterson, C. K. (2009). PANAS positive activation is associated with anger. *Emotion, 9*(2), 183-196.

Harper, F. W. K., Schmidt, J. E., Beacham, A. O., Salsman, J. M., Averill, A. J., Graves, K. D., & Andrykowski, M. A. (2007). The role of social cognitive processing theory and optimism in positive psychosocial and physical behavior change after cancer diagnosis and treatment. *Psycho-Oncology, 16,* 79–91.

Hauff, E., & Vaglum, P. (1997). Establishing social contact in exile: a prospective community cohort study of Vietnamese refugees in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemioogyl, 32*, 408-415.

Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2002). Social networks and social support. In K. Glanz, B. K. Rimer, & F.M. Lewis (Eds.), *Health behavioral and health education: Theory, research and practice* (3rd ed., pp. 185-209). Francisco, CA: Jossey-Bass.

Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine, 12*(6), 537-545.

Hedrick, P. W. & Kalinowski, S. T. (2000). Inbreeding depression in conservation biology. *Annual Review of Ecology and Systematics, 31*, 139–62.

Helliwell, J. F. (2006). Well-being, social capital and public policy: What's new? *The Economic Journal, 116*(510), 34-45.

Henderson, A. S. (1992). Social support and depression. In H. O. F. Veiel, & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 85-92). New York: Hemisphere Press.

Henriques, A. M. P., & Lima, M. L. (2003). Estados afectivos, percepção do risco e do suporte social: A familiaridade e a relevância como moderadores nas respostas de congruência com o estado de espírito. *Análise Psicológica, 3*(XXI), 375-392.

Heubeck, B. G., & Neill, J. T. (2000). Internal validity and reliability of the 30 item Mental Health Inventory for Australian Adolescents. *Psychological Reports, 87*, 431-440.

Hicks, J. A., & King, L. A. (2007). Meaning in life and seeing the big picture: Positive affect and global focus. *Cognition and Emotion, 21*(7), 1577-1584.

Hildingh, C., Fridlund, B., & MISS-W Study Group (1997). Social network and experiences of social support among women 12 months after their first myocardial infarction. *International Journal of Rehabilitation and Health, 3*(2), 131-142.

Hiebert-Murphy, D. (2000). Factors related to mothers perceptions of parenting following their children's disclosures of sexual abuse. *Child Maltreat, 5,* 251-260.

Hill, R. D., Boxtel, M. P. J., Ponds, R., Houx, P. J., & Jolles, J. (2005). Positive affect and its relationship to free recall memory performance in a sample of older Dutch adults from the Maastricht Aging Study. *International Journal of Geriatric Psychiatric, 20*, 429-435.

Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário* (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Hobfoll, S. E. (1988). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*, 513-524.

Hobfoll, S. E., & Vaux, A. (1993). Social support: Social resources and social context. In S. Breznitz (Ed.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects* (pp. 685–705). New York: The Free Press.

Hobfoll, S. E., & Walfisch, S. (1984). Coping with a threat to life: A longitudinal study of self-concept, social support, and psychological distress. *American Journal of Community Psychology, 12*(1), 87-100.

Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology, 49,* 739-747.

Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 946–955.

Horan, W. P., Ventura, J., Mintz, J., Kopelowicz, A., Wirshing, D., Christian-Herman, J., Foy, D., & Liberman, R. P. (2007). Stress and coping responses to a natural disaster in people with schizophrenia. *Psychiatry Research, 151*, 77-86.

Horowitz, M. K. (1986). *Stress response syndromes.* New York: Jason Aronson.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* Chichester, MA: Addison-Wesley.

Hubel, D. H., & Weisel, T. N. (1962). Receptive fields, binocular interaction and functional architecture in the cat's visual cortex. *Journal of Physiology, 160*, 106-154.

Hunt, E. (1980). Intelligence as an information processing concept. *British Journal of Psychology, 17*, 449-474.

INE (2008). Instituto Nacional de Estatística. *Revista de Estudos Demográficos, 44.* Acedido a 20 de Outubro de 2009, em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=45180054&PUBLICACOESmodo=2

Inglehart, R., & Rabier, J. R. (1986). Aspirations adapt situations – but why are the Belgians so much happier than the French? A cross cultural analyses of quality of life. In F. M. Andrews (Ed.), *Research in the quality of life* (pp. 1-56) Ann Harbor, MI: Institute for Social Research.

Isen, A. M. (1990). The influence of positive and negative affect on cognitive organization: Some implications for development, In N. L. Stein, B. Leventhal, & T. Trabasso (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion* (pp. 75-94). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Isen, A. M. (2003). Positive affect as a source of human strength. In L. G. Aspinwall, & U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 179-195). Washington: American Psychological Association.

Isen, A. M. (2009). A role for neuropsychology in understanding the facilitating influence of positive affect on social behavior and cognitive processes. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology.* Oxford: Oxford University Press.

Izard, C. E. (2009). Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual Review Psychology, 60*, 1-25.

Jang, S. J., & Lyons, J. A. (2006). Strain, social support, and retreatism among African Americans. *Journal of Black Studies, 37*(2), 251-274.

Jang, K. L., Thordarson, D. S., Stein, M. B., Cohan, S. L., & Taylor, S. (2007). Coping styles and personality: A biometric analysis. *Anxiety, Stress and Coping, 20,* 17–24.

Janssen, P. P. M., Bakker, A. B., & Jong, A. (2001). A test and refinement of the demand–control–support model in the construction industry. *International Journal of Stress Management, 8*(4), 315-332

Johnson, K. A., & Jennison, K. M. (1991). *Stressful loss and the buffering effect of social support on drinking behavior among African-Americans: Results of a national survey.* 21st Annual Meeting of the Association of Black Sociologists, Cincinnati, Ohio, Agosto, 21-23.

Jones, N., & Fox, N. (1992). Electroencephalogram asymmetry during emotionally evocative films and its relation to positive and negative affectivity. *Brain Cognition, 20,* 280-299.

Jonhson-Laird, P. N. (1989). *The computer and the mind.* London: Fontana Press.

Jorm, A. F., Creasey, H., Broe, G. A., Sulway, M. R., Kos, S. C., & Dent, O. F. (1997). The advantage of being broad-minded: Brain diameter and neuropsychological test performance in elderly war veterans. *Personality and Individual Differences, 23*(3), 371-377.

Jung, J., & Khalsa, H. (1988). The relationships of daily hassles, social support and coping to depression in Black and White students. *Journal of General Psychology, 116*, 407-417.

Kafetsios, K. (2006). Social support and well-being in contemporary Greek society: Examinations of multiple indicators at different levels of analysis. *Social Indicators Research, 76,* 127–145.

Kafetsios, K., & Sederidis, G. D. (2006). Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal of Health Psychology, 11,* 863-875.

Kamarck, T. W., Peterman, A. H., & Raynor, D. A. (1998). The effects of the social environment on stress-related cardiovascular activation: Current findings, prospects, and implications. *Annals of Behavioral Medicine, 20*, 247–256.

Kanfer, R. & Ackerman, P. L. (1989). Motivation and cognitive abilities: An integrative/aptitude-treatment interaction approach to skill acquisition. *Journal of Applied Psychology, 74*(4), 657-690.

Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences, 40,* 1281-1290.

Karakoç, B., & Yurtsever, S. (2009). Relationship between social support and fatigue in geriatric patients receiving outpatient chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(1), 61-67.

Kashdan, T. B., & Silvia, P. J. (2009). Curiosity and interest: The benefits of thriving on novelty and challenge. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 367-374). Oxford: Oxford University Press.

Kaspi, S. P., McNally, R. J., & Amir, N. (1995). Cognitive processing of emotional information in posttraumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research, 19(4),* 433-444.

Katapodi, M. C., Facione, N. C., Miaskowski, C., Dodd, M. J., & Waters, C. (2002). The Influence of Social Support on Breast Cancer Screening in a Multicultural Community Sample.*Oncology Nursing Forum, 29*(5), 845-852.

Kazak, A. E., Stuber, M. L., Barakat, L. P., Meeske, K., Guthrie, D., & Meadows, A. T. (1998). Predicting posttraumatic stress symptoms in mothers and fathers of survivors of childhood cancers. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37,* 823–831.

Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2008). Sex differences in the use of coping strategies: Predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depression and Anxiety, 25*, 839-846.

Kenkel, M. B. (1989). Topical book review: Social support research: Many minds and methods. *Journal of Primary Prevention, 10*(2), 187-192.

Kercher, K. (1992). Assessing subjective well-being in the old-old. The PANAS as a measure of orthogonal dimensions of positive and negative affect. *Research on Aging, 14*(2), 131-168.

Kesebir, P., & Diener, E. (2009). In pursuit of happiness: Empirical answers to philosophical questions. *Social Indicators Research Series, 37,* 59-74.

Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology, 48*, 191–214.

Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1985). Social support and mental health in community samples. In S. Cohen, & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 219–240). Orlando, FL: Academic Press.

Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology, 36*, 531-572.

Keyes, C. L. M. (2000). Subjective change and its consequences for emotional well-being. *Motivation and Emotion, 24*(2), 67-84.

Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In C. L. M. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 293-312). Washington: American Psychological Association.

King, A. (1998). Transactive peer tutoring: Distributing cognition and metacognition. *Educational Psychology Review, 10(1),* 57-74.

Kintsch, W., & Dijk, T. A. (1978). Toward a model of text comprehension and production. *Psychological Review. 85(5),* 363-394.

Kirschbaum, C., Klauer, T., Filipp, S. H., & Hellhammer, D. H. (1995). Sex-specific effects of social support on cortisol and subjective responses to acute psychological stress. *Psychosomatic Medicine, 57*, 23-31.

Kitson, G. C., Babri, K. B., Roach, M. J., & Placidi, K. S. (1989). Ajustment to widowhood and divorce: A review. *Journal of Family Issues, 10*(1), 5-32.

Klinger, E. (1996). Emotional influences on cognitive processing, with implications for theories of both, In P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: linking cognition and motivation to behavior* (pp. 168-189). New York: The Guilford Press.

Knappe, S., & Pinquart, M. (2009). Tracing criteria of successful aging? Health locus of control and well-being in older patients with internal diseases. *Psychology, Health and Medicine, 14*(2), 201-212.

Knoll, N., Rieckmann, N., & Schwarzer, R. (2005). Coping as a mediator between personality and stress outcomes: A longitudinal study with cataract surgery patients. *European Journal of Personality, 19*, 229–247.

Kocovski, N. L., Endler, N. S., Rector, N. A., & Flett, G. L. (2005). Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 971–984.

Koehler, M., Koenigsmann, M., & Frommer, J. (2009). Coping with illness and subjective theories of illness in adult patients with haematological malignancies: Systematic review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology, 69*, 237–257.

Krantz, D. S., & Manuck, S. B. (1984). Acute psychophysiologic reactivity and risk of cardiovascular disease: A review and methodologic critique. *Psychological Bulletin, 96,* 435-464.

Krueger, A. B., & Schkade, D. A. (2008). The reliability of subjective well-being measures. *Journal of Public Economics, 92*, 1833-1845.

Kuhlen, R. G. (1948). Age trends in adjustment during the adult years as reflected in happiness ratings. *American Psychologist, 3*, 307.

LaBerge, D., & Samuels S. J. (1974). Toward a theory of automatic information processing in reading. *Cognitive Psychology, 6(2),* 293-323.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians.* Ottawa; Minister of National Health and Welfare.

Langeland, E., Wahl, A. K., & Kristoffersen, K. (2007). Quality of life among Norwegians with chronic mental health problems living in the community versus the general population. *Community Mental Health Journal, 43*(4), 321–339.

Langeland, E., & Wahl, A. K. (2009). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies, 46*, 830–837.

Larson, J. S. (1992). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research Series, 28*(3), 285-296.

Lawler, E. J., & Thye, S. R. (1999). Bringing emotions into social exchange theory. *Annual Review of Sociology, 25,* 217-244.

Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234–247.

Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality, 74*, 9–46

Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist, 38,* 245-254.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

Leavy, R. L. (1983). Social support and psychological disorder: A review. *Journal of Community Psychology, 11*, 3-21.

Lee, G., Seccombe, K., & Shehan, C. (1991). Marital status and personal happiness: An analysis of trend data. *Journal of Marriage and the Family, 13,* 839-844.

Lemerise, E. A. & Arsenio, W. F. (2000). An Integrated Model of Emotion Processes and Cognition in Social Information Processing. *Child Development, 71*(1), 107-118.

Lepore, S. J. (1998). Problems and prospects for the social support-reactivity hypothesis. *Annals of Behavioral Medicine, 20*(4), 257-269.

Lepore, S.J., Evans, G.W., & Schneider, M.L. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 61,* 899–909.

Lepore, S. J., Miles, H. J., & Levy, J. S. (1997). Relation of chronic and episodic stressors to psychological distress, reactivity, and health problems. *International Journal of Behavioral Medicine, 4,* 39-59.

Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology, 70,* 271–282.

Leserman, J., Li, Z., Hu, Y. J. B., & Drossman, D. A. (1998). How multiple types of stressors impact on health. *Psychosomatic Medicine, 60,* 175–81.

Levinson, D. (1990). A theory of life structure development in adulthood. In C. Alexander, & E. Langer (Eds.), *Higher stages of human development* (pp. 35-53). Oxford: Oxford University Press.

Liang, B., & Bogat, G. A. (1994). Culture, control, and coping: New perspectives on social support. *American Journal of Community Psychology, 22*(1), 123-147.

Libran, E. C. (2006). Personality dimensions and subjective well-being. *Spanish Journal of Psychology, 9*(1), 38-44.

Lienard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Etienne, A., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J, & Razavi,D. (2007). Factors that influence cancer patients' and relatives' anxiety following a three-person medical consultation: impact of a communication skills training program for physicians. *Psycho-Oncology, 17*(5), 488-496.

Lim, J. W., & Zebrack, B. (2008). Different pathways in social support and quality of life between

Lin, N., Ye, X., & Ensel, W. M. (1997). *Revisiting social support: Integration of its dimensions.* Duke University: Unpublished transcript.

Livneh, H., Wilson, L. M., Duchesneau, A., & Antonak, R. F. (2001). Psychosocial adaptation to epilepsy: The role of coping strategies. *Epilepsy & Behavior 2,* 533-544.

López-Martínez, A. E., Esteve-Zarazaga, R., & Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain, 9*(4), 373-379.

Losada, M. (1999). The complex dynamics of high performance teams. *Mathematical and Computer Modeling, 30*(9–10), 179–192.

Lucas, R. E. (2007). Adaptation and the set-point model of subjective well-being: Does happiness change after major life events? *Current Directions in Psychological Science, 16,* 75–80.

Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Re-examining adaptation and the setpoint model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology, 84,* 527-539.

Lucas, R. E., & Diener, E. (2009). Personality and subjective well-being. *Social Indicators Research, 37,* 75-102.

Lucas, R. E., Diener, E., & Larsen, R. J. (2003). Measuring positive emotions. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 201-218). Washington: American Psychological Association.

Lucas, R., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 79,* 616-628.

Lucas, R. E., Dyrenforth, P. S., & Diener, E. (2008). Four myths about subjective well-being. *Social and Personality Psychology, 2*(5), 2001-2015.

Lucas, R. E., & Fujita F. (2000). Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 79,* 1039–56.

Luecken, L. J., Tartaro, J., & Appelhans, B. (2004). Strategic coping responses and attentional biases. *Cognitive Therapy and Research, 28*(1), 23–37.

Lunsky, Y., & Benson, B. A. (1999). Social circles of adults with mental retardation as viewed by their caregivers. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 11*(2),115-129.

Luszczynska, A., & Cieslak, R. (2005). Protective, promotive, and buffering effects of perceived social support in managerial stress: The moderating role of personality. *Anxiety, Stress, and Coping,18*(3), 227-244.

Luszczynska, A., Gerstorf, D., Boehmer, S., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2007). Patients coping profiles and partners support provision. *Psychology and Health, 22(7),* 749–764.

Lutch, M. J., Barnow, S., Sonnenfeld, C., Rosenberger, A., Grabe, H. J., Schoeder, W., Volzke, H., Freyberger, H. J., Herrmann, F. H., Kroemer, H., & Rosskopf, D. (2009) Associations between the ocytoxin receptor gene (*OXTR*) and affect, loneliness and intelligence in normal subjects. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 33,* 860-866.

Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psyhological Science, 7*(3), 186-189.

Lysaker, P., Bell, M., Bryson, G. J., & Kaplan, E. (1998). Insight and interpersonal function in schizophrenia. *The Journal of Nervous & Mental Disease, 186*(7), 432-436.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131*, 803-855.

Lyubomirsky, S., Tkach, C., & Dimatteo, R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem? *Social Indicators Research, 78,* 363-404.

MacLeod, A., Anderson, A., & Davies, A. (1994). Self-ratings of positive and negative affect and retrieval of positive and negative affect memories. *Cognition and Emotion, 8,* 483-488.

Manne, S., Duhamel, K., & Redd, W. H. (2000). Association of psychological vulnerability factors to post-traumatic stress symptomatology in mothers of pediatric cancer survivors. *Psycho-Oncology, 9*, 372–384.

Matthews, K. A. (1982). Psychological perspectives on the type A behavior pattern. *Psychological Bulletin, 91*, 293-323.

McBride, C., Farvolden, P., & Swallow, S. R. (2007). Major depressive disorder and cognitive schemas. In L. P. Riso, P. L. Toit, D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 11-40). Washington, DC: American Psychological Association.

McCrae, R. R. (1989). Age differences and changes in the use of coping mechanisms. *Journals of Gerontology, 44,* 161–169.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (1991). The full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology, 17*, 227-232.

McCraty, R., & Rees, R. A. (2009). The central role of the heart in generating and sustaining positive emotions. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.) *Oxford handbook of positive psychology.* Oxford: Oxford University Press.

McCarty, C. A., Stoep, A. V., Kuo, E. S., & McCauley, E. (2006). Depressive symptoms among delinquent youth: Testing models of association with stress and support. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 28*(2), 85-93.

McCullough, G., Heubner, E.S., & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools, 37*, 281-291.

McHorney, C. A. (1999). Health status assessment methods for adults: Past accomplishments and future challenges. *Annual Review on Public Health, 20*, 309-335.

McLoyd, V. C. (1990). The impact of economic hardship on Black families and children: Psychological distress, parenting, and socioemotional development. *Child Development, 61*, 311–346.

McNally, R. J., Riemann, B. C., Louro, B. E., Lukach B. M., & Kim, E. (1992). Cognitive processing of information. *Behaviour Research and Therapy, 30(2),* 143-149.

MeCanee-Katz, E., Price, L. H., Charney, D. S., & Heninger, G. R. (1992). Serotonergic function during lithium augmentation of refractory depression. *Psychopharmacology, 108,* 93-97.

Medley, M. L. (1980). Life satisfaction across four stages of adult life. *International Journal of Aging and Human Development, 11*, 193-209.

Mehrabian, A. (1997). Comparison of the PAD and PANAS as models for describing emotions and for differentiating anxiety from depression. *Journal of Psychology and Behavioral Assessment, 19*(4), 331-357.

Michalak, E. E., Wilkinson, C., Hood, K., Dowrick, C., & Wilkinson, G. (2003). Seasonality, negative life events and social support in a community sample. *British Journal of Psychiatry, 182,* 434-438.

Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review, 63*, 81-97.

Miller, S. I., & Fredericks, M. (1991). Uses of metaphor: A qualitative case study. *Qualitative Studies in Education, 1*(3), 263–272.

Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology, 49,* 377-412.

Ministério da Educação (Lei n.º 85/2009). Acedido a 12 de Fevereiro de 2010, em http://min-edu.pt/np3content/?newsId=4165&fileName=lei_85_2009.pdf.

Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1998). Education, personal control, lifestyle and health. *Research on Aging, 20*(4), 415-449.

Mohino, S., Kirchner, T., & Forns, M. (2004). Coping strategies in young male prisoners. *Journal of Youth and Adolescence, 33*(1), 41-49.

Molnar, D. S., Reker, D. L., Culp, N. A., Sadava, S. W., & Decourville, N. H. (2006). A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality, 40*, 482-500.

Monnier, J., Stone, B. K., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (1998). How antisocial and prosocial coping influence the support process among men and women in the U.S. postal service. *Sex Roles, 39*(1/2), 1-20.

Moos, R. H. (1993). *Coping responses inventory: CRI – adult form Professional manual.* USA: Psychological Assessment Resources, Inc.

Moos, R. H. (2002). The mystery of human context and coping: An unraveling of clues. *American Journal of Community Psychology, 30*(1), 67-88.

Moos, R., & Billings, A. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and process. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theorical and clinical aspects* (pp. 212-230). New York: Free Press.

Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and Contextual Perspectives on Coping: Toward an integrative Framework. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 1387–1403.

Moreira, P., & Melo, A. (2005). *Saúde mental: Do tratamento à prevenção.* Porto: Porto Editora.

Moreira, J. M., Silva, M. F., Moleiro, C., Aguiar, P., Andrez, M., Bernardes, S., & Afonso, H. (2003). Perceived social support as an offshoot of attachment style. *Personality and Individual Differences, 34,* 485–501.

Moskowitz, D. S., & Coté, S. (1995). Do interpersonal traits predict affect? A comparison of three models. *Journal of Personality and Social Psychology, 69,* 915-924.

Moskowitz, J. T., Folkman, S., Collette, L., & Vittinghoff, E. (1996). Coping and mood during AIDS-related caregiving and bereavement. *Annals of Behavioral Medicine, 18,* 49-57.

Murphy, D. A., Moscicki, A. B., Vermund, S. H., & Muenz, L. R. (2000). Psychological distress among HIV 1 adolescents in the REACH study: Effects of life stress, social support, and coping. *Journal of Adolescent Health, 27,* 391-398.

Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2003). The construction of meaning through vital engagement. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 83-104). Washington: American Psychological Association.

Navalhas, J. C. B. (1998). Crise e suporte social, efeitos potenciais do suporte social. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, 3,* 27-46.

Neisser, U. (2009). Cognitive psychology. Grolier Multimedia Encyclopedia. 2009. Disponível em: http://gme.grolier.com.ccny-proxy1.libr.ccny.cuny.edu/cgi-bin/article?assetid=0066790-0. Acedido a 27 de Dezembro, 2009.

Newell, A., & Simon, H. A. (1972). *Human problem solving.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Nickerson, C. (2007). Theory/analysis mismatch: Comment on Fredrickson and Joiner's (2002) test of the broaden-and-build theory of positive emotions. *Journal of Happiness Studies, 8,* 537-561.

Norberg, A. L., Lindblad, F., & Boman, K. K. (2006). Support-seeking, perceived support, and anxiety in mothers and fathers after children's cancer treatment. *Psycho-Oncology, 15,* 335-343.

Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada.* Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Novo, R. F. (2005). We need more than self-reports... Contributo para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do bem-estar. *Psicologia, Educação e Cultura, 9*(2), 477-495.

Nurius, P. S. (2000). Coping. In P. Allen-Meares & C. Garvin (Eds.), *Handbook of social work direct practice* (pp. 349–372). Thousand Oaks, CA: Sage.

Oakley, A., & Rajan, L. (1991). Social class and social support: The same or different? *Sociology, 25*(1), 31-59.

O'Donnell, M. (1986). Definition of health promotion. *American Journal of Health Promotion, 1,* 4-5.

Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Climepsi: Lisboa.

Oishi, S., & Diener, E. (2001). Goals, culture and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27,* 1674-16-82.

Okun, M. A., & George, L. K. (1984). Physician- and self-ratings of health, neuroticism, and subjective well-being among men and women. *Personality and Individual Differences, 5,* 533-539.

Okun, M., Stock, W., Haring, M., & Witter, R. (1984). The social activity/subjective well-being relation: A quantitative synthesis. *Research on Aging, 6,* 45-65.

Oliveira, J. H. (2000). Felicidade: Teorias e factores. *Psicologia, Educação e Cultura, 4,* 281-309.

Olsen, O., Iversen, L., & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine, 32*(7), 767-771.

Olstad, R., Sexton, H., & Søgaard, A. J. (2001). The Finnmark Study. A prospective population study of the social support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 36,* 582–589.

Ong, A. D., & Zautra, A. J. (2009). Modeling positive human health: From covariance structures to dynamic systems. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 97-104). Oxford: Oxford University Press.

Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2005). On becoming a pragmatic research: The importance of combining quantitative and qualitative research methodologies. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(5), 375-387.

Orth-Gomer, K., & Johnson, J. V. (1987). Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Journal of Chronic Disease, 40,* 949–957.

Osborne, L. N., & Rhodes, J. E. (2001). The role of life stress and social support in the adjustment of sexually victimized pregnant and parenting minority adolescents. *American Journal of Community Psychology, 29*(6), 833-849.

Ostir, G. V., Markides, K. S., Black, S. A., & Goodwin, J. S. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of American Geriatrics Society, 48,* 473-478.

Ostir, G. V. Smith, P. M, Smith, D., & Ottenbacher, K. J. (2005). Reliability of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) in medical rehabilitation. *Clinical Rehabilitation, 19,* 767-769.

Oswald, A. (1997). Happiness and economic performance. *Economic Journal, 107,* 1815-1831.

Ott, J. (2001). Did the market depress happiness in the US?. *Journal of Happiness Studies, 2,* 433-443.

Ott, J. (2005). Level and inequality of happiness in nations: Does greater happiness of greater number imply greater inequality in happiness? *Journal of Happiness Studies, 6,* 397-420.

Palinkas, L. A., Johnson, J. C., & Boster, J. S. (2004). Social support and depressed mood in isolated and confined environments. *Acta Astronautica, 54,* 639–647.

Palomore, E. (1979). Predictors of successful aging. *The Gerontologist, 19*, 427-431.

Panagopoulou, E., Montgomery, A. J., Benos, A., & Maes, S. (2006). Are people emotionally predisposed to experience lower quality of life? The impact of negative affectivity on quality of life in patients recovering from cardiac surgery. *Social Indicators Research, 76*, 55-69.

Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. *European Journal of Personality, 6*, 321-344.

Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review in General Psychology, 1,* 115–44.

Park, C. L., Folkman, S., & Bostrom, A. (2001). Appraisals of controllability and coping in caregivers and HIV + men: testing the goodness-of-fit hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 481–88.

Paterniti, S., Niedhammer, I. Lang, T., & Consoli, S. M. (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. *British Journal of Psychiatric, 181*, 111-117.

Patrick, J. H., Cottrell, L. E., & Barnes, K. A. (2001). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles, 45*(1/2), 15-29.

Patrick, C. J., & Lavoro, S. A. (1997). Ratings of emotional to pictorial stimuli: Positive and negative dimensions. *Motivation and Emotion, 21*(4), 297-321.

Pavot, W., Diener, E., & Fujita, F. (1990). Extraversion and happiness. *Personality and Individual Differences, 11,* 1299-1306.

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19,* 2-21.

Pearsall, M. J., Ellis, A. P. J., & Stein, J. H. (2009). Coping with challenge and hindrance stressors in teams: Behavioral, cognitive, and affective outcomes. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 109,* 18–28.

Pelfrene, E., Vlerick, P., Kittel, F., Mak, R. P., Kornitzer, M., & Backer, G. (2002). Psychosocial work environment and psychological well-being: Assessment of the buffering effects in the job demand-control (-support) model in belstress. *Stress and Health, 18*, 43–56.

Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research Therapy, 31,* 539–548.

Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2009). Relational contexts in adjustment to pregnancy of HIV-positive women: relationships, social support and personal adjustment. *AIDS Care, 21*(3), 301-308.

Pervin, L. A., & John, O. P. (2004). Teoria dos traços: O modelo de cinco fatores – aplicações e avaliação de abordagens de traços à personalidade. In L. A. Pervin, & O. P. John (Eds.), *Personalidade: Teoria e Pesquisa* (8th ed., pp. 365-385). Porto Alegre: Artmed.

Peterson, C., & Chang, E. C. (2003). Optimism and flourishing. In C. L. M. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp.55-79). Washington, DC: American Psychological Association.

Phillips, A. C., Gallagher, S., & Carroll, D. (2009). Social support, social intimacy, and cardiovascular reactions to acute psychological stress. *Annual Behavior Medicine, 37*, 38–45.

Pierce, G. R., Sarason, B. R., & Sarason, I. G. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, research, applications* (pp. 434-451). New York: Wiley.

Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies, 2*, 375-405.

Potter, P., Zautra, A., & Reich, J. (2000). Stressful events and information processing dispositions moderate the relationship between positive and negative affect: Implications for pain patients. *Annals of Behavioral Medicine, 32,* 191-198.

Ptacek, J. T., Pierce, G. R., & Thompson, E. L. (2006). Finding evidence of dispositional coping. *Journal of Research in Personality, 40,* 1137–1151.

Pury, C. L. S. (2002). Information-processing predictors of emotional response to stress. *Cognition and Emotion, 16*(5), 667-683.

Pury, C. L. S., & Lopez, S. J. (2009). Courage. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 375-382). Oxford: Oxford University Press.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais* (4ª Ed.). Lisboa: Gradiva.

Raedeke, T. D., & Smith, A. L. (2004). Coping resources and athlete burnout: An examination of stress mediated and moderation hypotheses. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 26,* 525-541.

Rafaeli, E., & Revelle, W. (2006). A premature consensus: Are happiness and sadness truly opposite affects? *Motivation and Emotion, 30*, 1-12.

Rasheed, N., Ahmad, A., Pandey, C. P., Chaturvedi, R. K., Lohani, M., & Gautman, P. (2010). Differential response of central dopaminergic system in acute and chronic unpredictable stress models in rats. *Neurochemical Research, 35*(1), 22-32.

Rayburn, N.R., Wenzel, S.L., Elliott, M.N., Hambarsoomians, K., Marshall, G.N., et al. (2005). Trauma, depression, coping, and mental health service seeking among impoverished women. *Consulting and Clinical Psychology, 73*, 667–77.

Reich, J., Zautra, A., & Potter, P. (2001). Cognitive structure and the independence of positive and negative affect. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*, 99-115.

Reis, H. T., & Gable, S. L. (2003). *Toward a positive psychology of relationships* (pp. 129-159). Washington: American Psychological Association.

Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001). *Saúde mental: Nova concepção, nova esperança.* Genebra: Organização Mundial da Saúde. Acedido a 19 de Outubro de 2009, em http://www.dgs.pt/

Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de Março

Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde.* Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica, 3*(17), 547-558.

Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças, 2*(1), 77-99.

Ribeiro, J. L. P., Santos, C. S., & 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.

Richman, J. M., & Rosenfeld, L. B. (1987). Stress reduction for hospice workers: A support group model. *The Hospice Journal, 3*, 205-221.

Richmond, J. (1979). *Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention.* Washington: U. S. Department of Health, Education, and Welfare.

Ridder, D., & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine, 1*, 71-82.

Riso, L. P., Maddux, R. E., & Santorelli, N. T. (2007). *Early maladaptive schemas in chronic depression.* In L. P. Riso, P. L. Toit, D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 41-58). Washington, DC: American Psychological Association.

Risto, N. (1990). The role of attention in auditory information processing as revealed by event-related potentials and other brain measures of cognitive function. *Behavioral and Brain Sciences, 13(2),* 201-288.

Romero, E., Villar, P., Luengo, M. A., & Gómez-Fraguela, J. A. (2009). Traits, personal strivings and well-being. *Journal of Research in Personality, 43,* 535-546.

Roos, P., & Cohen, L. (1987). Sex roles and social support as moderators of life stress adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 576-585.

Roth, S. & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist, 41*(7), 813-819.

Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychology Review, 110*, 145-172.

Rusting, C. L. & Larsen, R. J. (1998). Personality and cognitive processing of affective information. *Personality and Social Psychology Bulletin, 24(2),* 200-213.

Ryan, L., Sales, R., Tilki, M., & Siara, B. (2008). Social networks, social support and social capital: The experiences of recent Polish migrants in London. *Sociology, 42*, 672-690.

Ryska, T. A., & Yin, Z. (2000). Testing the buffering hypothesis: Perceptions of coach support and pre-competitive anxiety among male and female high school athletes. *Current Psychology, 18*(4), 381-393.

Safran, J. D., & McMain, S. (1992). A Cognitive-interpersonal approach to the treatment of personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 6*(1), 59-68.

Safran J. D., & Muran, J. C. (1998). The therapeutic alliance in brief psychotherapy: General principles. In J. D. Safran, & J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 217-229). Washington: American Psychological Association.

Sakraida, T. J. (2008). Stress and coping of midlife women in divorce transition. *Western Journal of Nursing Research, 30,* 869-887.

Santos, C. S. V. B., Ribeiro, J. P., & 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.

Santos, A. A., Sisto, F. F., & Martins, R. M. (2003). Estilos cognitivos e personalidade: Um estudo exploratório de evidências de validade. *Psico-USF, 8*(1), 11-19.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships, 4,* 497-510.

Scherer, K. R. (1984). On the nature and function of emotion: A component process approach. In K. R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp. 293-317). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schlenker, B. R. & Weigold, M. F. (1992). Interpersonal processes involving impression regulation and management. *Annual Review of Psychology, 43*, 133-168.

Schimmack, U. (2003). Affect measurement in experience sampling research. *Journal of Happiness Studies, 4*, 79-106.

Schmukle, S. C., Egloff, B., & Burns, L. R. (2002). The relationship between positive and negative affect in The Positive and Negative Affect Schedule. *Journal of Research in Personality, 36*, 463-475.

Schmukle, B. E., Schmukle, S. C., Burns, L. R., Kohlmann, C., & Hock, M. (2003). Facets of dynamic positive affect: Differentiating joy, interest, and activation in The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(3), 528-540.

Schneider, L., & Schimmack, U. (2009). Self-informant agreement in well-being ratings: A meta-analysis. *Social Indicators Research, 94*, 363-376.

Schnell, T., & Becker, P. (2006). Personality and meaning in life. *Personality and Individual Differences, 41*, 117-129.

Schonet-Reichl, K. A. (1994). *Adolescents' perception of their supportive relationships, role of the family,friends, and professionals.* Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Associates. New Orleans, LA.

Schroder, K. E. E. (2004). Coping competence as predictor and moderator of depression among chronic disease patients. *Journal of Behavioral Medicine, 27*(2), 123-145.

Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N. E., & Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences, 39*, 807–818.

Schwarzer, R., & Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 201-218). Washington: American Psychological Association.

Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology, 42*(4), 243–252.

Schwarz, N., & Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp.61-83). New York: Russell Sage Foundation.

Seligman, M. P., & Peterson, C. (2003). Positive clinical psychology. In L. G. Aspinwall, & U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 305-317). Washington: American Psychological Association.

Shaver, P., Schwartz, J., Kirson, D., & O'Connor, C. (1987). Emotion knowledge: Further exploration of a prototype approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 1061–1086.

Shoji, K., Harrigan, J. A., Woll, S. B., & Miller, S. A. (2010). Interactions among situations, neuroticism, and appraisals in coping strategy choice. *Personality and Individual Differences, 48,* 270–276.

Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues, 40*, 11-36.

Sieber, S. D. (1973). The integration of fieldwork and survey methods. *American Journal of Sociology,* 73, 1335–1359.

Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Viena, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjectivo: Estudo actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura, 4,* 243-279.

Simonton, D. K. (2009). Creativity. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 261-269). Oxford: Oxford University Press.

Singer, J. E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatning illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, pp. 269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Smith, T. W., & Christensen, A. J. (1996). Positive and negative in rheumatoid arthritis: Increased specificity in the assessment of emotional adjustment. *Annals of Behavioral Medicine, 18*(2), 234-252.

Smith, T. W., & Gerin, W. (1998). The social psychophysiology of cardiovascular response: An introduction to the special issue. *Annals of Behavioral Medicine, 20*, 243–246.

Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2003). The future of positive psychology assessment: Making a difference. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 461-468). Washington: American Psychological Association.

Sohl, S. J., & Moyer, A. (2009). Refining the conceptualization of a future-oriented self-regulatory behavior: Proactive coping. *Personality and Individual Differences, 47*, 139-144.

Solberg, V. S. (1997). Examination of self-efficacy, social support, and stress as predictors of psychological and physical distress among Hispanic college students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 19*(2),182–201.

Solberg Nes L. & Segerstrom, S.C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review, 10*, 235–51.

Sollner, W., Zschocke, I, Zing-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P., & Augustin, M. (1999). Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics, 40*(3), 239-250.

Speechley, K. N., & Noh, S. (1992). Surviving childhood cancer, social support, and parents psychological adjustment. *Journal of Pediatric Psychology, 17*, 15–31.

Spoor, S. T. P., Bekker, M. H. J., Strien, T. V., & Heck, G. L. V. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite, 48,* 368–376.

Spreitzer, E. & Snyder, E. E. (1974). Correlates of life satisfaction among the aged. *Journal of Gerontology, 29*, 454-458.

Stafford, M., Silva, M., Stansfeld, S., & Marmot, M. (2008). Neighbourhood social capital and common mental disorder: Testing the link in a general population sample. *Health & Place, 14,* 394–405.

Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, Ellis AP. 1994. Coping through emotional approach: problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 350–62.

Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology, 58,* 565–92.

Stein, L. (1964). Reciprocal action of reward and punishment mechanisms. In R. G. Heath (Ed.), *The role of pleasure in behaviour.* New York: Harper and Row.

Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia cognitiva.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Stone, A. (1997). Measurement of affective response. In S. Cohen, R. C. Kessler, & L. U. Gordon (Eds.), *Measuring stress: A guide for health and social scientists.* New York: Oxford University Press.

Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2002). An ecological approach to child and family clinical and counseling psychology. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5*(3), 197-215.

Strating, M. M. H., Suurmeijer, T. P. B. M., & Schuur, W. H. V. (2006). Disability, social support, and distress in rheumatoid arthritis: Results from a thirteen-year prospective study. *Arthritis & Rheumatism, 55*(5), 736–744.

Stroebe, M. S., & Schut, H. (2001). Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. In R. A. Neimeyer (Ed), *Meaning Reconstruction, the Experience of Loss* (pp. 55–73). Washington, DC: American Psychologist Association.

Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement? *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(7), 1030-1050.

Strupp, B. J., Weingartner, H., Kaye, H., & Gwirtsman, H. (1986). Cognitive processing in anorexia nervosa: A disturbance in automatic information processing. *Biological Psychology, 15(2),* 89-94.

Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality, 64,* 711-735.

Suzuki, S, Holloway, S. D., Yamamoto, Y., & Mindnich, J. D. (2009). Parenting self-efficacy and social support in Japan and the United States. *Journal of Family Issues, 30*(11), 1505-1526.

Swanson, V., & Power, K. (2001). Employees perception of organizational restructuring: the role of social support. *Work and Stress, 15,* 161-178.

Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist, 38*(11), 1161–1173.

Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology, 3,* 377–401.

Teixeira, J. A. C. (2000). A abordagem psicológica do doente psiquiátrico em centros de saúde. In I. Trindade, & J. A. C. Teixeira (Eds.), *Psicologia nos Cuidados de saúde primários* (pp. 55-66). Lisboa: Climepsi.

Tellegen, A., Watson, D., & Clark, L. A. (1999a). On the dimensional and hierarchical structure of affect. *Psychological Science, 10*(4), 297-303.

Tellegen, A., Watson, D., & Clark, L. A. (1999b). Further support for a hierarchical model of affect: Reply to Green and Salovey. *Psychological Science, 10*(4), 307-309.

Terracciano, A., McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). Factorial and construct validity of the Italian Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment, 19*(2), 131-141.

Terry, D. J. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology, 66,* 895–910.

Theorell T, Blomkvis, V., & Jonsson, H. (1995). Social support and the development of immune function in human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatic Medicine, 57,* 32-36.

Thomas, J. L., Jones, G. N., Scarinci, I. C., & Brantley, P. J. (2007). Social support and the association of type 2 diabetes and depressive and anxiety disorders among low-income adults seen in primary care clinics. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 14,* 351–359.

Tiet, Q. Q., Rosen, C., Cavella, S., Moos, R. H., Finney, J. W., & Yesavage, J. (2006). Coping, symptoms, and functioning outcomes of patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 799–811.

Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, 36*, 53–79.

Thompson, S. C. (2009). The role of personal control in adaptive functioning. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 3271-278). Oxford: Oxford University Press.

Tkach, C., & Lyubomirsky, C. (2005). *How do people pursue happiness?: Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being.* Manuscript submitted for publication.

Tov, W., & Diener, E. (2009). The well-being of nations: Linking together trust, cooperation, and democracy. *Social Indicators Research Series, 37,* 155-173.

Triandis, H. C. (1995). *Individualism and collectivism.* Boulder, CO: Westview.

Triandis, H. C. (2000). Cultural syndromes and subjective well-being. In E. Diener, & E. M. Suh (Eds.), *Cultural and subjective well-being* (pp. 13-36). Cambridge, MA: The MIT Press.

Trumbetta, S. L., Mueser, K. T., Quimby, E., Bebout, R., & Teague, G. B. (1999). Social Networks and Clinical Outcomes of Dually Diagnosed Homeless Persons. *Behavior Therapy, 30*, 407-430.

Tse, W. S., & Bond, A. J. (2003). Consequences of displaying abnormal social behaviour: avoidance and reduction of social reinforcement. *Journal of Affective Disorders, 75,* 49–58.

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L., (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*(2), 320-333.

Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Barrett, L. F. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality, 72*(6), 1161-1190.

Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(4), 377-387.

Ulleberg, P., & Rundmo, T. (1997). Job stress, social support, job satisfaction and absenteeism among offshore oil personnel. *Work & Stress, 11*(3), 215-228.

Unwin, J., & Clarke, C. (2009). A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation, 23,* 1044-1050.

Unwin, J., Kacperek, L., & Clarke, C. (2009). A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation, 23*(11), 1044-1050.

Väänänen, A., Vahtera, J., Pentti, J., & Kivimäki, M. (2005). Sources of social support as determinants of psychiatric morbidity after severe life events: Prospective cohort study of female employees. *Journal of Psychosomatic Research, 58,* 459– 467.

Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 44-50.

Van Praag, B., & Fritjers, P. (1999). The measurement of welfare and well-being: The Leyden approach. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp.413-433). New-York: Russell Sage Foundation.

Västfjäll, D., Gärling, T., & Kleiner, M. (2001). Does it make you happy feeling this way? A core affect account of preference for current mood. *Journal of Happiness Studies, 2,* 337-354.

Veenhoven, R. (1996). The study of life satisfaction. In W. E. Saris, R. Veenhoven, A. C. Scherpenzeel, & B. Bunting (Eds.), *A comparative study of satisfaction with life in Europe* (pp. 11-48). Eötvös: University Press.

Veit, C., & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(5), 730-742.

Vella-Brodrick, D. A., Park, N., & Peterson, C. (2009). Three ways to be happy: Pleasure, engagement and meaning – Findings from Australian and US samples. *Social Indicators Research, 90,* 165-179.

Veroff, J., Douvan, E., & Kulka, R. (1981). *The inner America: A self portrait from 1957 to 1976.* New York: Basic.

Vollrath, M., Alnaes, R., & Torgersen, S. (1996). Differential effects of coping in mental disorders: A prospective study of psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology, 52*, 125–135.

Vukman, K. B. (2005). Developmental differences in metacognition and their connections with cognitive development in adulthood. *Journal of Adult Development, 12*(4), 211-221.

Wadlinger, H. A., & Isaacowitz, D. M. (2006). Positive mood broadens visual attention to positive stimuli. *Motivation and Emotion, 30,* 89-101.

Walker, K. N., MacBridge, A., & Vachon, M. L. S. (1977). Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science & Medicine, 11*, 35-41.

Walker, M. S., Zona, D. M., & Fisher, E. B. (2006). Depressive symptoms after cancer surgery: Their relation to coping style and social support. *Psycho-Oncology 15*, 684-693.

Wallis, C. (2005). The new science of happiness. *Time, Mind & Body, 66,* 38-44.

Ward, T., & Mann, R. (2004). Good lives and the rehabilitation of offenders: A positive approach to sex offender treatment. In P. A. Linley, & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 598-616). Hoboken, NJ: Wiley.

Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 1020-1030.

Watson, D., & Clark, L. A. (1992a). Affects separable and inseparable: On the hierarchical arrangement of the negative affects. *Journal of Personality & Social Psychology, 62*(3), 489-505.

Watson, D., & Clark, L. A. (1992b). On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality, 60,* 441-476.

Watson, D., & Clark, A. (1994). The PANAS-X. Manual for the Positive and Negative Affect Schedule – Expanded Form. Iowa: University of Iowa. Acedido a 15 de Dezembro de 2009, em: http://www.psychology.uiowa.edu/faculty/clark/PANAS-X.pdf

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scale. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 1063-1070.

Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality & Social Psychology, 76*(5), 820-838.

Wehmeyer, M. L., Little, T. D., & Sergeant, J. (2009). Self-determination. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 357-366). Oxford: Oxford University Press.

Well, S. V., & Kolk, A. M. (2008). Social support and cardiovascular responding to laboratory stress: Moderating effects of gender role identification, sex, and type of support. *Psychology and Health, 23*(8), 887–907.

Wethingston, E., & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressfull life events. *Journal of Health and Social Behavior, 27,* 78-89.

White, R., Bebbington, P., Pearson, J., Johnson, S., & Ellis, D. (2000). The social context of insight in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35,* 500-507.

Wijndaele, K., Matton, L., Duvigneaud, N., Lefevre, J., Bourdeaudhuij, I. D., Duquet, W., Thomis, M., & Philippaerts, R. M. (2007). Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: A cluster-analytical approach. *Psychology of Sport and Exercise, 8,* 425–440.

Wilcox, B. L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology,9*(4), 371-386.

Wildes, J. E., Harkness, K. L., & Simons, A. D. (2002). Life events, number of social relationships, and twelve-month naturalistic course of major depression in a community sample of women. *Depress Anxiety, 16,* 104– 13.

Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin, 67,* 294-306.

Winkelman, P., & Berridge, K. C. (2004). Unconscious emotions. *Current Directions in Psychological Science, 13,* 120-123.

Winstanley, S., & Whittington, R. (2002). Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: A cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work & Stress, 16*(4), 302–315.

Wong, J. Y., & Lin, J. H. (2007). The role of job control and job support in adjusting service employee's work-to-leisure conflict. *Tourism Management, 28,* 726–735.

Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Peacock, E. J. (2006). A resource-congruence model of coping and the development of the Coping Schemas Inventory. *Behavioral Science, 2,* 223-283.

World Database of Happiness. Acedido a 29 de Outubro, 2009 em: http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap_nat/nat_fp.php

World Health Organization (1962). Environmental health: Introduction. *Bulletin of the World Health Organization, 26*(4), 437–438.

Wright, M. O., Crawford, E., & Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding and meaning-making. *Journal of Family Violence, 22,* 597–608.

Wright, T. A., Cropanzano, R., & Meyer, D. G. (2004). State and trait correlates of job performance: A tale of two perspectives. *Journal of Business and Psychology, 18*(3), 365-383.

Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research 12*(1), 59–72.

Wu, H. C., Wu, C. K., Liao, J. W., Chang, L. H., & I-Chen, T. (2009). Coping strategies of hospitalized people with psychiatric disabilities in Taiwan. *Psychiatric Quarterly, 81*(1), 23-34.

Yamasaki, K., Uchida K., & Katsuma, R. (2009). An intervention study of the effects of the coping strategy of "finding positive meaning" on positive affect and health. *International Journal of Psychology, 44(4),* 249-256.

Yancura, L. A. & Aldwin, C. M. (2008). Coping and health in older adults. *Current Psychiatry Reports, 10,* 10–15.

Yau, S. S. W., Leung, B. Y. L., & Leung, S. S. M. (2005). Social network characteristics and network satisfaction of people with psychiatric disabilities living in the community. Hong Kong. *Journal of Social Work, 39*(1–2), 65–90.

Yik, M. S., & Russel, J. A. (2003). Chinese affect circumplex: I. Structure of recalled momentary affect. *Asian Journal of Social and Psychology, 6*, 185-200.

Yik, M. S. M., Russell, J. A., & Barrett, L. F. (1999). Structure of self-reported current affect: Integration and beyond. *Journal of Personality & Social Psychology, 77*(3), 600-619.

Yik, M. S, Russel, J. A., & Suzuki, N. (2003). Relating momentary affect to the five factor model of personality: A Japanese case. *Japanese Psychological Research, 45*(2), 80-93.

Ystgaard, M., Tambs, K., & Dalgard, O. S. (1999). Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: A longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*, 12-19.

Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist, 35*(2), 151-175.

Zevon, M. A., & Tellegen, A. (1982). The structure of mood change: An idiographic/nomothetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 43,* 111-122.

Zimmerman, M., Raminez-Valles, J., Zapert, K. M., & Maton, K. I. (2000). A longitudinal study of stress-buffering effects for urban African-American male adolescent problem behaviors and mental health. *Journal of Community Psychology, 28*, 17–33.

Anexos

Anexo A

(Descrição Tabelar das Características Pessoais e Sócio-Demográficas)

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Grupo		Frequência	Percentagem
Grupo Clínico	Évora	32	50,8
	Portalegre	31	49,2
	N	63	100,0
Grupo Não Clínico	Évora	30	48,4
	Portalegre	32	51,6
	N	62	100,0

Tabela 1.1. Distribuição dos Grupos por Área de Residência.

Grupo		Frequência	Percentagem
Grupo Clínico	Feminino	40	63,5
	Masculino	23	36,5
	N	63	100,0
Grupo Não Clínico	Feminino	44	71,0
	Masculino	18	29,0
	N	62	100,0

Tabela 1.2. Distribuição dos Grupos por Género.

Grupo		Frequência	Percentagem	Média	Desvio-Padrão
Grupo Clínico	Jovens Adultos	3	4,8		
	Adultos	34	54,0		
	Adultos de Meia-Idade e de Idade Avançada	26	41,3	43	10,08
	N	63	100,0		
Grupo Não Clínico	Jovens Adultos	12	19,4		
	Adultos	36	58,1		
	Adultos de Meia-Idade e de Idade Avançada	14	22,6	36	10,83
	N	62	100,0		

Tabela 1.3. Distribuição dos Grupos por Grupo Etário.

Grupo		Frequência	Percentagem
Grupo Clínico	Solteiro/a	20	31,7
	Casado/a ou Junto/a	36	57,1
	Viúvo/a	1	1,6
	Divorciado/a	6	9,5
	N	63	100,0
Grupo Não Clínico	Solteiro/a	24	38,7
	Casado/a ou Junto/a	31	50,0
	Viúvo/a	1	1,6
	Divorciado/a	6	9,7
	N	62	100,0

Tabela 1.4. Distribuição dos Grupos por Estado Civil.

		Frequência	Percentagem
Grupo Clínico	Do 1º ao 4º ano	17	27,0
	Do 5º ao 6º ano	9	14,3
	Do 7º ao 9º ano	21	33,3
	Do 10º ao 12º ano	10	15,9
	Ensino Universitário	6	9,5
	N	63	100,0
Grupo Não Clínico	Do 1º ao 4º ano	9	14,5
	Do 5º ao 6º ano	5	8,1
	Do 7º ao 9º ano	9	14,5
	Do 10º ao 12º ano	14	22,6
	Ensino Universitário	25	40,3
	N	62	100,0

Tabela 1.5. Distribuição dos Grupos por Grau de Escolaridade.

Grupo		Frequência	Percentagem
Grupo Clínico	(Não sabe ou não Responde)	10	15,9
	Até 1000 euros	35	55,6
	De 1001 a 2000 euros	17	27,0
	Mais de 2001 euros	1	1,6
	N	53	84,1
Grupo Não Clínico	(Não sabe ou não Responde)	33	53,2
	Até 1000 euros	13	21,0
	De 1001 a 2000 euros	9	14,5
	Mais de 2001 euros	7	11,3
	N	29	46,8

Tabela 1.6. Distribuição dos Grupos por Estatuto Sócio-Económico.

Grupo		Frequência	Percentagem
Grupo Clínico	(Não tem profissão ou não responde)	5	7,9
	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	2	3,2
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	6	9,5
	Pessoal Administrativo, Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	8	12,7
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	7	11,1
	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	6	9,5
	Operários, Artífices, Trabalhadores de Montagem e Similares	6	9,5
	Trabalhadores não Qualificados	10	15,9
	Estudante	3	4,8
	Doméstica	10	15,9
	N	58	92,1
Grupo Não Clínico	(Não tem profissão ou não responde)	3	4,8
	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	2	3,2
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	13	21,0
	Pessoal Administrativo, Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	8	12,9
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	17	27,4
	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	2	3,2
	Operários, Artífices, Trabalhadores de Montagem e Similares	4	6,5
	Trabalhadores não Qualificados	2	3,2
	Estudante	9	14,5
	Doméstica	2	3,2
	N	59	95,2

Tabela 1.7. Distribuição dos Grupos por Qualificação Profissional.

Grupo		Frequência	Percentagem
Grupo Clínico	(Não responde)	2	3,2
	Desempregado/a	11	17,5
	Activo/a	30	47,6
	Aposentado/a	15	23,8
	Baixa	5	7,9
	N	61	96,8
Grupo Não Clínico	(Não responde)	2	3,2
	Desempregado/a	6	9,7
	Activo/a	49	79,0
	Aposentado/a	5	8,1
	Baixa	0	0,0
	N	60	96,8

Tabela 1.8. Distribuição dos Grupos por Situação Profissional Actual.

Anexo B

(Pedido de Recolha de Dados aos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental – Carta Modelo)

Ex.mo Senhor
(...)
Director do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do
Hospital de Psiquiatria e Saúde Mental de (...)

No âmbito do projecto de investigação ao nível da Região do Alentejo e integrado no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora, estamos a recolher uma amostra representativa da população da referida Região. O projecto de investigação tem como principal objectivo o estudo da relação entre a satisfação com o suporte social, os processos cognitivos e o afecto positivo e negativo entre a população adulta (entre os 18 e os 65 anos), clínica e não clínica. Pretende-se estudar a relação entre estas variáveis e o impacto que os processos cognitivos e a satisfação com o suporte social têm no Bem-Estar Subjectivo nos grupos acima citados. Para além disso, a presente investigação visa concorrer para a promoção da Saúde Mental da população da Região do Alentejo, dando o seu contributo no desenvolvimento do campo de estudo do Bem-Estar Subjectivo e, sobretudo, na consideração de implicações práticas para intervenções, nomeadamente junto da sua população clínica.

Neste sentido e com vista à recolha da amostra de sujeitos referentes à população clínica, a recolha de dados realizar-se-á nos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental dos Hospitais de Évora e Portalegre. O contributo do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do H.E.S.E., o qual Va. Exª dirige, traduzir-se-ia na aplicação dessas provas de avaliação a uma média de 40 utentes com algum tipo de perturbação clínica ou desajustamento psicossocial. A mesma aplicação, no seu conjunto de provas, envolve cerca de 35/40 minutos por utente. Para o mesmo efeito, estará também disponível uma estudante do Mestrado de Psicologia, para possíveis dúvidas ou questões a esclarecer nessa aplicação, em datas e tempos acordados por Va. Exª.

Devemos ainda acrescentar a salvaguarda da confidencialidade de toda a informação recolhida. A utilização dessa informação está circunscrita à realização do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade de Évora, da aluna Ema Sofia F. S. Dias Pires e, caso estejam interessados podemos enviar todo e qualquer material a fim de esclarecer possíveis dúvidas. Por fim, todos os resultados

posteriores do presente estudo serão fornecidos ao Vosso Departamento e, caso assim o entendam.

Desde já agradecemos a vossa atenção e estamos certos de que, sem a vossa colaboração, não conseguiríamos concretizar o referido trabalho de investigação.

Por fim, apresentamos os contactos para possíveis esclarecimentos relativos a procedimentos do projecto ou outras, a saber:

E-mail: ema_pires@hotmail.com ou ginalemos@uevora.pt

Sem outro assunto.

Com os melhores cumprimentos e ao vosso dispor,

Évora, 15 de Janeiro de 2009

Ema Sofia Pires e Prof. Doutora Gina Lemos

Anexo C

(Cuidados Éticos e Deontológicos: Consentimento Informado de Participação na Investigação)

Exmo/a Sr./a,

No âmbito do projecto de investigação *"Processos Cognitivos e Afecto Positivo"*, referente à dissertação de Mestrado de Ema Pires, orientada pela Professora Doutora Gina Cláudia Lemos, da Universidade de Évora, **vimos por este meio solicitar a vossa colaboração.**

O projecto de investigação tem como principal objectivo o estudo da relação entre a satisfação com suporte social, os processos cognitivos e o afecto positivo e negativo entre a população adulta (entre os 18 e os 65 anos de idade), clínica e não clínica. Pretende-se estudar a relação entre estas variáveis e o impacto que os processos cognitivos e a satisfação com o suporte social têm no Bem-Estar Subjectivo nos grupos acima citados.

Para tal, vimos por este meio **solicitar o seu consentimento na participação do presente estudo e a sua colaboração no preenchimento dos questionários (que se encontram seguidamente e em Anexo).**

Salvaguarda-se que os procedimentos destas investigações não resultarão em nenhum dano físico ou psicológico aos participantes, que serão assegurados todos os procedimentos éticos na condução do estudo e que os participantes interessados poderão ter acesso aos resultados.

A Investigadora:

Ema Sofia Pires

Pedido de Autorização/ Consentimento Informado

Apresentamos algumas considerações sobre o seu envolvimento neste projecto de investigação:

- Apenas algumas pessoas serão seleccionadas para o presente estudo.
- A realização ou o preenchimento dos questionários tem uma duração média de 30 a 40 minutos.
- Os procedimentos desta pesquisa não resultarão em nenhum dano físico ou psicológico aos participantes, ficando salvaguardados a confidencialidade e o anonimato dos mesmos;
- A sua participação não implicará nenhum custo financeiro.
- Pode não concordar em participar na investigação ou retirar-se dela a qualquer momento.
- Caso esteja interessado em consultar os resultados do estudo, poderá fazê-lo quando este estiver terminado e através da sua solicitação à Universidade de Évora – Departamento de Psicologia ou através da sua solicitação via e-mail (ema_pires@hotmail.com).

Obrigado pela sua Colaboração

A Investigadora

_____

☐ Ao **concordar em participar** na investigação de Mestrado "*Processos Cognitivos e Afecto Positivo*", declaro que tomei conhecimento de todas as informações estando, por isso, ciente dos objectivos da investigação e de meus direitos. Concordo em participar declarando conhecer os termos da mesma e autorizando a publicação de dados, desde que sejam salvaguardadas todas as regras da confidencialidade.

Antes de iniciar a realização das provas assinale com um X no quadrado que se encontra acima para que possamos obter o seu consentimento da sua participação no referido estudo.

Qualquer dúvida que tenha não hesite em pedir esclarecimento.

Obrigada pela sua disponibilidade.

Anexo D

(Ordem de Aplicação de Provas)

Ficha de Dados Pessoais e Sócio-Demográficos

Idade:_____

Género: F☐ M☐

Área de Residência (Distrito): Évora ☐ Portalegre ☐ Outra ☐

Escolaridade:_____

Estado Civil: Solteiro/a☐ Casado/a ou Junto/a ☐ Viúvo/a ☐ Divorciado/a ☐

Rendimento do agregado familiar: _____

Profissão:_____

Situação Profissional Actual:

Desempregado/a ☐ Activo/a ☐ Aposentado/a ☐ Baixa ☐

Continue a preencher os questionários que se seguem ou a sua participação ficará condicionada.

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS; Ribeiro, 1999)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA **A**, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas 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, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Obrigada pela sua colaboração.

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

ABAIXO VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES ACERCA DO MODO COMO SE SENTE NO DIA-A-DIA. RESPONDA A CADA UMA DELAS ASSINALANDO NUM DOS QUADRADOS POR BAIXO A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

1. QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

- ☐ Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita
- ☐ Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo
- ☐ Geralmente satisfeito e feliz
- ☐ Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz
- ☐ Geralmente insatisfeito, infeliz
- ☐ Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo

2. DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

3. COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

4. DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

5. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

6. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

7. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

- ☐ Não, nunca
- ☐ Talvez um pouco
- ☐ Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso
- ☐ Sim, e fiquei um bocado preocupado
- ☐ Sim, e isso preocupa-me
- ☐ Sim, e estou muito preocupado com isso

9. SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

- ☐ Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias
- ☐ Sim, muito deprimido quase todos os dias
- ☐ Sim, deprimido muitas vezes
- ☐ Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido
- ☐ Não, nunca me sinto deprimido

10. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte das vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muito poucas vezes
- ☐ Nunca

11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

12. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

13. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

14. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?

- ☐ Sim, completamente
- ☐ Sim, geralmente
- ☐ Sim, penso que sim
- ☐ Não muito bem
- ☐ Não e ando um pouco perturbado por isso
- ☐ Não, e ando muito perturbado por isso

15. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

16. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

18. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

20. COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

21. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

22. QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

23. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

24. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

25. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

- ☐ Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia
- ☐ Muito incomodado
- ☐ Um pouco incomodado pelos meus nervos
- ☐ Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso
- ☐ Apenas de forma muito ligeira
- ☐ Nada incomodado

26. NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

27. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

28. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Sim, algumas vezes
- ☐ Sim, umas poucas de vezes
- ☐ Sim, uma vez
- ☐ Não, nunca

29. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

30. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

31. DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM-DIPOSTO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

32. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

33. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

- ☐ Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase
- ☐ Sim, muito
- ☐ Sim, um pouco
- ☐ Sim, o suficiente para me incomodar
- ☐ Sim, de forma muito ligeira
- ☐ Não. De maneira nenhuma

34. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

35. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

36. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ Uma boa parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca acordo com a sensação de descansado

37. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

- ☐ Sempre, todos os dias
- ☐ Quase todos os dias
- ☐ Frequentemente
- ☐ Algumas vezes, mas normalmente não
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

38. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

- ☐ Sim, quase a ultrapassar os meus limites
- ☐ Sim, muita pressão
- ☐ Sim, alguma, mais do que o costume
- ☐ Sim, alguma, como de costume
- ☐ Sim, um pouco
- ☐ Não, nenhuma

Obrigado pela sua colaboração.

Código: _____
W6

GERIR PROBLEMAS E SAÚDE

Este questionário contém perguntas acerca de como lida com problemas importantes que surgem na sua vida.

Por favor, responda a cada pergunta com a maior precisão possível. Se não desejar responder a alguma questão, coloque um círculo à volta do número da questão correspondente, para sabermos que a deixou sem resposta intencionalmente. Todas as suas respostas são estritamente confidenciais.

Agradecemos a sua colaboração neste importante estudo.

LIDAR COM UM PROBLEMA OU SITUAÇÃO

Pense no problema ou situação de tensão mais importante que tenha vivenciado **DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES** (por exemplo, problemas com um familiar ou amigo, doença ou morte de um familiar ou amigo, um acidente ou uma doença, problemas financeiros ou de trabalho). Descreva o problema no espaço fornecido em baixo. Se não vivenciou um problema de maior, descreva um problema menor com que tenha tido de lidar.

DESCREVA O PROBLEMA OU SITUAÇÃO:

1-5

Copyright @1993, Rudolf H. Moos, Centro de Avaliação de Cuidados de Saúde, Centro Médico da Universidade de Stanford e Sistema de Cuidados de Saúde de VA Palo Alto, Palo Alto, Califórnia.

SECÇÃO A

Por favor, responda às seguintes questões relativas ao problema que descreveu na página 1.

Coloque um X no quadrado correspondente.

	Definitivamente Sim	Maioritariamente Sim	Maioritariamente Não	Definitivamente Não	
1. Já alguma vez tinha enfrentado um problema como este?.....	☐	☐	☐	☐	6
2. Sabia que este problema iria surgir?.....	☐	☐	☐	☐	
3. Teve tempo suficiente para se preparar para lidar com este problema?.....	☐	☐	☐	☐	
4. Quando este problema surgiu, viu-o como uma ameaça?.....	☐	☐	☐	☐	
5. Quando este problema surgiu, viu- um desafio?.....	☐	☐	☐	☐	10
tenha feito?.....	☐	☐	☐	☐	
7. Este problema foi causado por algo que uma outra pessoa tenha feito?.....	☐	☐	☐	☐	
8. Quando este problema surgiu, pensou que poderia fazer algo para melhorar a situação?.....	☐	☐	☐	☐	
9. Algo de bom aconteceu por ter lidado com este problema?.....	☐	☐	☐	☐	
lema/situação ficou resolvido?.....	☐	☐	☐	☐	
11. Se o problema ficou resolvido, a solução foi benéfica para si?.....	☐	☐	☐	☐	16

SECÇÃO B

Por favor, pense novamente no problema que descreveu na página 1; indique a sua reacção à situação.

	Definitivamente Sim	Sim	Maioritariamente Não	Definitivamente Não	
1. Pensei em várias maneiras de lidar com o problema.....	☐	☐	☐	☐	17
sentir melhor comigo próprio(a).....	☐	☐	☐	☐	
3. Conversei com o meu companheiro(a) ou familiar acerca do problema.....	☐	☐	☐	☐	
4. Tracei um plano de acção e segui-o.....	☐	☐	☐	☐	
5. Tentei esquecer tudo.....	☐	☐	☐	☐	
por isso só teria esperar.....	☐	☐	☐	☐	
7. Tentei ajudar outras pessoas com um problema semelhante.....	☐	☐	☐	☐	
8. Descarreguei noutras pessoas quando me senti zangado(a) ou triste.....	☐	☐	☐	☐	
9. Tentei afastar-me da situação e ser mais objectivo(a).....	☐	☐	☐	☐	25
10. Mentalizei-me de que o que estava a acontecer poderia ser muito pior.....	☐	☐	☐	☐	
11. Conversei com um(a) amigo(a) sobre o problema.....	☐	☐	☐	☐	
12. Sabia o que tinha de ser feito e esforcei-me para que resultasse.....	☐	☐	☐	☐	
13. Tentei não pensar no problema.....	☐	☐	☐	☐	
14. Apercebi-me de que não tinha nenhum controlo sobre o problema.....	☐	☐	☐	☐	

Questões acerca de como lidou com o problema que descreveu na página 1 (Continuação).

	Definitivamente Sim	Maioritariamente	Marioritariamente Não	Definitivamente Não	
15. Envolvi-me em novas actividades.....	☐	☐	☐	☐	
16. Arrisquei	☐	☐	☐	☐	32
17. Pensei acerca do que poderia dizer ou fazer.....	☐	☐	☐	☐	33
18. Tentei ver o lado bom da situação	☐	☐	☐	☐	
19. Falei com um profissional, ex: médico, advogado, padre).....	☐	☐	☐	☐	
20. Decidi o que queria e tentei atingir esse objectivo.....	☐	☐	☐	☐	
21. Fantasiei ou imaginei um momento ou lugar melhor do que aquele que estava a viver.....	☐	☐	☐	☐	
22. Pensei que o resultado seria decidido pelo destino.....	☐	☐	☐	☐	
23. Tentei fazer novos amigos.....	☐	☐	☐	☐	
24. Afastei-	☐	☐	☐	☐	40
25. Tentei prever o resultado das coisas....	☐	☐	☐	☐	
26. Pensei constantemente que estava melhor do que outras pessoas com problemas semelhantes.....	☐	☐	☐	☐	
27. Procurei a ajuda de pessoas com o mesmo tipo de problema.....	☐	☐	☐	☐	
28. Tentei, pelo menos, duas maneiras diferentes de resolver o problema.....	☐	☐	☐	☐	
29.Tentei adiar pensar na situação, embora soubesse que acabaria por ter de o fazer....	☐	☐	☐	☐	
30. Aceitei o problema; nada poderia ser feito para o mudar	☐	☐	☐	☐	

(Continuação).

	Definitivamente Sim	Maioritariamente Sim	Marioritariamente Não	Definitivamente Não	
31. Comecei a ler com mais frequência como fonte de prazer.....	☐	☐	☐	☐	
32. Gritei para desabafar.....	☐	☐	☐	☐	48
33. Tentei perceber a razão por que esta situação me aconteceu.....	☐	☐	☐	☐	49
34. Tentei convencer-me de que as coisas iriam melhorar.....	☐	☐	☐	☐	
35. Tentei saber mais acerca da situação.....	☐	☐	☐	☐	
36. Tentei aprender a fazer mais coisas por mim próprio(a).....	☐	☐	☐	☐	
37. Desejei que o problema desaparecesse ou acabasse de algum modo.....	☐	☐	☐	☐	
38. Esperei o pior resultado possível.....	☐	☐	☐	☐	
39. Comecei a dedicar mais tempo a actividades recreativas.....	☐	☐	☐	☐	55
40. Chorei para libertar as minhas emoções...	☐	☐	☐	☐	
41. Tentei prever as novas exigências que me seriam colocadas.....	☐	☐	☐	☐	
42. Pensei sobre como este acontecimento poderia mudar a minha vida de uma forma positiva.....	☐	☐	☐	☐	
43. Rezei em busca de orientação e/ou força.....	☐	☐	☐	☐	
44. Lidei com a situação um dia de cada vez, etapa por etapa.....	☐	☐	☐	☐	

Questões acerca de como lidou com o problema que descreveu na página 1 (Continuação).

	Definitivamente Sim	Maioritariamente Sim	Maioritariamente Não	Definitivamente Não	
45. Tentei negar a gravidade da situação.....	☐	☐	☐	☐	
46. Perdi a esperança de que as coisas voltariam a ser como eram.....	☐	☐	☐	☐	
47. Tentei manter-me ocupado(a) com o trabalho ou com outras actividades para me ajudar a gerir a situação.....	☐	☐	☐	☐	
48. Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos estava a fazer alguma coisa...	☐	☐	☐	☐	64

71-76

79-80 01

Obrigada pela sua Colaboração.

Escala de Afecto Positivo e Negativo

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, **geralmente, ou seja, em média**:

1. **Nada ou muito ligeiramente**
2. **Pouco**
3. **Moderadamente**
4. **Bastante**
5. **Extremamente**

___ Interessado
___ Perturbado
___ Excitado
___ Atormentado
___ Agradavelmente Surpreendido
___ Culpado
___ Assustado
___ Caloroso
___ Repulsa
___ Entusiasmado

___ Orgulhoso
___ Irritado
___ Encantado
___ Remorsos
___ Inspirado
___ Nervoso
___ Determinado
___ Trémulo
___ Activo
___ Amedrontado

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo I

(Análise de Normalidade das Variáveis Saúde Mental, Afecto Positivo e Afecto Negativo e Homogeneidade de Variâncias das Variáveis Pessoais e Sócio-Demográficas)

	Casos					
	Válidos		Em falta		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
MHI *Distress* Psicológico	112	89,6%	13	10,4%	125	100,0%
MHI Bem-Estar Psicológico	112	89,6%	13	10,4%	125	100,0%
MHI Afecto Positivo	112	89,6%	13	10,4%	125	100,0%
MHI Perda de Controlo Emocional/Comportamental	112	89,6%	13	10,4%	125	100,0%
MHI Total	112	89,6%	13	10,4%	125	100,0%

Tabela 2.1. Número de casos processados na normalidade dos factores do MHI.

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MHI *Distress* Psicológico	,109	112	,00	,959	112	,00
MHI Bem-Estar Psicológico	,080	112	,07	,975	112	,03
MHI Afecto Positivo	,069	112	,20(*)	,986	112	,27
MHI Perda de Controlo Emocional/Comportamental	,123	112	,00	,934	112	,00
MHI Total	,100	112	,00	,970	112	,01

Tabela 2.2. Teste de normalidade dos factores do MHI.

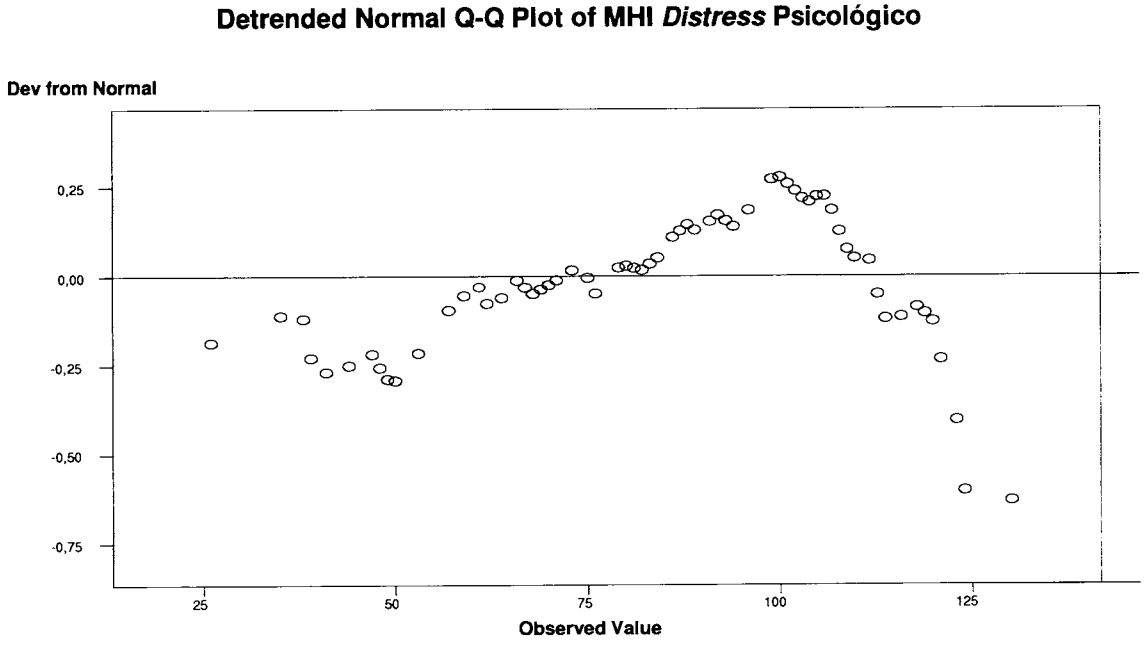


Gráfico 2.1. Distribuição de normalidade do factor *Distress* Psicológico do MHI.

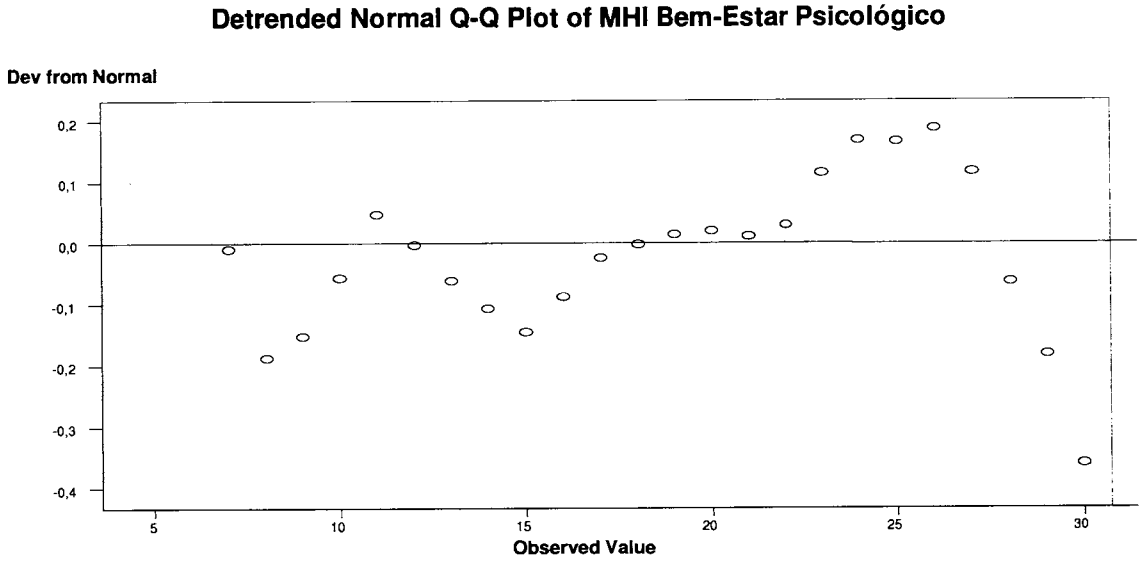


Gráfico 2.2. Distribuição de normalidade do factor Bem-Estar Psicológico do MHI.

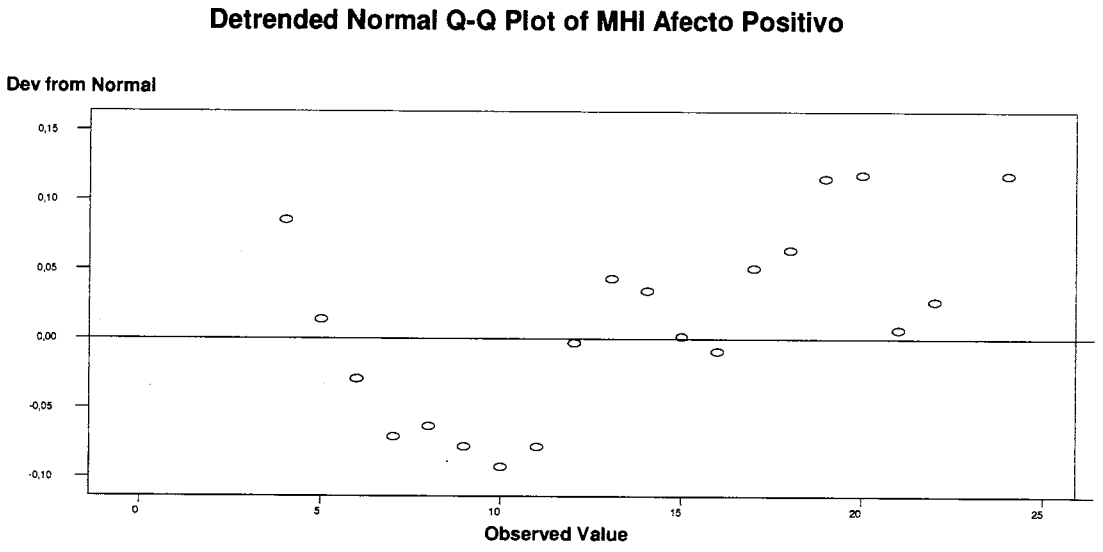


Gráfico 2.3. Distribuição de normalidade do factor Afecto Positivo do MHI.

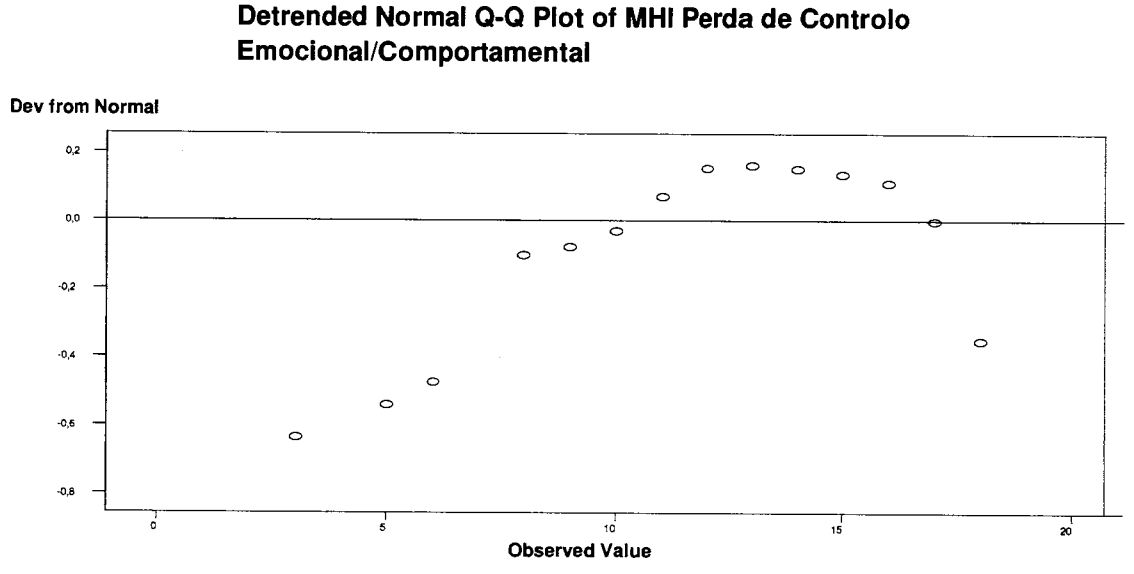


Gráfico 2.4. Distribuição de normalidade do factor Perda de Controlo Emocional/Comportamental do MHI.

	Casos					
	Válidos		Em falta		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
PANAS Afecto Negativo	124	99,2%	1	,8%	125	100,0%
PANAS Actividade	124	99,2%	1	,8%	125	100,0%
PANAS Atenção	124	99,2%	1	,8%	125	100,0%
PANAS Culpa	124	99,2%	1	,8%	125	100,0%

Tabela 2.3. Número de casos processados na normalidade dos factores da PANAS.

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PANAS Afecto Negativo	,133	124	,000	,937	124	,000
PANAS Actividade	,098	124	,006	,980	124	,063
PANAS Atenção	,084	124	,032	,977	124	,033
PANAS Culpa	,202	124	,000	,844	124	,000

Tabela 2.4. Teste de normalidade dos factores da PANAS.

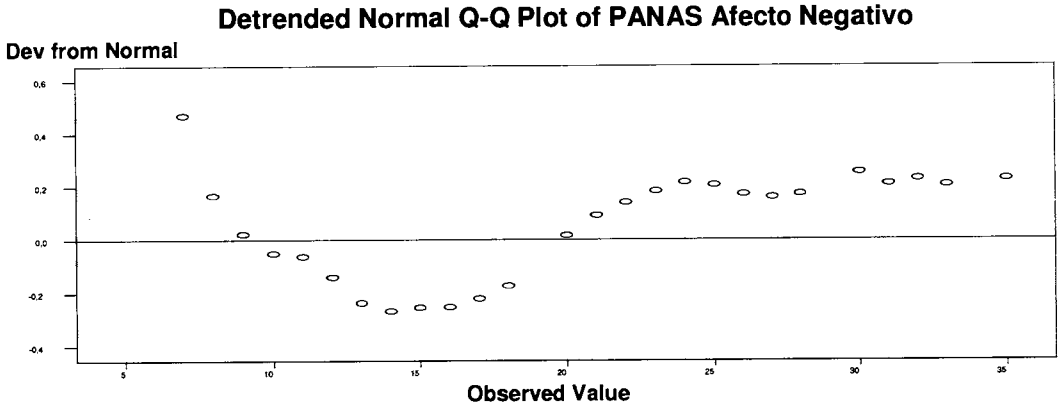


Gráfico 2.5. Distribuição de normalidade do factor "Afecto Negativo" da PANAS.

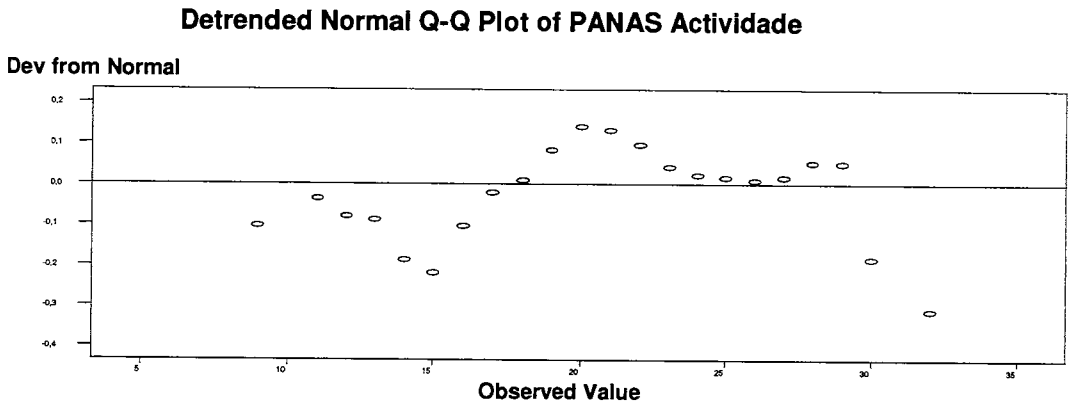


Gráfico 2.6. Distribuição de normalidade do factor "Actividade" da PANAS.

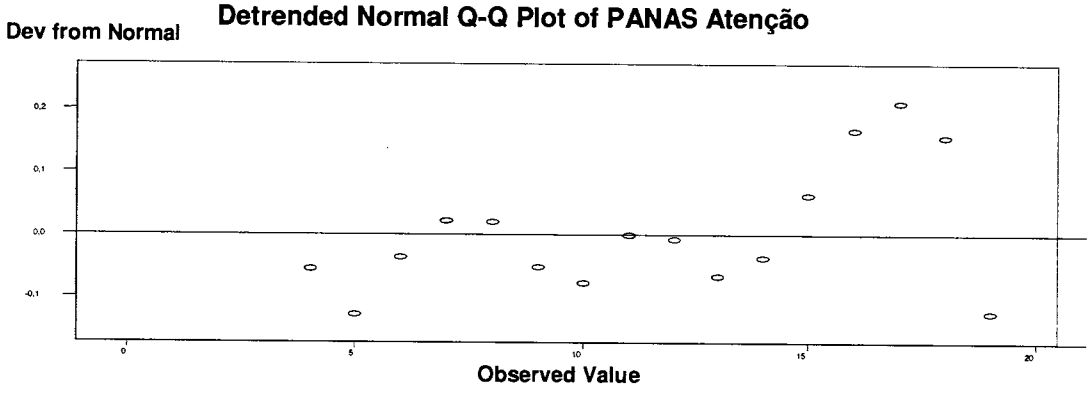


Gráfico 2.7. Distribuição de normalidade do factor "Atenção" da PANAS.

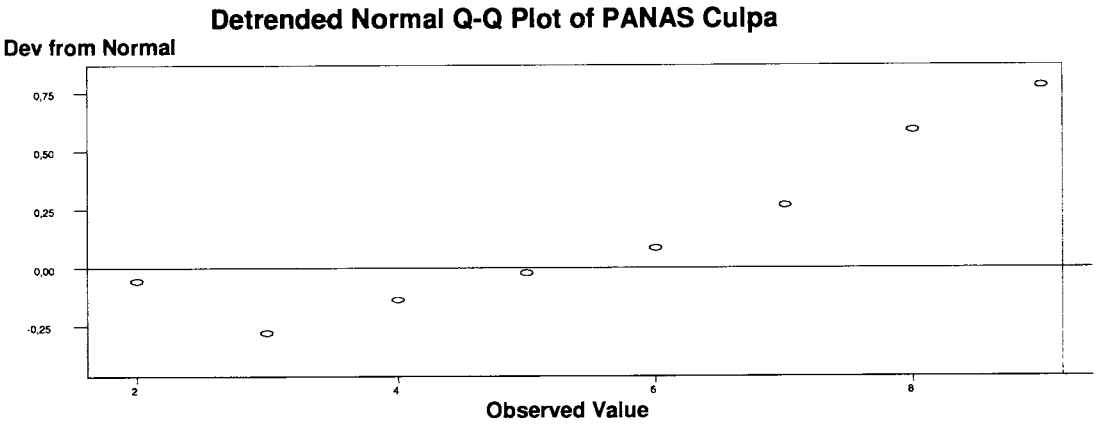


Gráfico 2.8. Distribuição de normalidade do factor "Culpa" da PANAS.

	Grupo	Casos					
		Válidos		Em falta		Total	
		N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
PANAS Afecto Negativo	Grupo Clínico	52	82,5%	11	17,5%	63	100,0%
	Grupo Não Clínico	60	96,8%	2	3,2%	62	100,0%
PANAS Actividade	Grupo Clínico	52	82,5%	11	17,5%	63	100,0%
	Grupo Não Clínico	60	96,8%	2	3,2%	62	100,0%
PANAS Atenção	Grupo Clínico	52	82,5%	11	17,5%	63	100,0%
	Grupo Não Clínico	60	96,8%	2	3,2%	62	100,0%
PANAS Culpa	Grupo Clínico	52	82,5%	11	17,5%	63	100,0%
	Grupo Não Clínico	60	96,8%	2	3,2%	62	100,0%

Tabela 2.5. Número de casos processados na normalidade dos factores da PANAS por grupos.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PANAS Afecto Negativo	Grupo Clínico	,139	52	,014	,950	52	,030
	Grupo Não Clínico	,135	60	,009	,913	60	,000
PANAS Actividade	Grupo Clínico	,108	52	,191	,983	52	,640
	Grupo Não Clínico	,100	60	,200(*)	,973	60	,210
PANAS Atenção	Grupo Clínico	,103	52	,200(*)	,976	52	,370
	Grupo Não Clínico	,083	60	,200(*)	,971	60	,159
PANAS Culpa	Grupo Clínico	,155	52	,003	,899	52	,000
	Grupo Não Clínico	,238	60	,000	,780	60	,000

Tabela 2.6. Teste de normalidade dos factores da PANAS por grupos.

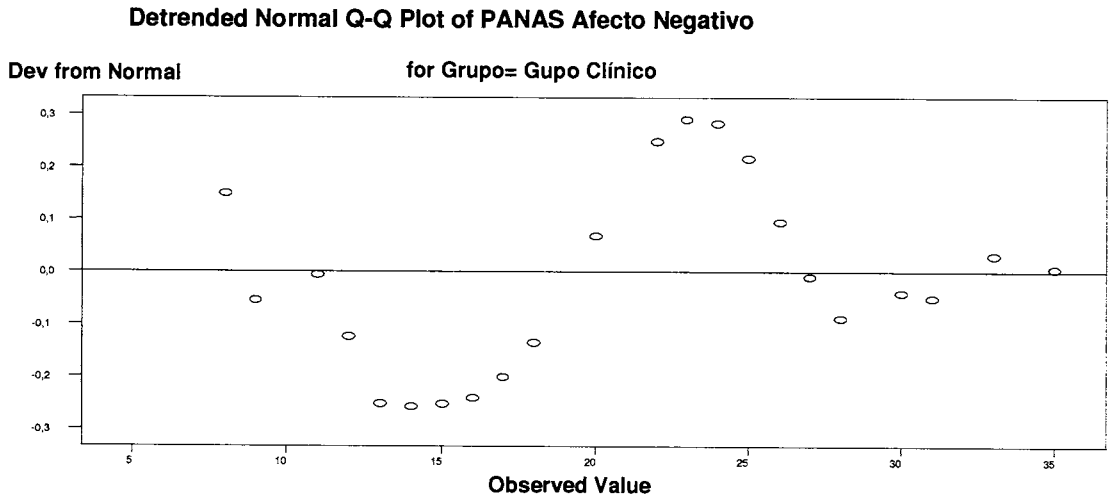


Gráfico 2.9. Distribuição de normalidade do factor "Afecto Negativo" da PANAS no grupo clínico.

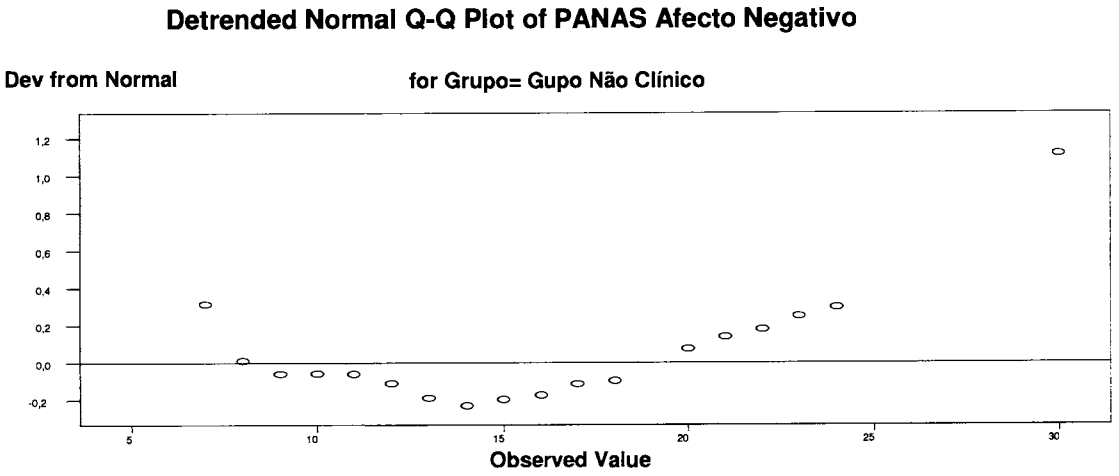


Gráfico 2.10. Distribuição de normalidade do factor "Afecto Negativo" da PANAS no grupo não clínico.

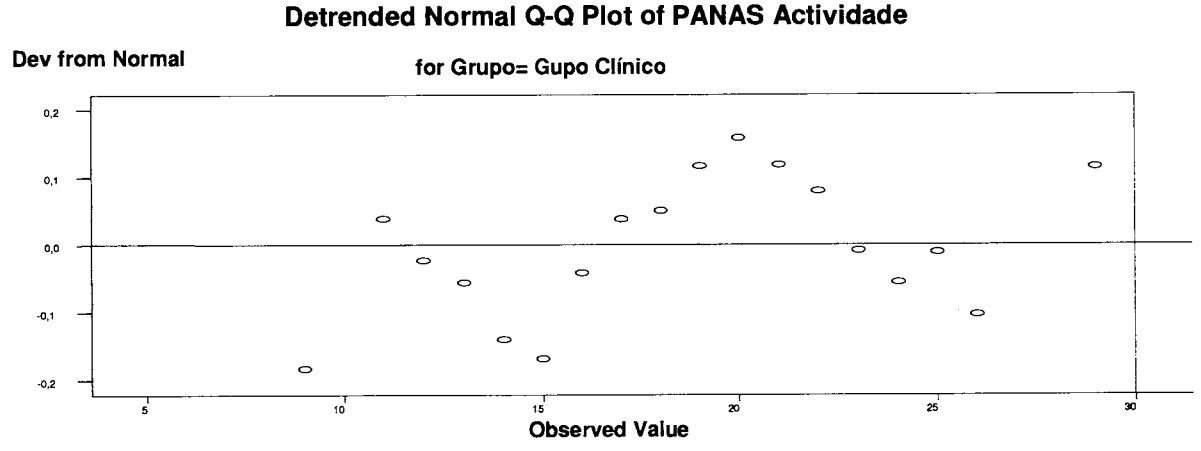


Gráfico 2.11. Distribuição de normalidade do factor "Actividade" da PANAS no grupo clínico.

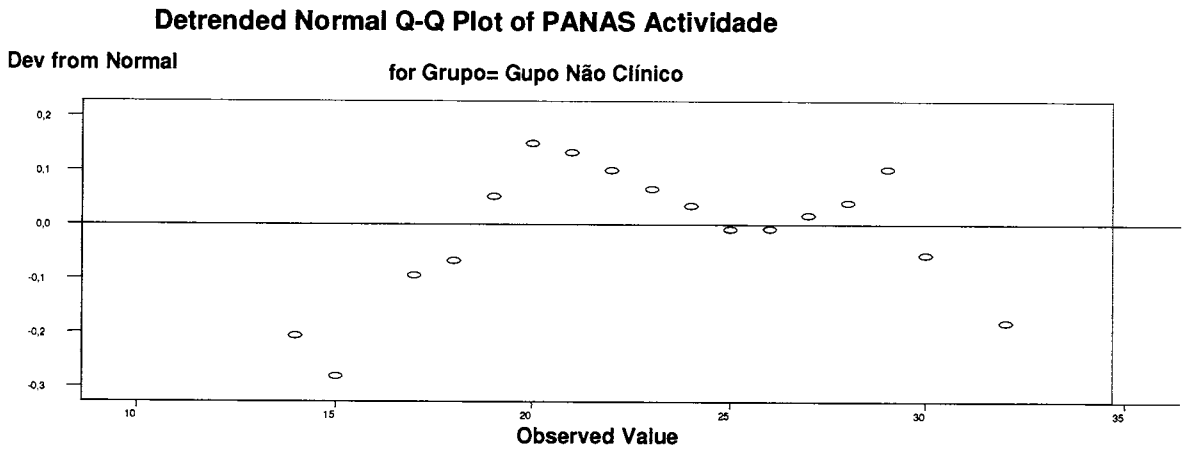


Gráfico 2.12. Distribuição de normalidade do factor "Actividade" da PANAS no grupo não clínico.

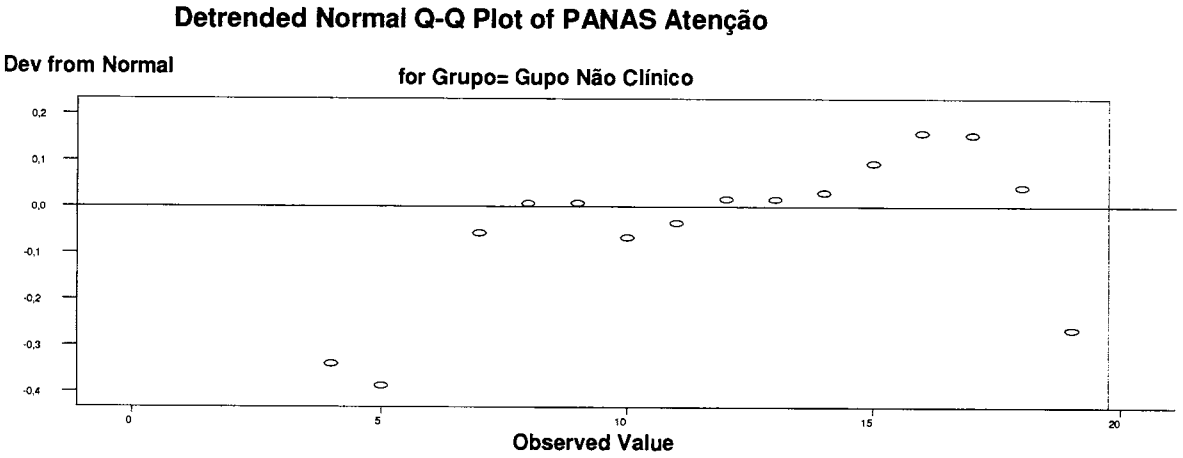


Gráfico 2.13. Distribuição de normalidade do factor "Atenção" da PANAS no grupo clínico.

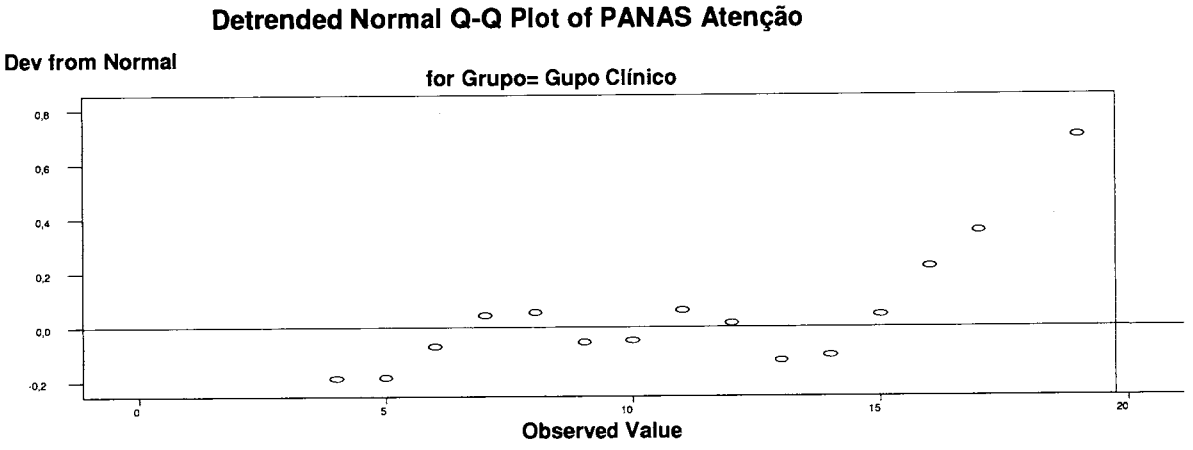


Gráfico 2.14. Distribuição de normalidade do factor "Atenção" da PANAS no grupo não clínico.

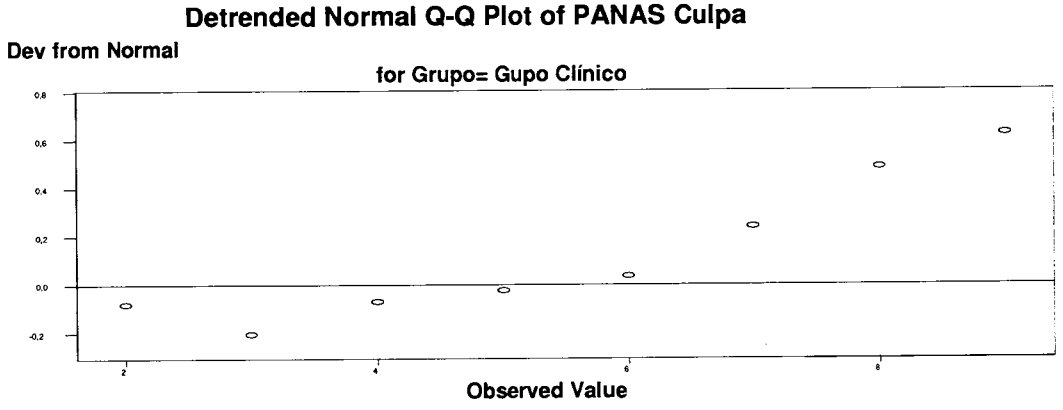


Gráfico 2.15. Distribuição de normalidade do factor "Culpa" da PANAS no grupo clínico.

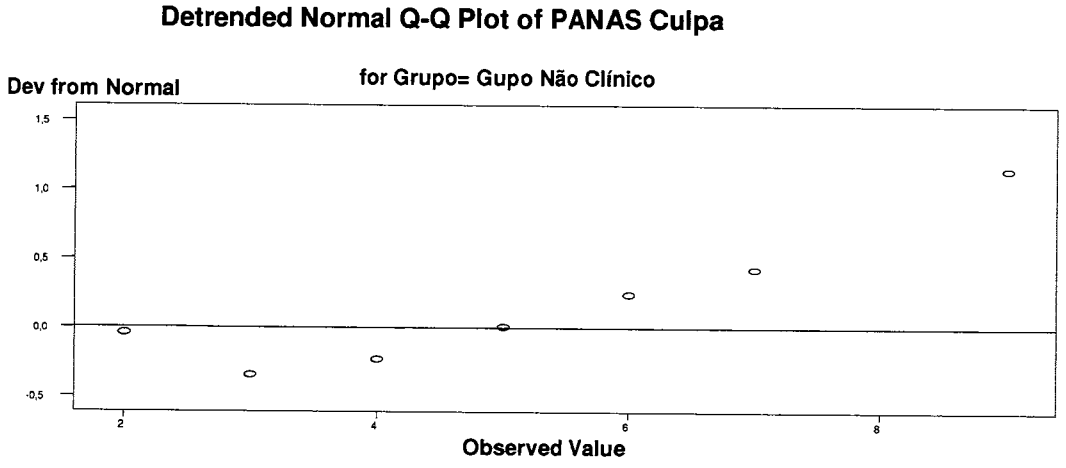


Gráfico 2.16. Distribuição de normalidade do factor "Culpa" da PANAS no grupo não clínico.

	Grupo	Casos					
		Válidos		Em falta		Total	
		N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Género	Grupo Clínico	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%
	Grupo Não Clínico	62	100,0%	0	,0%	62	100,0%

Tabela 2.7. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Género

	Grupo			Estatísticas	Std. Error
Género	Grupo Clínico	Média		1,37	,061
		Intervalo de Confiança para a média a 95%	Lower Bound	1,24	
			Upper Bound	1,49	
		5% Trimmed Mean		1,35	
		Mediana		1,00	
		Variância		,236	
		Desvio-Padrão		,485	
		Mínimo		1	
		Máximo		2	
		Amplitude		1	
		Amplitude Inter-Quartil		1	
		Skewness		,574	,302
		Kurtosis		-1,726	,595
	Grupo Não Clínico	Média		1,29	,058
		Intervalo de Confiança para a média a 95%	Lower Bound	1,17	

	Upper Bound	1,41	
	5% Trimmed Mean	1,27	
	Mediana	1,00	
	Variância	,209	
	Desvio-Padrão	,458	
	Mínimo	1	
	Máximo	2	
	Amplitude	1	
	Amplitude Inter-Quartil	1	
	Skewness	,947	,304
	Kurtosis	-1,141	,599

Tabela 2.8. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Género.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Género	Grupo Clínico	,409	63	,000	,610	63	,000
	Grupo Não Clínico	,447	62	,000	,569	62	,000

Tabela 2.9. Teste de normalidade para a variável Género por grupos.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Género	Based on Mean	3,083	1	123	,082
	Based on Median	,785	1	123	,377
	Based on Median and with adjusted df	,785	1	122,578	,377
	Based on trimmed mean	3,083	1	123	,082

Tabela 2.10. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Género.

	Grupo	Casos					
		Válidos		Em falta		Total	
		N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Grupo Etário	Grupo Clínico	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%
	Grupo Não Clínico	62	100,0%	0	,0%	62	100,0%

Tabela 2.11. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Grupo Etário.

	Grupo			Statistic	Std. Error
Grupo Etário	Grupo Clínico	Média		2,5714	,07407
		Intervalo de Confiança para a média a 95%	Lower Bound	2,4234	
			Upper Bound	2,7195	
		5% Trimmed Mean		2,6323	
		Mediana		3,0000	
		Variância		,346	
		Desvio-Padrão		,58790	
		Mínimo		1,00	
		Máximo		3,00	
		Amplitude		2,00	
		Amplitude Inter-Quartil		1,00	
		Skewness		-1,024	,302
		Kurtosis		,099	,595
	Grupo Não Clínico	Média		2,1613	,09254
		Intervalo de Confiança para a média a 95%	Lower Bound	1,9762	
			Upper Bound	2,3463	
		5% Trimmed Mean		2,1792	
		Mediana		2,0000	
		Variância		,531	
		Desvio-Padrão		,72865	
		Mínimo		1,00	
		Máximo		3,00	
		Amplitude		2,00	
		Amplitude Inter-Quartil		1,00	
		Skewness		-,260	,304
		Kurtosis		-1,053	,599

Tabela 2.12. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Grupo Etário.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Grupo Etário	Grupo Clínico	,386	63	,000	,680	63	,000
	Grupo Não Clínico	,233	62	,000	,801	62	,000

Tabela 2.13. Teste de normalidade para a variável Género por grupos.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Grupo Etário	Based on Mean	1,137	1	123	,288
	Based on Median	1,500	1	123	,223
	Based on Median and with adjusted df	1,500	1	120,041	,223
	Based on trimmed mean	1,828	1	123	,179

Tabela 2.14. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Género.

	Grupo	Casos					
		Válidos		Em Falta		Total	
		N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Área de Residência	Grupo Clínico	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%
	Grupo Não Clínico	62	100,0%	0	,0%	62	100,0%

Tabela 2.15. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Área de Residência.

	Grupo			Statistic	Std. Error
Área de Residência	Grupo Clínico	Média		1,49	,063
		Intervalo de Confiança para a Média a 95%	Lower Bound	1,37	
			Upper Bound	1,62	
		5% Trimmed Mean		1,49	
		Mediana		1,00	
		Variância		,254	
		Desvio-Padrão		,504	
		Mínimo		1	
		Máximo		2	
		Amplitude		1	
		Amplitude Inter-Quartil		1	
		Skewness		,033	,302
		Kurtosis		-2,066	,595
	Grupo Não Clínico	Média		1,52	,064
		Intervalo de Confiança para a Média a 95%	Lower Bound	1,39	
			Upper Bound	1,64	
		5% Trimmed Mean		1,52	
		Mediana		2,00	
		Variância		,254	
		Desvio-Padrão		,504	

	Mínimo	1	
	Máximo	2	
	Amplitude	1	
	Amplitude Inter-Quartil	1	
	Skewness	-,066	,304
	Kurtosis	-2,063	,599

Tabela 2.16. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Área de Residência.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Área de Residência	Grupo Clínico	,344	63	,000	,636	63	,000
	Grupo Não Clínico	,348	62	,000	,636	62	,000

Tabela 2.17. Teste de normalidade para a variável Área de Residência por grupos.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Área de Residência	Based on Mean	,030	1	123	,863
	Based on Median	,008	1	123	,928
	Based on Median and with adjusted df	,008	1	123,000	,928
	Based on trimmed mean	,030	1	123	,863

Tabela 2.18. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Área de Residência.

	Grupo	Casos					
		Válidos		Em Falta		Total	
		N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Grau de Escolaridade	Grupo Clínico	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%
	Grupo Não Clínico	62	100,0%	0	,0%	62	100,0%

Tabela 2.19. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Grau de Escolaridade.

	Grupo			Statistic	Std. Error
Grau de Escolaridade	Grupo Clínico	Média		2,67	,163
		Intervalo de Confiança para a Média 95%	Lower Bound	2,34	
			Upper Bound	2,99	
		5% Trimmed Mean		2,63	

	Mediana		3,00	
	Variância		1,677	
	Desvio-Padrão		1,295	
	Mínimo		1	
	Máximo		5	
	Amplitude		4	
	Amplitude Inter-Quartil		3	
	Skewness		,148	,302
	Kurtosis		-,987	,595
Grupo Não Clínico	Média		3,66	,184
	Intervalo de Confiança para a Média a 95%	Lower Bound	3,29	
		Upper Bound	4,03	
	5% Trimmed Mean		3,73	
	Mediana		4,00	
	Variância		2,097	
	Desvio-Padrão		1,448	
	Mínimo		1	
	Máximo		5	
	Amplitude		4	
	Amplitude Inter-Quartil		2	
	Skewness		-,751	,304
	Kurtosis		-,801	,599

Tabela 2.20. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Grau de Escolaridade.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Grau de Escolaridade	Grupo Clínico	,189	63	,000	,887	63	,000
	Grupo Não Clínico	,226	62	,000	,811	62	,000

Tabela 2.21. Teste de normalidade para a variável Grau de Escolaridade por grupos.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Grau de Escolaridade	Based on Mean	1,244	1	123	,267
	Based on Median	,506	1	123	,478
	Based on Median and with adjusted df	,506	1	121,580	,478
	Based on trimmed mean	,809	1	123	,370

Tabela 2.22. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Grau de Escolaridade.

	Grupo	Casos					
		Válidos		Em Falta		Total	
		N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Estado Civil	Grupo Clínico	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%
	Grupo Não Clínico	62	100,0%	0	,0%	62	100,0%

Tabela 2.23. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Estado Civil.

	Grupo			Statistic	Std. Error
Estado Civil	Grupo Clínico	Média		1,89	,106
		Intervalo de Confiança para a Média a 95%	Lower Bound	1,68	
			Upper Bound	2,10	
		5% Trimmed Mean		1,82	
		Mediana		2,00	
		Variância		,713	
		Desvio-Padrão		,845	
		Mínimo		1	
		Máximo		4	
		Amplitude		3	
		Amplitude Inter-Quartil		1	
		Skewness		1,212	,302
		Kurtosis		1,501	,595
	Grupo Não Clínico	Média		1,77	,114
		Intervalo de Confiança para a Média a 95%	Lower Bound	1,55	
			Upper Bound	2,00	
		5% Trimmed Mean		1,71	
		Mediana		2,00	
		Variância		,801	
		Desvio-Padrão		,895	
		Mínimo		0	
		Máximo		4	
		Amplitude		4	
		Amplitude Inter-Quartil		1	
		Skewness		1,178	,304
		Kurtosis		1,527	,599

Tabela 2.24. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Estado Civil.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Estado Civil	Grupo Clínico	,337	63	,000	,730	63	,000
	Grupo Não Clínico	,304	62	,000	,756	62	,000

Tabela 2.25. Teste de normalidade para a variável Estado Civil por grupos.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Estado Civil	Based on Mean	,707	1	123	,402
	Based on Median	,541	1	123	,464
	Based on Median and with adjusted df	,541	1	122,918	,464
	Based on trimmed mean	,553	1	123	,458

Tabela 2.26. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Estado Civil.

	Grupo	Casos					
		Válidos		Em Falta		Total	
		N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Estatuto sócio-económico	Grupo Clínico	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%
	Grupo Não Clínico	62	100,0%	0	,0%	62	100,0%

Tabela 2.27. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Estatuto Sócio-Económico.

	Grupo			Statistic	Std. Error
Estatuto sócio-económico	Grupo Clínico	Média		1,14	,087
		Intervalo de Confiança para a Média a 95%	Lower Bound	,97	
			Upper Bound	1,32	
		5% Trimmed Mean		1,14	
		Mediana		1,00	
		Variância		,479	
		Desvio-Padrão		,692	
		Mínimo		0	
		Máximo		3	
		Amplitude		3	
		Amplitude Inter-Quartil		1	
		Skewness		,105	,302

		Kurtosis		-,200	,595
	Grupo Não Clínico	Média		,84	,134
		Intervalo de Confiança para a Média a 95%	Lower Bound	,57	
			Upper Bound	1,11	
		5% Trimmed Mean		,77	
		Mediana		,00	
		Variância		1,121	
		Desvio-Padrão		1,059	
		Mínimo		0	
		Máximo		3	
		Amplitude		3	
		Amplitude Inter-Quartil		2	
		Skewness		,933	,304
		Kurtosis		-,485	,599

Tabela 2.28. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Estatuto Sócio-Económico.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Estatuto sócio-económico	Grupo Clínico	,296	63	,000	,822	63	,000
	Grupo Não Clínico	,318	62	,000	,755	62	,000

Tabela 2.29. Teste de normalidade para a variável Estatuto Sócio-Económico por grupos.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Estatuto sócio-económico	Based on Mean	16,797	1	123	,000
	Based on Median	6,396	1	123	,013
	Based on Median and with adjusted df	6,396	1	90,613	,013
	Based on trimmed mean	15,978	1	123	,000

Tabela 2.30. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Estatuto Sócio-Económico

	Grupo	Casos					
		Válidos		Em Falta		Total	
		N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Qualificação Profissional	Grupo Clínico	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%
	Grupo Não Clínico	62	100,0%	0	,0%	62	100,0%

Tabela 2.31. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Qualificação Profissional.

	Grupo			Statistic	Std. Error
Qualificação Profissional	Grupo Clínico	Média		6,05	,452
		Intervalo de Confiança para a Média a 95%	Lower Bound	5,14	
			Upper Bound	6,95	
		5% Trimmed Mean		6,11	
		Mediana		6,00	
		Variância		12,885	
		Desvio-Padrão		3,590	
		Mínimo		0	
		Máximo		11	
		Amplitude		11	
		Amplitude Inter-Quartil		6	
		Skewness		-,120	,302
		Kurtosis		-1,245	,595
	Grupo Não Clínico	Média		4,95	,399
		Intervalo de Confiança para a Média a 95%	Lower Bound	4,15	
			Upper Bound	5,75	
		5% Trimmed Mean		4,91	
		Mediana		5,00	
		Variância		9,883	
		Desvio-Padrão		3,144	
		Mínimo		0	
		Máximo		11	
		Amplitude		11	
		Amplitude Inter-Quartil		5	
		Skewness		,484	,304
		Kurtosis		-,834	,599

Tabela 2.32. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Qualidade Profissional.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Qualificação Profissional	Grupo Clínico	,160	63	,000	,923	63	,001
	Grupo Não Clínico	,187	62	,000	,906	62	,000

Tabela 2.33. Teste de normalidade para a variável Qualificação Profissional por grupos.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Qualificação Profissão	Based on Mean	3,137	1	123	,079
	Based on Median	3,149	1	123	,078
	Based on Median and with adjusted df	3,149	1	122,706	,078
	Based on trimmed mean	3,141	1	123	,079

Tabela 2.34. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Qualificação Profissional.

	Grupo	Casos					
		Válidos		Em Falta		Total	
		N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Situação Profissional Actual	Grupo Clínico	62	98,4%	1	1,6%	63	100,0%
	Grupo Não Clínico	62	100,0%	0	,0%	62	100,0%

Tabela 2.35. Número de casos processados na homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Situação Profissional Actual.

	Grupo			Statistic	Std. Error
Situação Profissional Actual	Grupo Clínico	Média		2,19	,112
		Intervalo de Confiança para a Média a 95%	Lower Bound	1,97	
			Upper Bound	2,42	
		5% Trimmed Mean		2,18	
		Mediana		2,00	
		Variância		,782	
		Desvio-Padrão		,884	
		Mínimo		0	

	Máximo		4	
	Amplitude		4	
	Amplitude Inter-Quartil		1	
	Skewness		,193	,304
	Kurtosis		-,041	,599
Grupo Não Clínico	Média		1,92	,070
	Intervalo de Confiança para a Média a 95%	Lower Bound	1,78	
		Upper Bound	2,06	
	5% Trimmed Mean		1,95	
	Mediana		2,00	
	Variância		,305	
	Desvio-Padrão		,552	
	Mínimo		0	
	Máximo		3	
	Amplitude		3	
	Amplitude Inter-Quartil		0	
	Skewness		-1,255	,304
	Kurtosis		4,291	,599

Tabela 2.36. Estatísticas descritivas da homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Situação Profissional Actual.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Situação Profissional Actual	Grupo Clínico	,264	62	,000	,884	62	,000
	Grupo Não Clínico	,429	62	,000	,627	62	,000

Tabela 2.37. Teste de normalidade para a variável Situação Profissional Actual por grupos.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Situação Profissional Actual	Based on Mean	17,143	1	122	,000
	Based on Median	12,368	1	122	,001
	Based on Median and with adjusted df	12,368	1	113,742	,001
	Based on trimmed mean	17,746	1	122	,000

Tabela 2.38. Teste de homogeneidade de variâncias entre os grupos para a variável Situação Profissional Actual.

Anexo II

(Análise de Validade e Fidelidade dos Instrumentos)

Instrumento	Factores	α de Cronbach	Variância %	KMO	Df	Sig.
ESSS (Escala de Satisfação com o Suporte Social)	Satisfação com os Amigos	.87	22,6			
	Actividades Sociais	.75	17,2			
	Satisfação com a Família	.76	14,5	.785	105	.000
	Intimidade	.73	10,9			
	Escala Total	.85	100,0			
MHI (Inventário de Saúde Mental)	*Distress* Psicológico	.96	31,9			
	Bem-Estar Psicológico	.90	17,0			
	Afecto Positivo	.85	10,5	.939	703	.000
	Perda de Controlo Emocional/Comportamental	.62	5,7			
	Escala Total	.97	100,0			
CRI (Inventário de Respostas de *Coping*)	Análise Lógica	.58	33,4	.667	15	.000
	Reavaliação Positiva	.67	38,4	.731	15	.000
	Procura de Apoio e Suporte	.55	31,3	.641	15	.000
	Resolução de Problemas	.58	45,2	.806	15	.000
	Evitamento Cognitivo	.61	35,0	.673	15	.000
	Aceitação/Resignação	.62	35,2	.656	15	.000
	Procura de Ganhos Alternativos	.64	41,8	.701	10	.000
	Descarga Emocional	.52	30,8	.633	15	.000
	Escala Total	.88	100,0			
PANAS (Escala de Afecto Positivo e Negativo)	Afecto Negativo	.92	25,9			
	Actividade	.84	16,5	.862	190	.000
	Atenção	.72	13,8			
	Culpa	.63	8,4			
	Escala Total	.72	100,0			

Tabela 3.1. Análise Factorial Exploratória por Escala.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,785
Testes de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	730,673
	df	105
	Sig.	,000

Tabela 3.2. Índices de adequação da AFE para a ESSS.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Soma das Cargas de Saturação Rodada		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	5,307	35,382	35,382	3,394	22,629	22,629
2	1,760	11,730	47,113	2,582	17,211	39,841
3	1,435	9,567	56,680	2,179	14,526	54,367
4	1,293	8,623	65,303	1,640	10,936	65,303
5	,882	5,881	71,184			
6	,686	4,576	75,760			
7	,667	4,445	80,205			
8	,564	3,759	83,964			
9	,532	3,546	87,509			
10	,441	2,937	90,447			
11	,404	2,696	93,142			
12	,329	2,193	95,335			
13	,308	2,053	97,388			
14	,234	1,561	98,949			
15	,158	1,051	100,000			

Tabela 3.3. Variabilidade explicada pelas componentes principais da AFE para a ESSS.

	Componentes			
	1	2	3	4
SS12	,818	,127	,194	,233
SS13	,757	,070	,354	,071
SS15	,754	,200	,056	,135
SS14	,747	,260	,182	,161
SS3	,686	,349	,005	,069
SS7	,145	,726	,070	,043
SS6	,290	,712	-,011	,081
SS1	,253	,710	,134	-,008
SS8	-,060	,629	,199	,337
SS2	,444	,561	,001	-,049
SS11	,220	,125	,838	,046

SS9	,003	,205	,791	,125
SS10	,245	-,054	,764	-,084
SS4	,222	,019	-,014	,849
SS5	,163	,144	,065	,813

Tabela 3.4. Matriz rodada de componentes principais da AFE para a ESSS.

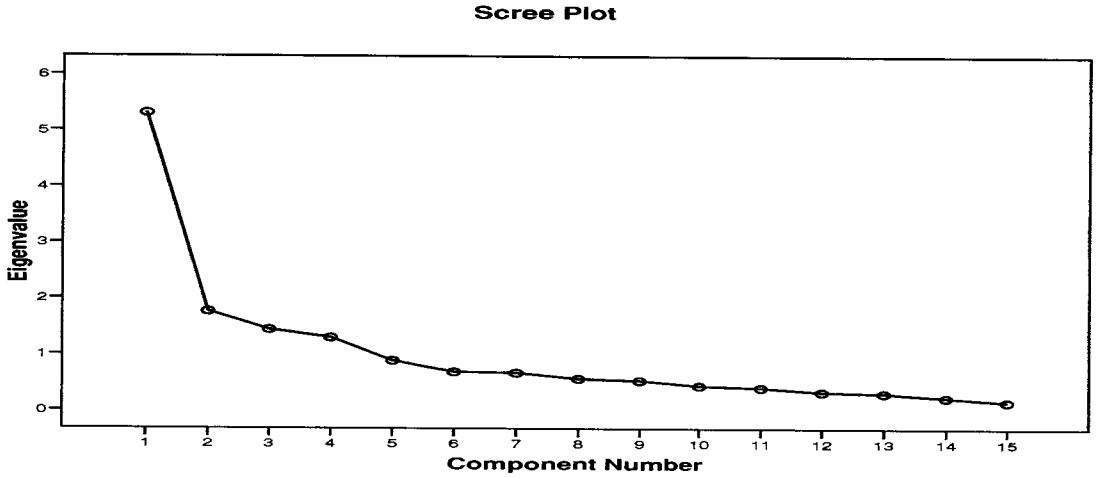


Gráfico 3.1. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE da ESSS.

Alpha de Cronbach	N de Items
,858	15

Tabela 3.5. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Escala Total da ESSS.

Alpha de Cronbach	N de Items
,874	5

Tabela 3.6. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Satisfação com os Amigos" da ESSS.

Alpha de Cronbach	N de Items
,755	5

Tabela 3.7. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Actividades Sociais" da ESSS.

Alpha de Cronbach	N de Items
,764	3

Tabela 3.8. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Satisfação com Família" da ESSS.

Alpha de Cronbach	N de Items
,736	2

Tabela 3.9. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Intimidade" da ESSS.

	Média	Desvio-Padrão	N
SSS Satisfação com os Amigos	18,2797	4,95947	118
SSS Actividades Sociais	15,4746	5,21128	118
SSS Satisfação com a Família	11,6525	3,05611	118
SSS Intimidade	7,7458	2,25391	118

Tabela 3.10. Estatísticas descritivas das correlações inter-item por Sub-Escala da ESSS.

	SSS Satisfação com os Amigos	SSS Actividades Sociais	SSS Satisfação com a Família	SSS Intimidade
SSS Satisfação com os Amigos	1,000	,540	,383	,359
SSS Actividades Sociais		1,000	,266	,265
SSS Satisfação com a Família			1,000	,124
SSS Intimidade				1,000

Tabela 3.11. Matriz de correlações inter-item por Sub-Escala da ESSS.

	Média	Mínimo	Máximo	Amplitude	Máximo / Mínimo	Variância	N de Items
Item Médias	13,288	7,746	18,280	10,534	2,360	21,030	4
Item Variância	16,543	5,080	27,157	22,077	5,346	120,269	4
Correlações Inter-Item	,323	,124	,540	,417	4,374	,018	4

Tabela 3.12. Estatísticas descritivas das correlações inter-item da ESSS.

			SSS Satisfação com os Amigos	SSS Actividades Sociais	SSS Satisfação com a Família	SSS Intimidade
Spearman's rho	SSS Satisfação com os Amigos	Correlation Coefficient	1,000	,523(***)	,385(***)	,389(***)
		Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
		N		120	120	122
	SSS Actividades Sociais	Correlation Coefficient		1,000	,272(**)	,300(***)
		Sig. (2-tailed)			,003	,001
		N			120	123
	SSS Satisfação com a Família	Correlation Coefficient			1,000	,094

	Sig. (2-tailed)	,303
	N	122
SSS Intimidade	Correlation Coefficient	1,000
	Sig. (2-tailed)	
	N	

*** p<.001, ** p<.01

Tabela 3.13. Matriz de correlações entre Sub-Escala da ESSS.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,939
Testes de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	4002,560
	df	703
	Sig.	,000

Tabela 3.14. Índices de adequação da AFE para o MHI.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Soma das Cargas de Saturação Rodada		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	19,825	52,172	52,172	11,170	29,394	29,394
2	2,111	5,554	57,727	5,128	13,495	42,889
3	1,567	4,123	61,849	3,541	9,318	52,207
4	1,328	3,495	65,344	2,880	7,578	59,785
5	1,150	3,026	68,370	2,396	6,305	66,090
6	1,016	2,674	71,044	1,883	4,954	71,044
7	,945	2,488	73,532			
8	,801	2,109	75,640			
9	,760	2,000	77,641			
10	,736	1,938	79,579			
11	,667	1,755	81,333			
12	,606	1,595	82,928			
13	,562	1,480	84,408			
14	,532	1,400	85,808			
15	,487	1,281	87,089			
16	,434	1,142	88,231			
17	,407	1,071	89,302			
18	,381	1,004	90,306			
19	,360	,947	91,253			
20	,329	,865	92,118			
21	,297	,781	92,899			
22	,278	,730	93,629			
23	,265	,699	94,327			
24	,258	,680	95,008			

25	,246	,649	95,656
26	,217	,570	96,226
27	,190	,500	96,727
28	,172	,453	97,180
29	,162	,427	97,607
30	,146	,383	97,990
31	,142	,372	98,362
32	,125	,330	98,692
33	,109	,288	98,980
34	,098	,257	99,237
35	,090	,237	99,474
36	,079	,208	99,682
37	,063	,165	99,847
38	,058	,153	100,000

Tabela 3.15. Variabilidade explicada pelas componentes principais da primeira AFE para o MHI.

	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
ISM29	,798	,258	,160	,195	,094	,146
ISM19	,795	,314	,248	,155	,167	,109
ISM11	,778	,193	,199	,282	,064	,037
ISM36	,759	,282	,168	,152	,220	-,029
ISM33	,738	,163	,269	,222	,149	,164
ISM20	,731	,275	,183	,099	,163	-,168
ISM25	,712	,296	,241	,193	,087	,002
ISM28	,702	,048	,125	-,105	,162	,164
ISM3	,696	,107	,181	,284	,100	,141
ISM27	,683	,451	,195	,224	,198	-,050
ISM32	,681	,399	,126	,268	,227	-,012
ISM13	,675	,319	,078	,286	,174	,148
ISM38	,666	,163	,048	,177	,165	,289
ISM9	,665	,158	,290	,148	,274	,216
ISM15	,638	,332	,109	,337	,065	-,136
ISM30	,622	,366	,127	,226	,235	,071
ISM8	,565	,328	,233	-,106	-,127	,358
ISM17	,542	,410	,199	,500	,145	,119
ISM2	,529	,189	,042	,095	,472	,437
ISM18	,521	,419	,286	,335	,238	,207
ISM31	,472	,452	,403	,292	,247	,137
ISM23	,237	,765	,034	,098	,118	,079
ISM10	,136	,667	,209	,060	,092	,378
ISM34	,382	,662	,326	,228	,196	,149
ISM14	,306	,631	,118	,196	,066	,125

ISM1	,350	,487	,263	,068	,333	,371
ISM24	,446	,476	,267	,037	,317	-,103
ISM4	,144	,120	,871	,108	,078	,010
ISM5	,268	,115	,781	-,032	,194	,247
ISM26	,279	,313	,618	,363	-,021	,170
ISM6	,455	,174	,539	,420	-,051	,010
ISM22	,309	,569	-,006	,611	,055	,015
ISM37	,368	,114	,285	,595	,167	,262
ISM7	,271	,316	,296	,517	,209	,282
ISM21	,169	,208	,083	,084	,763	-,076
ISM16	,368	,427	,336	,037	,537	-,068
ISM35	,471	-,022	,008	,414	,518	,019
ISM12	,032	,202	,155	,182	-,126	,767

Tabela 3.16. Matriz rodada de componentes principais da primeira AFE para o MHI.

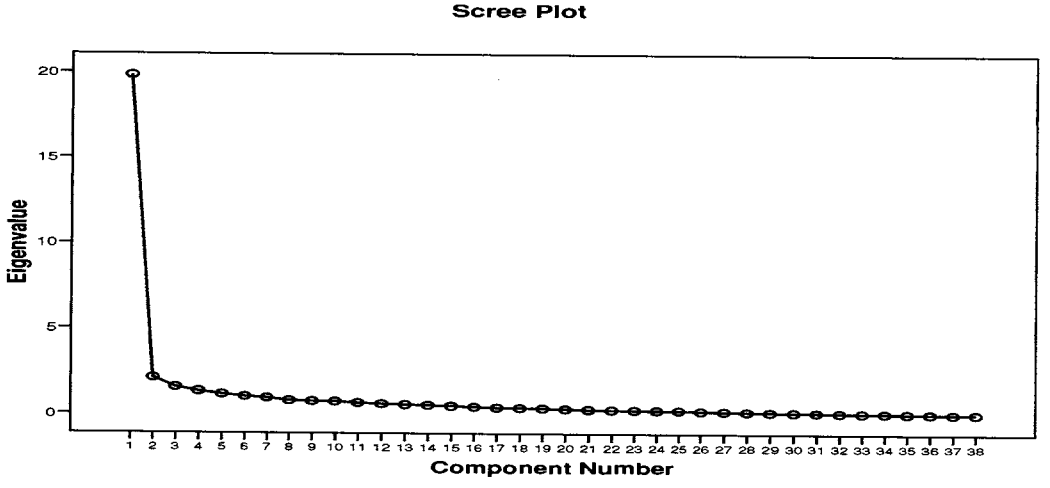


Gráfico 3.2. *Screen Plot* das componentes extraídas pela primeira AFE do MHI.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	19,825	52,172	52,172	11,360	29,894	29,894
2	2,111	5,554	57,727	5,065	13,328	43,222
3	1,567	4,123	61,849	3,784	9,959	53,181
4	1,328	3,495	65,344	3,118	8,205	61,386
5	1,150	3,026	68,370	2,654	6,984	68,370
6	1,016	2,674	71,044			
7	,945	2,488	73,532			
8	,801	2,109	75,640			
9	,760	2,000	77,641			
10	,736	1,938	79,579			
11	,667	1,755	81,333			
12	,606	1,595	82,928			
13	,562	1,480	84,408			
14	,532	1,400	85,808			
15	,487	1,281	87,089			
16	,434	1,142	88,231			
17	,407	1,071	89,302			
18	,381	1,004	90,306			
19	,360	,947	91,253			
20	,329	,865	92,118			
21	,297	,781	92,899			
22	,278	,730	93,629			
23	,265	,699	94,327			
24	,258	,680	95,008			
25	,246	,649	95,656			
26	,217	,570	96,226			
27	,190	,500	96,727			
28	,172	,453	97,180			
29	,162	,427	97,607			
30	,146	,383	97,990			
31	,142	,372	98,362			
32	,125	,330	98,692			
33	,109	,288	98,980			
34	,098	,257	99,237			
35	,090	,237	99,474			
36	,079	,208	99,682			
37	,063	,165	99,847			
38	,058	,153	100,000			

Tabela 3.17. Variabilidade explicada pelas componentes principais da AFE para cinco factores do MHI.

	Componentes				
	1	2	3	4	5
ISM29	,793	,265	,177	,131	,210
ISM11	,785	,285	,236	,074	,072
ISM19	,781	,268	,250	,245	,203
ISM36	,752	,257	,168	,291	,059
ISM33	,750	,198	,294	,135	,190
ISM3	,721	,213	,224	,042	,133
ISM20	,707	,234	,172	,287	-,056
ISM25	,697	,300	,251	,176	,090
ISM13	,691	,370	,109	,176	,197
ISM38	,685	,176	,071	,111	,300
ISM32	,685	,422	,143	,295	,078
ISM28	,682	-,090	,095	,191	,219
ISM9	,681	,127	,298	,250	,244
ISM27	,669	,431	,199	,324	,075
ISM15	,641	,449	,147	,132	-,065
ISM30	,627	,363	,140	,285	,151
ISM17	,578	,577	,264	,134	,151
ISM35	,575	,191	,075	,279	-,090
ISM2	,569	,099	,041	,366	,439
ISM18	,539	,450	,316	,263	,270
ISM31	,476	,441	,418	,325	,229
ISM37	,455	,403	,387	-,026	,162
ISM22	,345	,808	,077	,077	,065
ISM23	,184	,599	,003	,377	,298
ISM34	,355	,566	,319	,378	,316
ISM14	,274	,558	,114	,248	,284
ISM7	,332	,495	,370	,114	,256
ISM4	,125	,071	,863	,184	,067
ISM5	,246	-,053	,749	,272	,309
ISM26	,280	,396	,659	,040	,216
ISM6	,471	,353	,599	-,037	,018
ISM21	,225	,124	,062	,706	-,053
ISM16	,361	,251	,293	,664	,068
ISM24	,413	,317	,227	,507	,063
ISM12	,045	,199	,191	-,206	,742
ISM10	,090	,464	,178	,290	,555
ISM8	,495	,121	,196	,047	,500
ISM1	,339	,304	,237	,421	,489

Tabela 3.18. Matriz rodada de componentes principais da AFE para cinco factores do MHI.

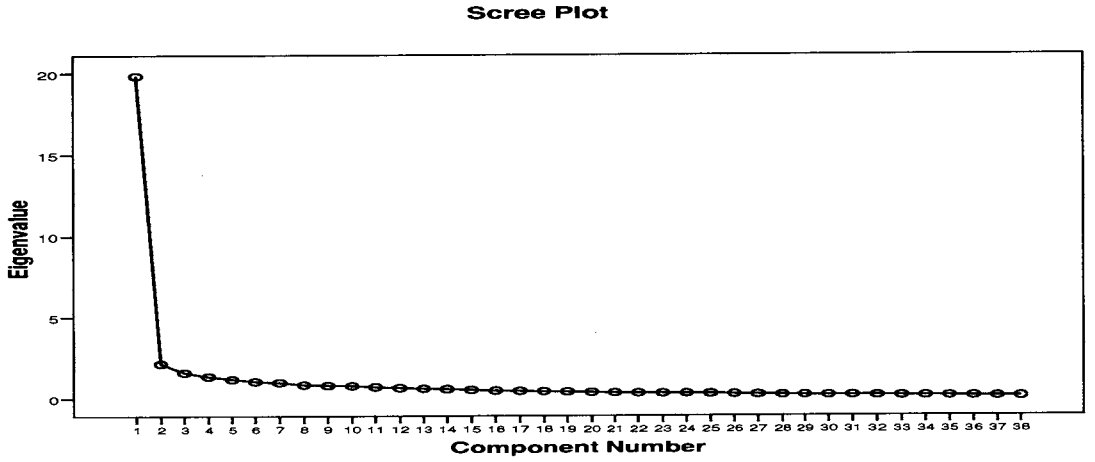


Gráfico 3.3. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE para cinco factores do MHI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,973	38

Tabela 3.19. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Escala Total do MHI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,970	22

Tabela 3.20. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o primeiro factor de uma solução de cinco factores do MHI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,852	5

Tabela 3.21. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o segundo factor de uma solução de cinco factores do MHI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,754	3

Tabela 3.23. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o terceiro factor de uma solução de cinco factores do MHI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,720	4

Tabela 3.24. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o quarto factor de uma solução de cinco factores do MHI.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Soma das Cargas de Saturação Rodada		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	19,825	52,172	52,172	12,150	31,974	31,974
2	2,111	5,554	57,727	6,474	17,037	49,011
3	1,567	4,123	61,849	4,027	10,596	59,607
4	1,328	3,495	65,344	2,180	5,737	65,344
5	1,150	3,026	68,370			
6	1,016	2,674	71,044			
7	,945	2,488	73,532			
8	,801	2,109	75,640			
9	,760	2,000	77,641			
10	,736	1,938	79,579			
11	,667	1,755	81,333			
12	,606	1,595	82,928			
13	,562	1,480	84,408			
14	,532	1,400	85,808			
15	,487	1,281	87,089			
16	,434	1,142	88,231			
17	,407	1,071	89,302			
18	,381	1,004	90,306			
19	,360	,947	91,253			
20	,329	,865	92,118			
21	,297	,781	92,899			
22	,278	,730	93,629			
23	,265	,699	94,327			
24	,258	,680	95,008			
25	,246	,649	95,656			
26	,217	,570	96,226			
27	,190	,500	96,727			
28	,172	,453	97,180			
29	,162	,427	97,607			
30	,146	,383	97,990			
31	,142	,372	98,362			
32	,125	,330	98,692			
33	,109	,288	98,980			
34	,098	,257	99,237			
35	,090	,237	99,474			
36	,079	,208	99,682			
37	,063	,165	99,847			
38	,058	,153	100,000			

Tabela 3.25. Variabilidade explicada pelas componentes principais da AFE para quatro factores do MHI.

	Componentes			
	1	2	3	4
ISM29	,812	,301	,194	,055
ISM11	,807	,229	,214	,074
ISM19	,797	,325	,273	,160
ISM33	,764	,236	,311	,065
ISM36	,763	,254	,172	,267
ISM3	,739	,201	,221	,010
ISM25	,717	,280	,241	,153
ISM13	,716	,398	,116	,104
ISM20	,716	,176	,155	,315
ISM32	,710	,405	,131	,269
ISM38	,698	,281	,118	-,015
ISM27	,695	,416	,186	,296
ISM9	,686	,239	,347	,134
ISM15	,672	,314	,085	,195
ISM28	,668	,041	,169	,077
ISM30	,649	,397	,148	,220
ISM17	,623	,535	,225	,101
ISM35	,579	,133	,059	,316
ISM18	,572	,526	,329	,149
ISM2	,568	,361	,154	,133
ISM8	,509	,337	,279	-,174
ISM37	,493	,367	,352	-,057
ISM10	,127	,729	,253	,023
ISM23	,224	,720	,024	,231
ISM34	,396	,684	,337	,231
ISM22	,410	,683	-,010	,098
ISM14	,315	,641	,121	,126
ISM1	,357	,577	,331	,167
ISM7	,374	,533	,357	,023
ISM31	,507	,514	,427	,222
ISM4	,135	,106	,857	,150
ISM5	,243	,150	,820	,105
ISM26	,320	,410	,632	-,026
ISM6	,506	,240	,533	,003
ISM21	,211	,222	,107	,658
ISM16	,363	,364	,333	,579
ISM12	,078	,499	,287	-,518
ISM24	,425	,377	,244	,449

Tabela 3.26. Matriz rodada de componentes principais da AFE para quatro factores do MHI.

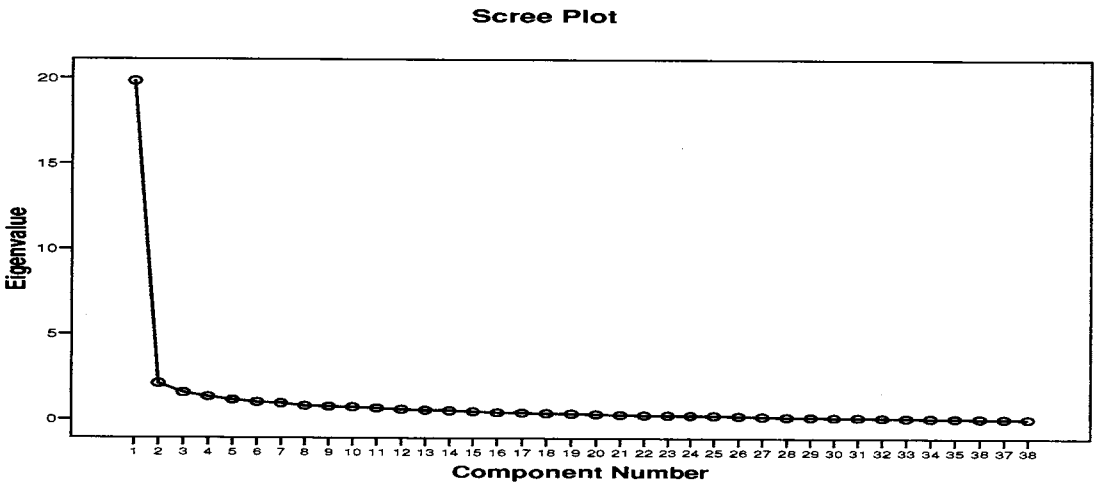


Gráfico 3.4. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE para quatro factores do MHI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,969	22

Tabela 3.27. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "*Distress* Psicológico" de uma solução de quatro factores do MHI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,905	8

Tabela 3.28. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Bem-Estar Psicológico" de uma solução de quatro factores do MHI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,859	4

Tabela 3.29. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Afecto Positivo" de uma solução de quatro factores do MHI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,622	4

Tabela 3.30. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Perda de Controlo Emocional/Comportamental" de uma solução de quatro factores do MHI.

	Média	Desvio-Padrão	N
MHI *Distress* Psicológico	86,5798	25,30274	119
MHI Bem-Estar Psicológico	30,6387	8,98938	119
MHI Afecto Positivo	12,8403	4,44359	119
MHI Perda de Controlo Emocional/Comportamental	17,1681	4,03443	119

Tabela 3.31. Estatísticas descritivas das correlações inter-item por Sub-Escala do MHI.

	MHI *Distress* Psicológico	MHI Bem-Estar Psicológico	MHI Afecto Positivo	MHI Perda de Controlo Emocional/ Comportamental
MHI *Distress* Psicológico	1,000	,794	,647	,726
MHI Bem-Estar Psicológico		1,000	,638	,740
MHI Afecto Positivo			1,000	,599
MHI Perda de Controlo Emocional/Comportamental				1,000

Tabela 3.32. Matriz de correlações inter-item por Sub-Escala do MHI.

	Média	Mínimo	Máximo	Amplitude	Máximo / Mínimo	Variância	N de Items
Média Item	29,445	12,840	85,958	73,118	6,694	1004,648	5
Item Variância	146,401	13,521	645,515	631,994	47,742	77917,808	5
Correlações Inter-Item	,637	,490	,776	,287	1,585	,007	5

Tabela 3.33. Estatísticas descritivas das correlações inter-item do MHI.

			MHI *Distress* Psicológico	MHI Bem-Estar Psicológico	MHI Afecto Positivo	MHI Perda de Controlo Emocional/ Comportamental
Spearman's rho	MHI Distress Psicológico	Correlation Coefficient	1,000	,790(***)	,615(***)	,733(***)
		Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
		N		119	122	122
	MHI Bem-Estar Psicológico	Correlation Coefficient		1,000	,646(***)	,752(***)
		Sig. (2-tailed)			,000	,000
		N			122	122
	MHI Afecto Positivo	Correlation Coefficient			1,000	,603(***)
		Sig. (2-tailed)				,000

	N	125
MHI Perda de Controlo Emocional/Comportamental	Correlation Coefficient	1,000
	Sig. (2-tailed)	
	N	

*** p<.001

Tabela 3.34. Matriz de correlações entre Sub-Escala do MHI.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,671
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	2096,528
	df	990
	Sig.	,000

Tabela 3.35. Índices de adequação da AFE do CRI após eliminação dos itens menos correlacionados.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Soma das Cargas de Saturação Rodada		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	8,772	19,493	19,493	3,419	7,598	7,598
2	3,638	8,084	27,576	3,187	7,082	14,680
3	2,804	6,231	33,808	2,703	6,007	20,688
4	2,298	5,106	38,914	2,620	5,823	26,510
5	1,899	4,220	43,134	2,568	5,707	32,217
6	1,840	4,090	47,224	2,442	5,426	37,644
7	1,612	3,582	50,806	2,300	5,110	42,754
8	1,587	3,527	54,334	2,185	4,856	47,610
9	1,433	3,185	57,519	1,835	4,078	51,687
10	1,338	2,973	60,491	1,805	4,011	55,698
11	1,239	2,754	63,245	1,723	3,829	59,528
12	1,228	2,728	65,974	1,710	3,801	63,328
13	1,112	2,471	68,444	1,706	3,791	67,119
14	1,016	2,257	70,701	1,612	3,582	70,701
15	,998	2,218	72,920			
16	,936	2,081	75,000			
17	,919	2,043	77,043			
18	,852	1,893	78,936			
19	,827	1,838	80,775			
20	,738	1,640	82,415			
21	,678	1,506	83,921			

22	,666	1,479	85,400
23	,580	1,289	86,689
24	,576	1,279	87,968
25	,536	1,192	89,160
26	,503	1,117	90,278
27	,473	1,052	91,329
28	,407	,904	92,234
29	,375	,834	93,068
30	,344	,765	93,833
31	,319	,709	94,541
32	,296	,659	95,200
33	,282	,627	95,827
34	,253	,562	96,389
35	,228	,507	96,896
36	,199	,441	97,338
37	,182	,404	97,742
38	,168	,374	98,115
39	,156	,346	98,461
40	,146	,326	98,787
41	,134	,299	99,086
42	,124	,275	99,361
43	,112	,249	99,610
44	,097	,216	99,826
45	,079	,174	100,000

Tabela 3.36. Variabilidade explicada pelas componentes principais da AFE para o CRI.

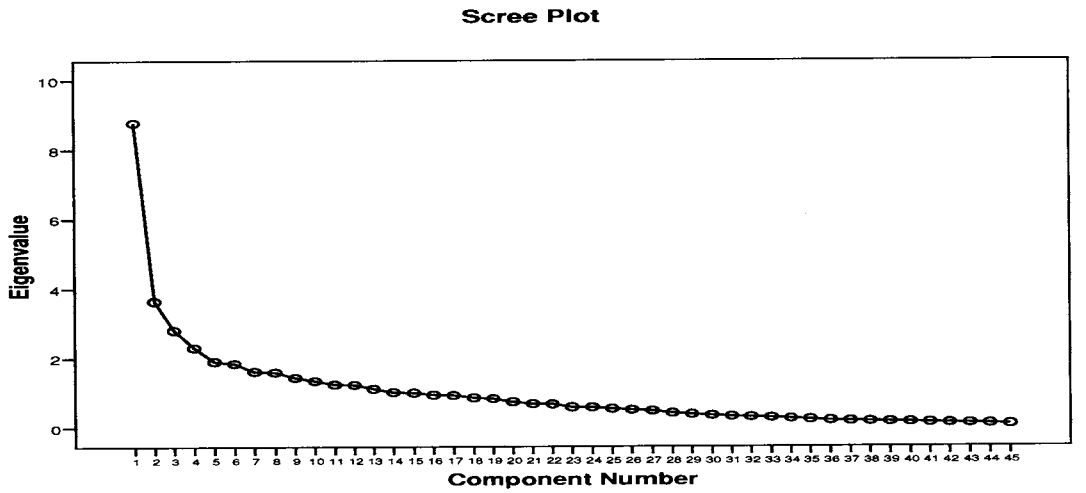
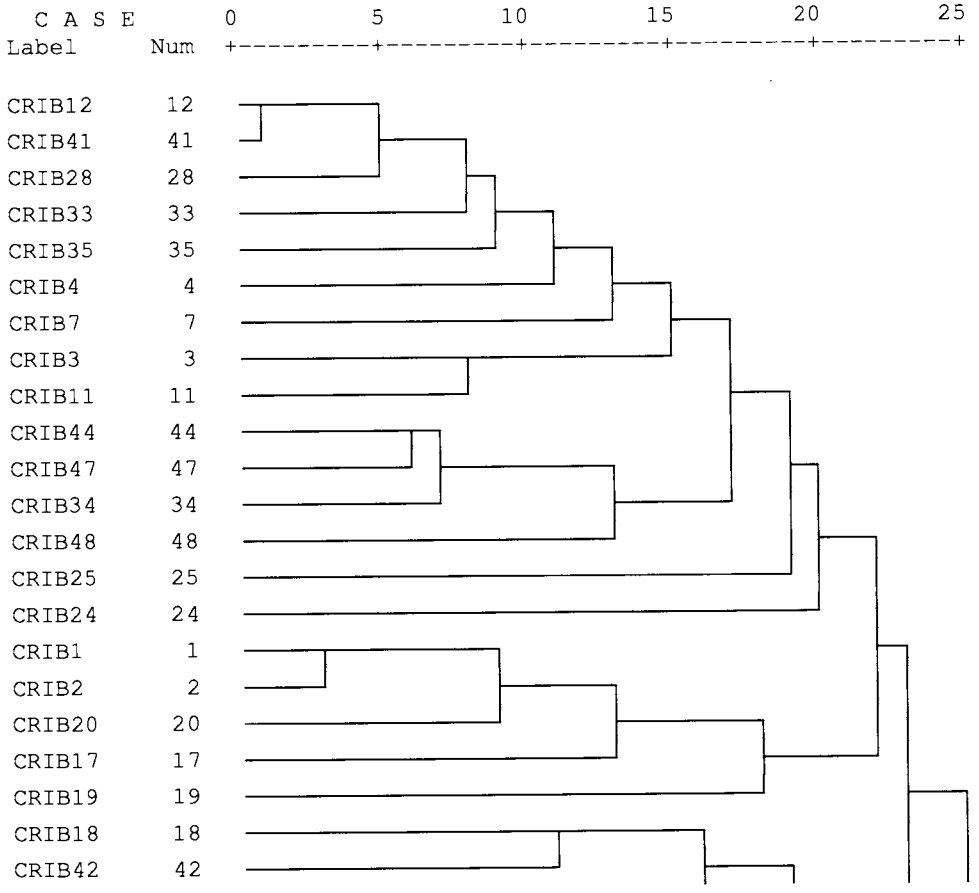


Gráfico 3.5. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE do CRI.

	Componentes													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
CRIB 15	,772													
CRIB 9	,698													
CRIB 26	,608													
CRIB 39	,604										,406			
CRIB 47	,581	,347										,412		
CRIB 28		,674												
CRIB 33		,660				,323								
CRIB 4		,629												
CRIB 12		,470	,429									,324		,321
CRIB 21		,462		,338										
CRIB 41		,431			,400							,400		
CRIB 44		,389			,343							,381		
CRIB 1			,783											
CRIB 2	,362		,757											
CRIB 20			,587											
CRIB 29				,666			,339							
CRIB 27				,623										,330
CRIB 32				,622								,474		
CRIB 38				,536									,338	-,329
CRIB 10				,405	,326									
CRIB 35					,709									
CRIB 42					,626									
CRIB 18					,506					-,356				
CRIB 34	,442				,450		-,354							
CRIB 14						,761								
CRIB 37						,758								
CRIB 46						,457								
CRIB 5					,374		,659							
CRIB 13							,603	,396						
CRIB 8				,406			,572							
CRIB 17			,396				-,571							

CRIB 30				,737								
CRIB 22				,724								
CRIB 6				,519		,356						
CRIB 3					,833							
CRIB 11		,347		,348		,456						,343
CRIB 36					-,452		,382					
CRIB 43						,765						
CRIB 48					,338	,554						
CRIB 31							,751					
CRIB 23							,528					
CRIB 40						,331		,564				
CRIB 25									,854			
CRIB 16		,380							,398			
CRIB 7												,780

Tabela 3.37. Matriz rodada de componentes principais da AFE para o CRI.



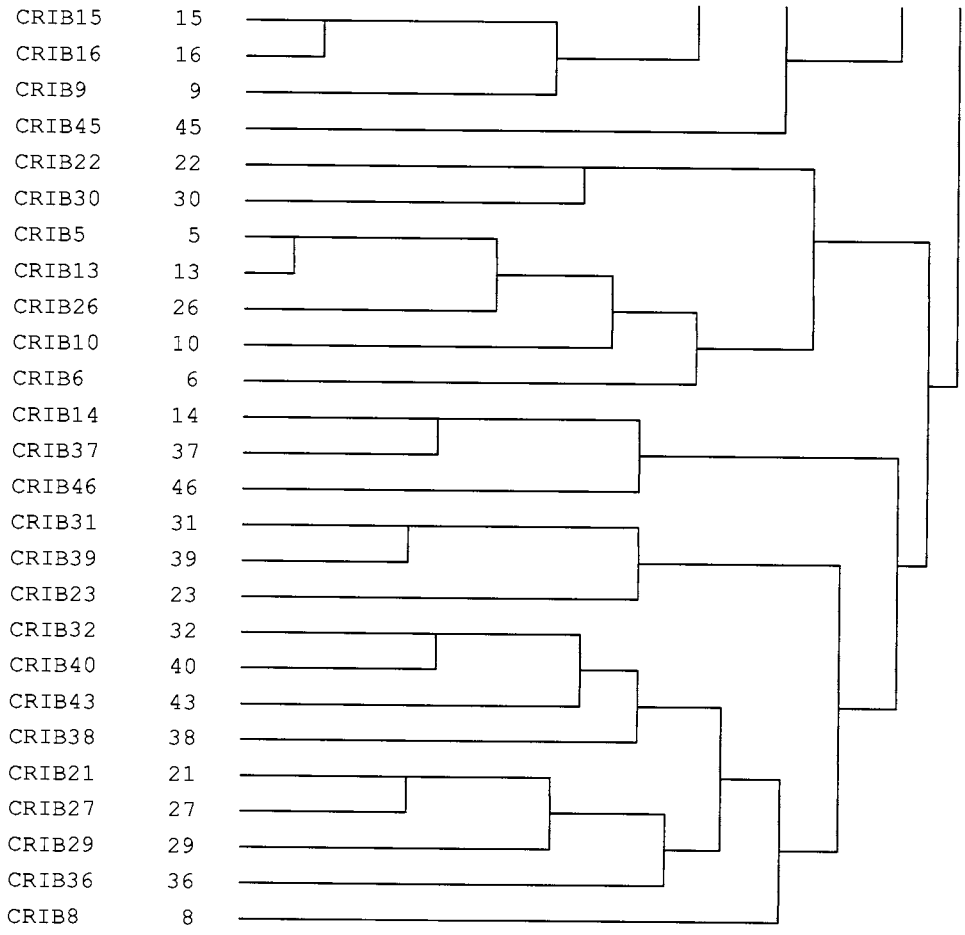


Figura 3.6. Dendograma dos itens do CRI

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,667
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	71,617
	df	15
	Sig.	,000

Tabela 3.38. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Análise Lógica do CRI.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Soma das Cargas de Saturação Rodada		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	2,009	33,484	33,484	2,009	33,484	33,484
2	1,150	19,171	52,654	1,150	19,171	52,654
3	,870	14,505	67,159			
4	,768	12,796	79,955			
5	,702	11,702	91,657			
6	,501	8,343	100,000			

Tabela 3.39. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Análise Lógica do CRI.

	Componentes	
	1	2
CRIB41	,807	,081
CRIB33	,648	-,011
CRIB1	,525	-,454
CRIB9	,445	,610
CRIB17	,513	-,588
CRIB25	,448	,469

Tabela 3.40. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Análise Lógica do CRI.

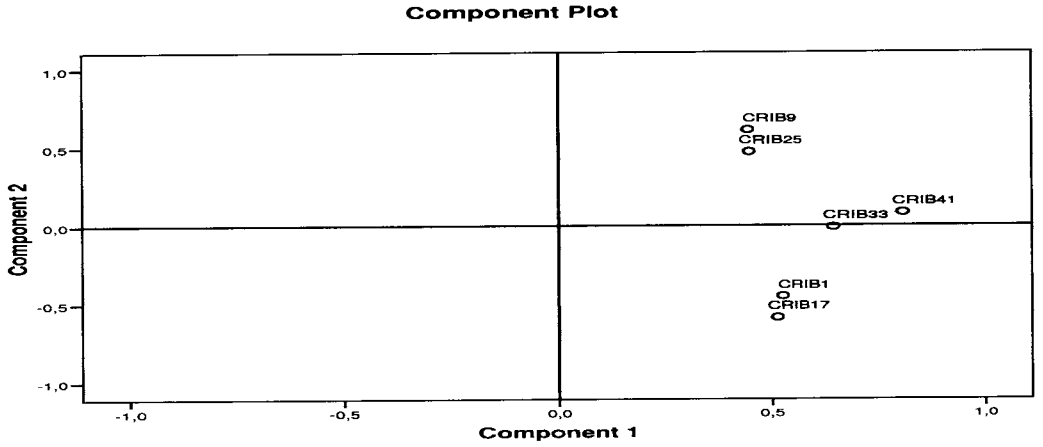


Gráfico 3.6. *Component Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Análise Lógica do CRI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,579	6

Tabela 3.41. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Análise Lógica do CRI.

	CRIB17	CRIB9	CRIB1	CRIB25	CRIB33	CRIB41
CRIB17	1,000	,003	,275	,030	,199	,283
CRIB9		1,000	,039	,190	,160	,295
CRIB1			1,000	,106	,161	,272
CRIB25				1,000	,121	,270
CRIB33					1,000	,424
CRIB41						1,000

Tabela 3.42. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Análise Lógica do CRI.

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,731
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	95,124
	df	15
	Sig.	,000

Tabela 3.43. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Soma das Cargas de Saturação Rodada		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	2,304	38,402	38,402	2,304	38,402	38,402
2	,992	16,536	54,938			
3	,865	14,422	69,360			
4	,726	12,094	81,454			
5	,571	9,524	90,978			
6	,541	9,022	100,000			

Tabela 3.44. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI.

	Componentes
	1
CRIB2	,683
CRIB42	,676
CRIB26	,640
CRIB34	,605
CRIB18	,591
CRIB10	,506

Tabela 3.45. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI.

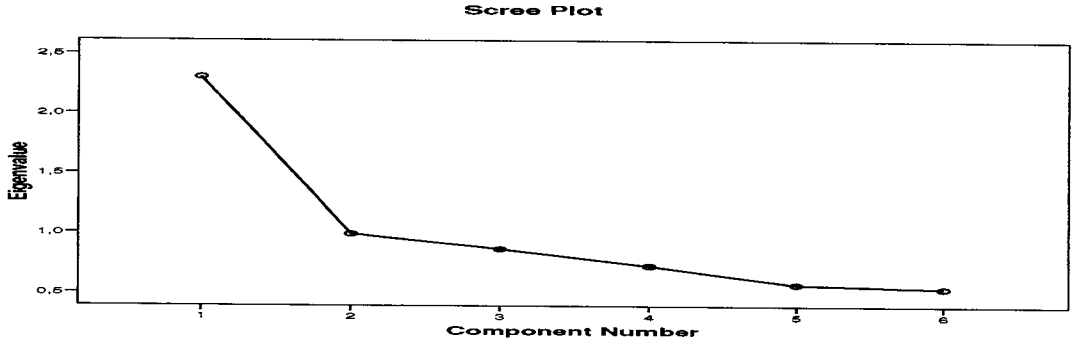


Gráfico 3.7. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,675	6

Tabela 3.46. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI.

	CRIB2	CRIB10	CRIB18	CRIB26	CRIB34	CRIB42
CRIB2	1,000	,143	,252	,412	,300	,331
CRIB10		1,000	,261	,229	,210	,200
CRIB18			1,000	,151	,165	,401
CRIB26				1,000	,308	,240
CRIB34					1,000	,270
CRIB42						1,000

Tabela 3.47. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,641
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	58,119
	df	15
	Sig.	,000

Tabela 3.48. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Soma das Cargas de Saturação Rodada		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	1,881	31,351	31,351	1,881	31,351	31,351
2	1,204	20,070	51,421	1,204	20,070	51,421
3	,852	14,200	65,621			
4	,764	12,738	78,360			
5	,742	12,370	90,730			
6	,556	9,270	100,000			

Tabela 3.49. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI.

	Componentes	
	1	2
CRIB11	,663	-,455
CRIB35	,601	,226
CRIB27	,553	,035
CRIB43	,488	,487
CRIB3	,534	-,661
CRIB19	,502	,521

Tabela 3.50. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI.

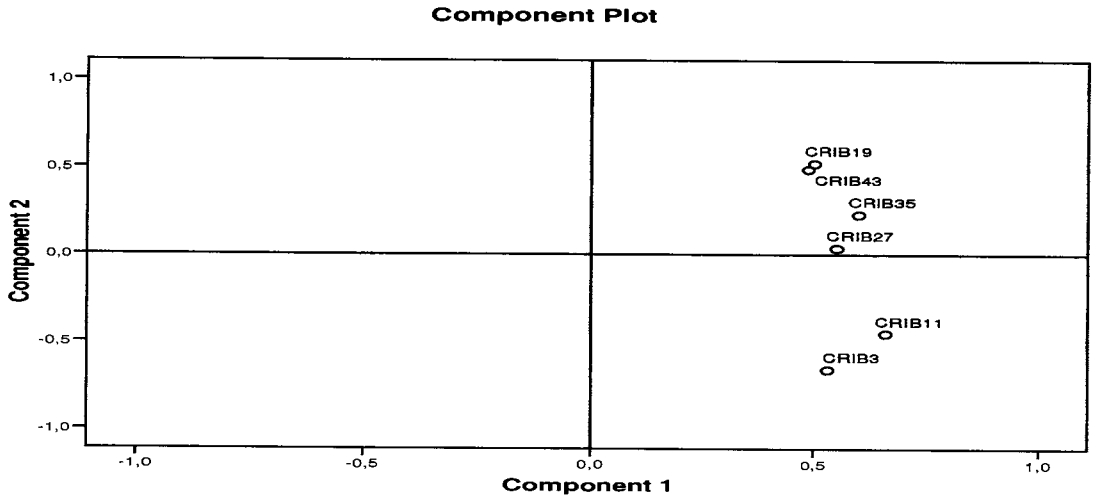


Gráfico 3.8. *Component Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,548	6

Tabela 3.51. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI.

	CRIB3	CRIB11	CRIB19	CRIB27	CRIB35	CRIB43
CRIB3	1,000	,424	,020	,164	,125	,028
CRIB11		1,000	,129	,185	,203	,140
CRIB19			1,000	,167	,220	,251
CRIB27				1,000	,214	,132
CRIB35					1,000	,204
CRIB43						1,000

Tabela 3.52. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,806
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	145,157
	df	15
	Sig.	,000

Tabela 3.53. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Soma das Cargas de Saturação Rodada		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	2,717	45,276	45,276	2,717	45,276	45,276
2	,913	15,211	60,487			
3	,750	12,502	72,989			
4	,673	11,220	84,209			
5	,528	8,800	93,009			
6	,419	6,991	100,000			

Tabela 3.54. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI.

	Componentes
	1
CRIB12	,794
CRIB28	,764
CRIB4	,698
CRIB20	,665
CRIB44	,633
CRIB36	,414

Tabela 3.55. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI.

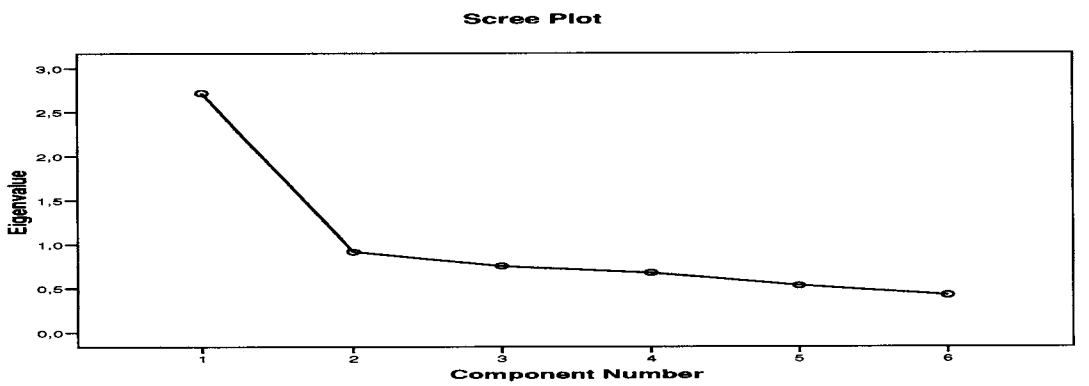


Gráfico 3.9. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,580	6

Tabela 3.56. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI.

	CRIB4	CRIB12	CRIB20	CRIB28	CRIB36	CRIB44
CRIB4	1,000	,455	,279	,442	,202	,366
CRIB12		1,000	,513	,528	,198	,344
CRIB20			1,000	,385	,142	,295
CRIB28				1,000	,243	,359
CRIB36					1,000	,211
CRIB44						1,000

Tabela 3.57. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,673
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	82,803
	df	15
	Sig.	,000

Tabela 3.58. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Soma das Cargas de Saturação Rodada		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	2,104	35,075	35,075	2,104	35,075	35,075
2	1,088	18,132	53,206	1,088	18,132	53,206
3	,931	15,520	68,726			
4	,784	13,067	81,793			
5	,603	10,051	91,844			
6	,489	8,156	100,000			

Tabela 3.59. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI.

	Componentes	
	1	2
CRIB13	,759	-,225
CRIB5	,714	-,322
CRIB29	,625	,036
CRIB45	,490	-,341
CRIB37	,337	,662
CRIB21	,524	,614

Tabela 3.60. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI.

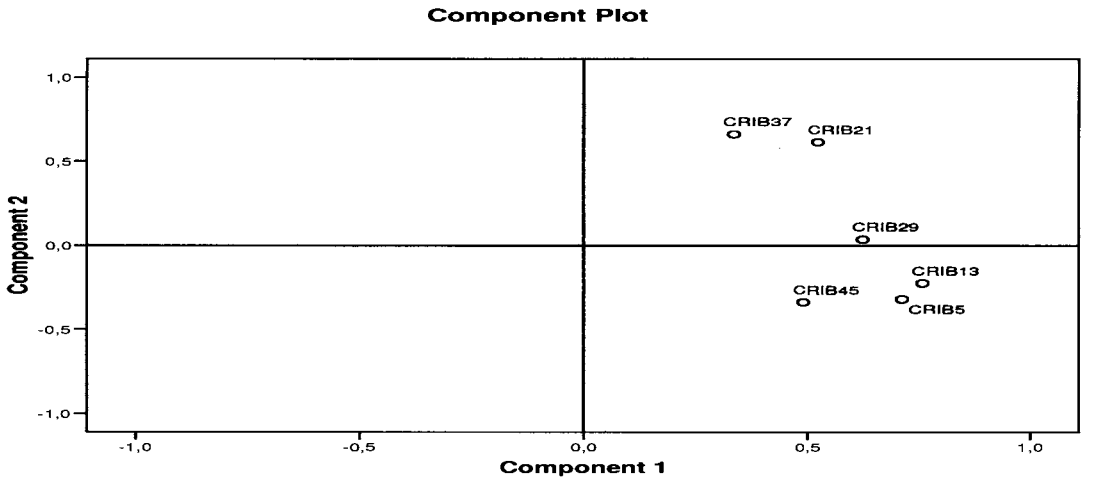


Gráfico 3.10. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,616	6

Tabela 3.61. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI.

	CRIB5	CRIB13	CRIB21	CRIB29	CRIB37	CRIB45
CRIB5	1,000	,504	,152	,283	,095	,239
CRIB13		1,000	,219	,303	,132	,267
CRIB21			1,000	,308	,244	,060
CRIB29				1,000	,045	,166
CRIB37					1,000	,097
CRIB45						1,000

Tabela 3.62. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,656
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	99,552
	df	15
	Sig.	,000

Tabela 3.63. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Soma das Cargas de Saturação Rodada		
	Total	% de Variance	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	2,112	35,203	35,203	2,112	35,203	35,203
2	1,364	22,733	57,935	1,364	22,733	57,935
3	,750	12,500	70,435			
4	,674	11,229	81,665			
5	,632	10,537	92,201			
6	,468	7,799	100,000			

Tabela 3.64. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI.

	Componentes	
	1	2
CRIB22	,706	-,401
CRIB30	,635	-,415
CRIB6	,603	-,455
CRIB14	,577	,472
CRIB46	,551	,514
CRIB38	,459	,580

Tabela 3.65. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI.

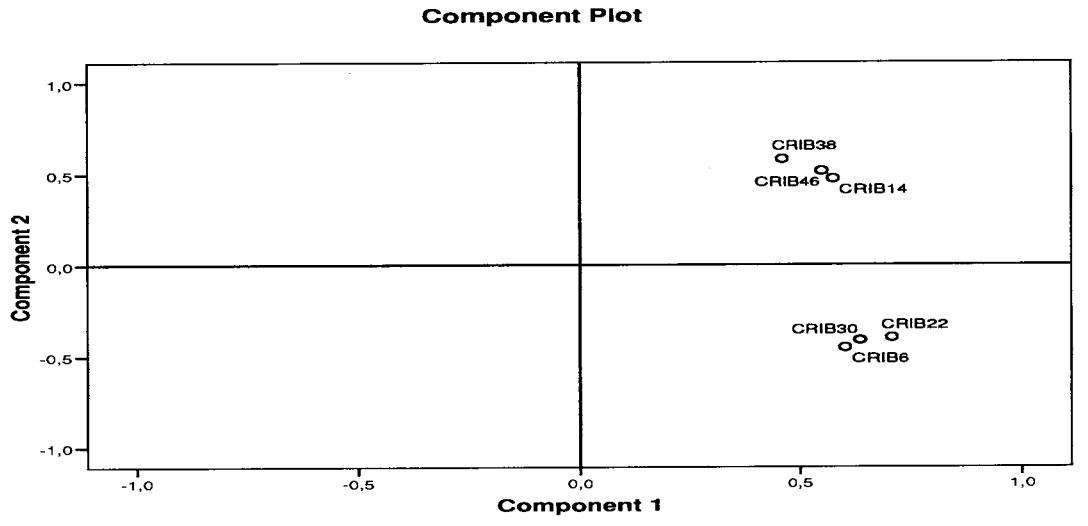


Gráfico 3.11. *Component Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,626	6

Tabela 3.66. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI.

	CRIB6	CRIB14	CRIB22	CRIB30	CRIB38	CRIB46
CRIB6	1,000	,147	,432	,324	,013	,126
CRIB14		1,000	,153	,160	,307	,367
CRIB22			1,000	,451	,175	,126
CRIB30				1,000	,046	,146
CRIB38					1,000	,314
CRIB46						1,000

Tabela 3.67. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,701
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	77,742
	df	10
	Sig.	,000

Tabela 3.68. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Procura de Ganhos Alternativos do CRI.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Soma das Cargas de Saturação Rodada		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	2,093	41,858	41,858	2,093	41,858	41,858
2	1,016	20,327	62,186	1,016	20,327	62,186
3	,743	14,860	77,046			
4	,627	12,540	89,586			
5	,521	10,414	100,000			

Tabela 3.69. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Procura de Ganhos Alternativos do CRI.

	Componentes	
	1	2
CRIB39	,796	-,009
CRIB31	,695	-,196
CRIB15	,643	,218
CRIB47	,521	,697
CRIB23	,540	-,667

Tabela 3.70. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Procura de Ganhos Alternativos do CRI.

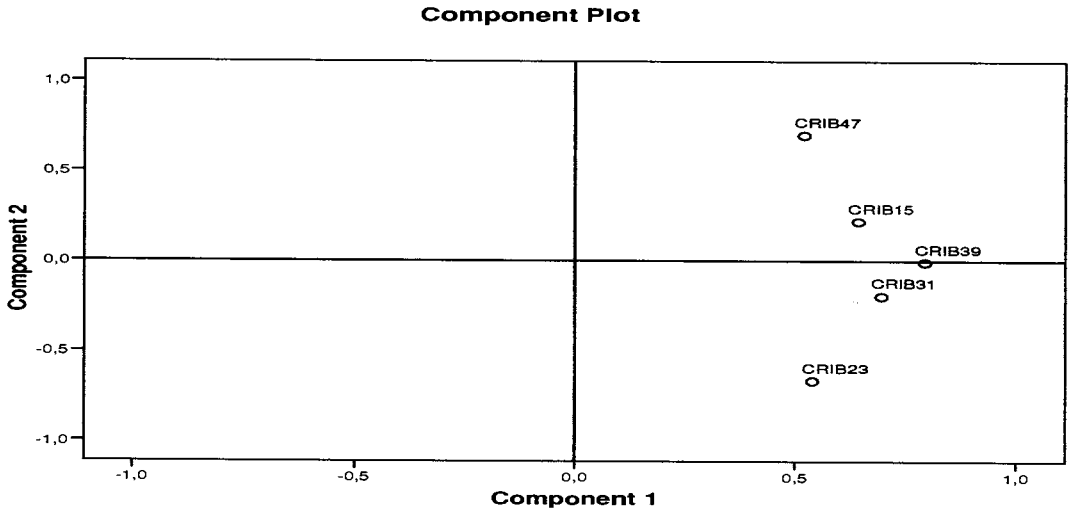


Gráfico 3.12. *Component Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Procura de Ganhos Alternativos do CRI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,646	6

Tabela 3.71. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Procura de Ganhos Alternativos do CRI.

	CRIB7	CRIB15	CRIB23	CRIB31	CRIB39	CRIB47
CRIB7	1,000	,223	,181	,198	,108	,166
CRIB15		1,000	,201	,240	,361	,269
CRIB23			1,000	,290	,322	,007
CRIB31				1,000	,431	,203
CRIB39					1,000	,316
CRIB47						1,000

Tabela 3.72. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Procura de Ganhos Alternativos do CRI.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,633
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	54,855
	df	15
	Sig.	,000

Tabela 3.73. Índices de adequação da AFE para a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Soma das Cargas de Saturação Rodada		
	Total	% of Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	1,854	30,898	30,898	1,854	30,898	30,898
2	1,197	19,953	50,852	1,197	19,953	50,852
3	,918	15,303	66,155			
4	,787	13,120	79,274			
5	,688	11,461	90,735			
6	,556	9,265	100,000			

Tabela 3.74. Variabilidade explicada pelas componentes principais da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI.

	Componentes	
	1	2
CRIB32	,728	-,074
CRIB40	,713	,209
CRIB48	,557	,444
CRIB8	,522	-,451
CRIB24	,399	-,654
CRIB16	,271	,566

Tabela 3.75. Matriz rodada de componentes principais da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI.

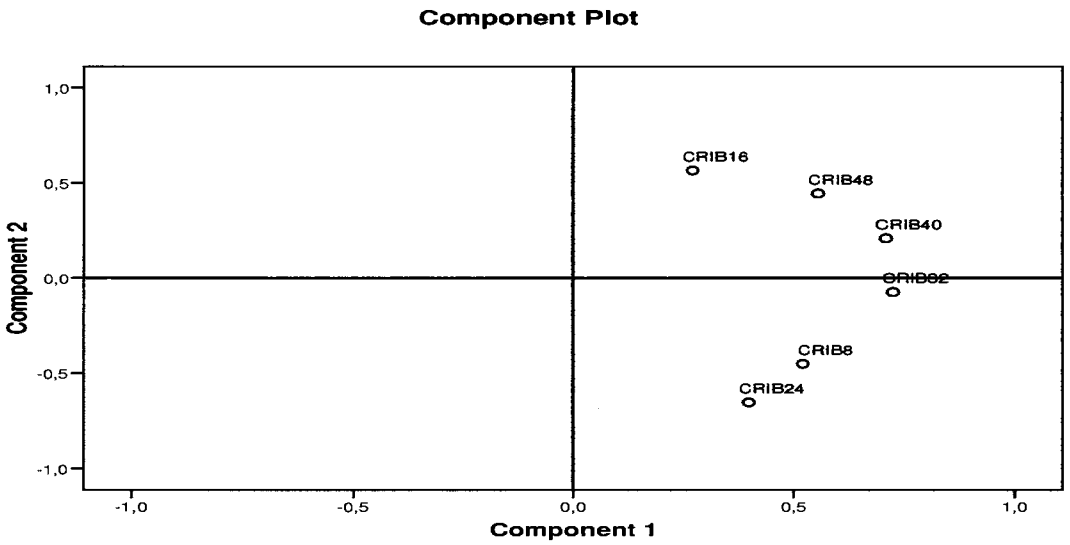


Gráfico 3.13. *Component Plot* das componentes extraídas pela AFE da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,527	6

Tabela 3.76. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI.

	CRIB8	CRIB16	CRIB24	CRIB32	CRIB40	CRIB48
CRIB8	1,000	,016	,266	,208	,155	,132
CRIB16			-,022	,056	,121	,188
CRIB24			1,000	,205	,080	,004
CRIB32				1,000	,419	,210
CRIB40					1,000	,283
CRIB48						1,000

Tabela 3.77. Matriz de correlações inter-item da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI.

Alpha de Cronbach	N de Items
,880	48

Tabela 3.78. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Escala Total do CRI.

	Média	Desvio-Padrão	N
CRIB1	2,2020	,88040	99
CRIB2	1,9596	,96805	99
CRIB3	2,3838	,88879	99
CRIB4	1,8485	1,04358	99
CRIB5	1,2323	1,05780	99
CRIB6	1,6667	1,06904	99
CRIB7	1,5455	1,05243	99
CRIB8	1,2020	1,03982	99
CRIB9	1,3939	,96699	99
CRIB10	1,7677	1,04811	99
CRIB11	2,2828	,85762	99
CRIB12	2,1717	,86944	99
CRIB13	1,3939	1,03823	99
CRIB14	1,7172	1,02061	99
CRIB15	1,3636	1,06383	99
CRIB16	1,6465	1,10945	99
CRIB17	2,2121	,81156	99
CRIB18	1,8283	1,05985	99
CRIB19	1,7576	1,16138	99
CRIB20	1,9495	1,00381	99
CRIB21	1,6061	1,05770	99
CRIB22	1,5455	1,05243	99
CRIB23	1,2626	1,06508	99
CRIB24	,9899	,93126	99
CRIB25	1,7576	,93777	99
CRIB26	1,4444	1,03236	99
CRIB27	1,1818	1,04358	99
CRIB28	1,8384	1,03714	99
CRIB29	1,5455	1,07164	99
CRIB30	1,7172	1,02061	99
CRIB31	1,1515	1,03375	99
CRIB32	1,0505	1,02394	99
CRIB33	2,0707	,91754	99
CRIB34	2,0707	,96100	99
CRIB35	2,1010	,93126	99
CRIB36	2,2121	3,28345	99
CRIB37	2,2929	,86014	99

CRIB38	1,4242	1,07941	99
CRIB39	1,0303	,99442	99
CRIB40	1,7576	1,18744	99
CRIB41	2,0707	,91754	99
CRIB42	1,5657	1,12632	99
CRIB43	1,5354	1,23150	99
CRIB44	2,2424	,92682	99
CRIB45	1,0202	,96869	99
CRIB46	1,4949	1,00381	99
CRIB47	1,8384	,99701	99
CRIB48	1,5657	1,01178	99

Tabela 3.79. Estatísticas descritivas das correlações inter-item do CRI.

	CRI A.L.	CRI R.P.	CRI P.A.S.	CRI R.Pr.	CRI E.C.	CRI A.R.	CRI P.G.A.	CRI D.E.
CRI Análise Lógica	1,000	,628	,517	,654	,299	,187	,440	,376
CRI Reavaliação Positiva		1,000	,473	,520	,413	,180	,557	,301
CRI Procura de Apoio e Suporte			1,000	,561	,343	,270	,343	,415
CRI Resolução de Problemas				1,000	,207	,073	,377	,388
CRI Evitamento Cognitivo					1,000	,528	,327	,441
CRI Aceitação/ Resignação						1,000	,168	,241
CRI Procura de Ganhos Alternativos							1,000	,361
CRI Descarga Emocional								1,000

Tabela 3.80. Matriz de correlações inter-item por Sub-Escala do CRI.

	Média	Mínimo	Máximo	Amplitude	Máximo / Mínimo	Variância	N de Items
Item Média	,705	-,046	6,343	6,389	-138,917	4,471	9
Variância Item	1,344	,943	4,085	3,142	4,334	1,058	9
Correlações Inter-Item	,399	,073	,920	,848	12,684	,029	9

Tabela 3.81. Estatísticas descritivas das correlações inter-item do CRI.

			CRI A.L.	CRI R.P.	CRI P.A.S.	CRI R.Pr.	CRI E.C.	CRI A.R.	CRI P.G.A.	CRI D.E.
Spearman's rho	CRI A.L.	Correlation Coefficient	1,000	,556***	,531***	,664***	,334***	,266***	,280***	,350***
		Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,004	,002	,000
		N		117	117	115	117	118	117	114
	CRI R.P.	Correlation Coefficient		1,000	,417***	,514***	,451***	,192*	,464***	,240**
		Sig. (2-tailed)			,000	,000	,000	,037	,000	,010
		N			117	114	118	118	118	113
	CRI P.A.S.	Correlation Coefficient			1,000	,627***	,294***	,279**	,255**	,416***
		Sig. (2-tailed)				,000	,001	,002	,005	,000
		N				115	118	118	117	113
	CRI R.Pr.	Correlation Coefficient				1,000	,241**	,152	,247**	,328***
		Sig. (2-tailed)					,010	,106	,008	,000
		N					114	114	113	111
	CRI E.C.	Correlation Coefficient					1,000	,513***	,279**	,435***
		Sig. (2-tailed)						,000	,002	,000
		N						118	117	114
	CRI A.R.	Correlation Coefficient						1,000	,115	,257**
		Sig. (2-tailed)							,213	,006
		N							118	113
	CRI P.G.A.	Correlation Coefficient							1,000	,355***
		Sig. (2-tailed)								,000
		N								113
	CRI D.E.	Correlation Coefficient								1,000
		Sig. (2-tailed)								
		N								

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

Tabela 3.82. Matriz de correlações entre Sub-Escala do CRI.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,862
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Chi-Square	1300,517
	df	190
	Sig.	,000

Tabela 3.83. Índices de adequação da AFE para a PANAS.

Componentes	Eigenvalues Iniciais			Soma das Cargas de Saturação Rodada		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	6,879	34,397	34,397	5,189	25,944	25,944
2	3,455	17,274	51,672	3,300	16,502	42,447
3	1,544	7,722	59,394	2,761	13,803	56,250
4	1,064	5,320	64,714	1,693	8,464	64,714
5	,806	4,031	68,744			
6	,763	3,817	72,561			
7	,735	3,674	76,235			
8	,625	3,124	79,359			
9	,543	2,714	82,073			
10	,508	2,540	84,613			
11	,470	2,349	86,962			
12	,408	2,038	89,000			
13	,388	1,940	90,940			
14	,354	1,769	92,710			
15	,340	1,701	94,410			
16	,293	1,464	95,874			
17	,254	1,269	97,143			
18	,249	1,246	98,388			
19	,181	,905	99,294			
20	,141	,706	100,000			

Tabela 3.84. Variabilidade explicada pelas componentes principais da PANAS.

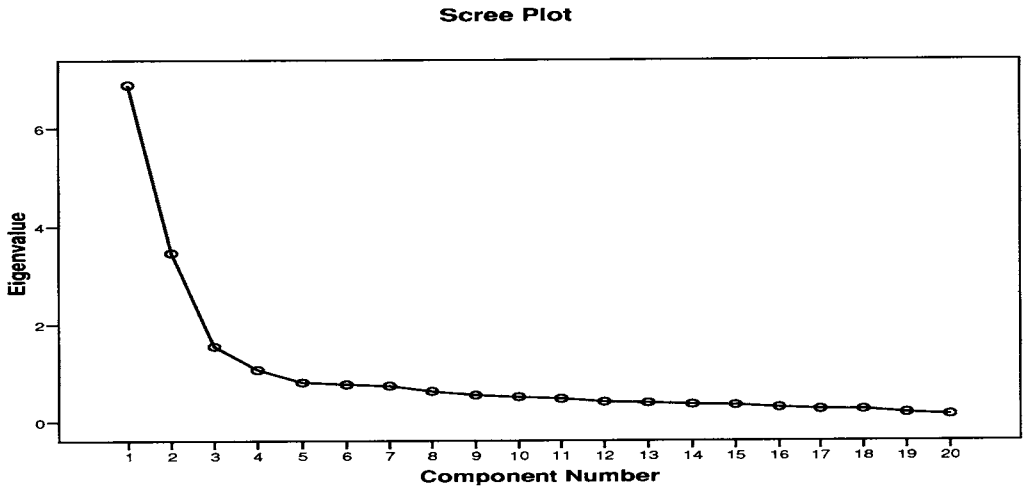


Gráfico 3.14. *Screen Plot* das componentes extraídas pela AFE da PANAS.

	Componentes			
	1	2	3	4
Atormentado (1)	,839	-,090	-,130	,197
Assustado (2)	,837	-,085	,092	,014
Amedrontado (3)	,817	-,213	-,025	,052
Perturbado (4)	,808	-,127	-,050	,013
Nervoso (5)	,793	-,092	-,124	,234
Trémulo (6)	,770	-,224	-,085	,019
Irritado (7)	,758	-,095	,002	,241
Determinado (8)	-,159	,802	,140	-,087
Interessado (9)	-,222	,730	,251	-,007
Orgulhoso (10)	,002	,694	,144	-,213
Activo (11)	-,131	,606	,246	-,240
Inspirado (12)	-,132	,594	,516	,011
Entusiasmado (13)	-,281	,555	,549	,094
Repulsa (14)	,331	-,411	,198	,320
Caloroso (15)	,002	,130	,804	-,183
Agradavelmente Surpreendido (16)	-,096	,315	,670	,148
Excitado (17)	,420	,084	,659	-,177
Encantado (18)	-,327	,352	,600	,133
Remorsos	,154	-,198	,113	,821
Culpado (19)	,230	-,116	-,191	,733

Tabela 3.85. Matriz rodada de componentes principais da PANAS.

Alpha de Cronbach	N de Items
,724	19

Tabela 3.86. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para a Escala Total da PANAS.

Alpha de Cronbach	N de Items
,923	7

Tabela 3.87. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Alpha de Cronbach	N de Items
,849	6

Tabela 3.88. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Actividade" da PANAS.

Alpha de Cronbach	N de Items
,724	4

Tabela 3.89. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Atenção" da PANAS.

Alpha de Cronbach	N de Items
,633	2

Tabela 3.90. Índice de fidelidade alpha de Cronbach para o factor "Culpa" da PANAS.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	1	-,28	,14	-,28	,36	-,25	-,20	,28	,57	,45	-,29	,47	-,13	,53	-,29	,57	-,29	,49	-,33
2		1,00	,300	,693	-,114	,266	,593	-,071	-,326	-,044	,544	-,267	,128	-,236	,658	-,288	,618	-,245	,585
3			1,00	,210	,358	-,021	,315	,499	,183	,240	,218	,181	-,034	,290	,208	,179	,156	,152	,236
4				1,00	-,175	,335	,651	-,101	-,371	-,185	,664	-,361	,320	-,187	,658	-,228	,655	-,245	,690
5					1,00	-,056	-,005	,427	,555	,251	-,091	,450	,058	,523	-,200	,326	-,209	,306	-,097
6						1,00	,179	-,231	-,216	-,219	,265	-,180	,465	-,238	,356	-,217	,196	-,282	,246
7							1,00	,029	-,258	-,101	,643	-,244	,187	-,075	,579	-,211	,590	-,116	,766
8								1,00	,428	,245	-,036	,460	-,018	,431	-,113	,271	-,110	,396	-,107
9									1,00	,389	-,230	,662	-,105	,623	-,246	,520	-,315	,449	-,295
10										1,00	-,114	,359	-,269	,401	-,133	,478	-,230	,419	-,202
11											1,00	-,224	,343	-,158	,653	-,231	,549	-,199	,568

12	1,00	,001	,509	-,299	,354	-,290	,237	-,354
13		1,00	-,073	,295	-,230	,151	-,237	,208
14			1,00	-,261	,536	-,266	,415	-,226
15				1,00	-,251	,637	-,278	,627
16					1,00	-,300	,525	-,318
17						1,00	-,304	,673
18							1,00	-,254
19								1,00

Tabela 3.91. Matriz de correlações inter-item da PANAS.

	Média	Desvio-Padrão	N
Interessado	3,6935	,99737	124
Perturbado	2,3710	1,12234	124
Excitado	2,8548	1,20090	124
Atormentado	2,2984	1,23617	124
Agradavelmente Surpreendido	2,7258	1,23195	124
Culpado	1,7177	1,00858	124
Assustado	2,1210	1,22702	124
Caloroso	3,2419	1,23874	124
Entusiasmado	3,2500	1,27913	124
Orgulhoso	3,2823	1,32861	124
Irritado	2,5726	1,12744	124
Encantado	2,8387	1,23885	124
Remorsos	2,0081	1,16519	124
Inspirado	3,2177	1,16564	124
Nervoso	2,8952	1,20850	124
Determinado	3,5565	1,17080	124
Trémulo	2,1532	1,28812	124
Activo	3,6613	1,19543	124
Amedrontado	2,2177	1,20000	124

Tabela 3.92. Estatísticas descritivas das correlações inter-item da PANAS.

	PANAS Afecto Negativo	PANAS Actividade	PANAS Atenção	PANAS Culpa
PANAS Afecto Negativo	1	-,373	-,110	,347
PANAS Actividade		1	,610	-,316
PANAS Atenção			1	-,088
PANAS Culpa				1

Tabela 3.93. Matriz de correlações inter-item por factores da PANAS.

	Média	Mínimo	Máximo	Amplitude	Máximo / Mínimo	Variância	N de Items
Correlações Inter-Item	,012	-,373	,610	,983	-1,635	,137	4

Tabela 3.94. Estatísticas descritivas das correlações inter-item da PANAS.

			PANAS Afecto Negativo	PANAS Actividade	PANAS Atenção	PANAS Culpa
Spearman's rho	PANAS Afecto Negativo	Correlation Coefficient	1	-,364***	-,084	,364***
		Sig. (2-tailed)		,000	,352	,000
		N		125	124	125
	PANAS Actividade	Correlation Coefficient		1	,573***	-,283***
		Sig. (2-tailed)			,000	,001
		N			124	125
	PANAS Atenção	Correlation Coefficient			1	-,060
		Sig. (2-tailed)				,505
		N				124
	PANAS Culpa	Correlation Coefficient				1
		Sig. (2-tailed)				
		N				

** * p<.001

Tabela 3.95. Matriz de correlações entre factores da PANAS.

Anexo III

(Comparação de Médias de Saúde Mental e de Afecto Positivo e Negativo entre grupo clínico e grupo não clínico)

	Grupo	N	μ	*U*	Sig.
MHI Total	Grupo Clínico	57	39,53	600,00	.000***
	Grupo Não Clínico	62	78,82		
	Total	119			

*** p<.001

Tabela 3.96. Comparação de médias entre os grupos relativamente à Saúde Mental.

	Factores	Grupo	N	μ	*U*	Sig.
PANAS Afecto Positivo	"Actividade"	Grupo Clínico	63	46,63	922,00	.000***
		Grupo Não Clínico	62	79,63		
	"Atenção"	Grupo Clínico	62	51,86	1262,50	.001***
		Grupo Não Clínico	62	73,14		
PANAS Afecto Negativo	"Afecto Negativo"	Grupo Clínico	63	77,99	1008,50	.000***
		Grupo Não Clínico	62	47,77		
	"Culpa"	Grupo Clínico	63	69,52	1542,50	.036*
		Grupo Não Clínico	62	56,38		

*** p < .001; * p < .05

Tabela 3.97. Comparação de médias entre os grupos relativamente ao Afecto.

Anexo IV

(Análise de Associações Lineares entre as Variáveis)

	Afecto Positivo		Afecto Negativo	
	Actividade	Atenção	Afecto Negativo	Culpa
Processamento Cognitivo "Aberto"	.23**	.16	.00	- .05

** p < .01

Tabela 3.98. Correlações entre o Processamento Cognitivo "Aberto" e o Afecto.

	Afecto Positivo		Afecto Negativo	
	Actividade	Atenção	Afecto Negativo	Culpa
Reavaliação Positiva	.15	.16	- .11	.05
Procura de Apoio e Suporte	.22**	.18*	.00	- .06
Resolução de Problemas	.25**	.18*	- .14	- .09
Evitamento Cognitivo	- .16	- .02	.21*	.26**
Aceitação/Resignação	.07	.26**	.13	.03
Procura de Ganhos Alternativos	.06	.01	- .03	.11
Descarga Emocional	.00	.05	.22**	.03

** p < .01; * p < .05

Tabela 3.99. Correlações entre as restantes respostas de *Coping* e o Afecto.

		Afecto Positivo		Afecto Negativo	
Grupo		Actividade	Atenção	Afecto Negativo	Culpa
Clínico	Processamento Cognitivo Aberto	.21	.02	.00	- .09
Não clínico	Processamento Cognitivo Aberto	.15	.22	- .04	- .06

Tabela 3.100. Correlações por Grupos entre o Processamento Cognitivo "Aberto" e o Afecto.

		Afecto Positivo		Afecto Negativo	
		Actividade	Atenção	Afecto Negativo	Culpa
Grupo Clínico	Reavaliação Positiva	.22	.06	- .22	.00
	Procura de Apoio e Suporte	.17	.12	- .11	- .11
	Resolução de Problemas	.19	.12	- .16	- .12
	Evitamento Cognitivo	- .10	.03	.16	.25
	Aceitação/ Resignação	.13	.44***	.13	.07
	Procura de Ganhos Alternativos	.19	.06	- .25	.02
	Descarga Emocional	- .03	.00	.08	- .04
Grupo Não Clínico	Reavaliação Positiva	.05	.27*	.02	.09
	Procura de Apoio e Suporte	.21	.20	.06	- .06
	Resolução de Problemas	.29*	.23	- .20	- .09
	Evitamento Cognitivo	- .22	- .06	.29*	.28*
	Aceitação/ Resignação	.03	.16	.20	.05
	Procura de Ganhos Alternativos	- .10	- .04	.22	.20
	Descarga Emocional	.03	.08	.32*	.08

*** $p < .001$; * $p < .05$

Tabela 3.101. Correlações por Grupos entre as restantes respostas de *Coping* e o Afecto.

	Afecto Positivo		Afecto Negativo	
	Actividade	Atenção	Afecto Negativo	Culpa
Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)	.19*	.16	- .24**	- .11

* $p < .05$

Tabela 3.102. Correlações entre a Satisfação com o Suporte Social e o Afecto.

		Afecto Positivo		Afecto Negativo	
Grupo		Actividade	Atenção	Afecto Negativo	Culpa
Clínico	Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)	.12	.11	- .26	- .13
Não Clínico	Satisfação com o Suporte Social (Escala Total)	.24	.49***	- .23	- .12

*** p < .001

Tabela 3.103. Correlações por Grupos entre a Satisfação com o suporte Social e o Afecto.

	Afecto Positivo		Afecto Negativo	
Variáveis Pessoais e Sócio-Demográficas	Actividade	Atenção	Afecto Negativo	Culpa
Grupo Etário	- .03	.00	.05	- .16
Género	.12	- .05	- .32***	- .07
Área de Residência	.11	- .09	.00	.04
Escolaridade	.05	- .03	- .20*	.00
Estado Civil	.02	- .05	- .10	- .01
Estatuto Sócio-Económico	- .01	- .01	- .09	- .13
Profissão	.00	.05	- .07	.06
Situação Profissional Actual	- .02	.00	.10	.00

*** p < .001; * p < .05

Tabela 3.104. Correlações entre as Variáveis pessoais e sócio-demográficas e o Afecto.

	Género	N	μ	*U*	Sig.
PANAS Afecto Negativo	Feminino	84	67,52	1342,00	.045*
	Masculino	41	53,73		
	Total	125			

*p < .05

Tabela 3.105. Comparação de médias entre os Géneros relativamente à variável "Afecto Negativo".

	Escolaridade	N	Médias
PANAS Afecto Negativo	do 1º ao 4º ano	26	79,56
	do 5º ao 6º ano	14	64,75
	do 7º ao 9º ano	30	69,97
	do 10º ao 12º ano	24	57,52
	Ensino Superior	31	45,82
	Total	125	

Tabela 3.106. Estatísticas descritivas das médias para os diferentes Graus de Escolaridade.

	PANAS Afecto Negativo
Chi-Square	14,134
df	4
Asymp. Sig.	,007

Tabela 3.107. Estatística de teste para a diferença de médias entre os Gruas de Escolaridade.

		Grau de Escolaridade	N	μ	Sig.	I.C. a 95% Inferior	Superior	*F*	Sig.
PANAS Afecto Negativo	Do 1º ao 4º ano	Do 1º ao 4º ano	26	19,65				3,20	.015**
		Do 5º ao 6º ano	14	17,14	.793	-3,67	8,69		
		Do 7º ao 9º ano	30	17,83	.851	-3,17	6,81		
		Do 10º ao 12º ano	24	15,70	.240	-1,33	9,22		
		Ensino superior	31	13,65	.009**	1,04	10,96		
		Total	125	16,68					

** p < .01

Tabela 3.108. Comparação de médias entre o Grau de Escolaridade relativamente à variável "Afecto Negativo".

		Afecto Positivo		Afecto Negativo	
Grupo	Variáveis Pessoais e Sócio-Demográficas	Actividade	Atenção	Afecto Negativo	Culpa
Grupo Clínico	Grupo Etário	.08	.14	.09	- .10
	Género	.40**	.11	- .37**	- .02
	Área de Residência	.21	.04	.01	- .04
	Escolaridade	- .01	- .10	- .19	.08
	Estado Civil	.09	- .06	- .06	.06
	Estatuto Sócio-Económico	.19	.16	.06	- .16

	Profissão	- .08	.00	- .14	.08
	Situação Profissional Actual	- .05	.02	.01	- .10
Grupo Não Clínico	Grupo Etário	.04	- .02	- .02	- .18
	Género	- .18	- .14	- .16	- .13
	Área de Residência	.14	- .13	.19	.19
	Escolaridade	.17	.01	- .17	- .08
	Estado Civil	.00	.00	- .15	- .14
	Estatuto Sócio-Económico	- .22	- .13	- .24	- .12
	Profissão	.00	.01	.08	.08
	Situação Profissional Actual	.00	- .09	.21	.20

** p < .01

Tabela 3.109: Correlações por Grupos entre as variáveis Pessoais e Sócio-Demográficas e o Afecto.

	Grupo	Género	N	μ	*U*	Sig.
PANAS Actividade	Grupo Clínico	Feminino	40	26,93	257,00	.002**
		Masculino	23	40,83		
		Total	63			
	Grupo Não Clínico	Feminino	44	32,49	352,50	.504
		Masculino	18	29,08		
		Total	62			

** p < .01

Tabela 3.110a. Comparação de médias por grupos e entre os géneros relativamente à variável "Actividade".

	Grupo	Género	N	μ	*U*	Sig.
PANAS Afecto Negativo	Grupo Clínico	Feminino	40	36,66	273,50	.004**
		Masculino	23	23,89		
		Total	63			
	Grupo Não Clínico	Feminino	44	32,74	341,50	.402
		Masculino	18	32,74		
		Total	62			

**p < .01

Tabela 3.110b. Comparação de médias por grupos e entre os géneros relativamente à variável "Afecto Negativo".

Anexo V

(Análises de Regressão Simples e Múltipla)

Parte I. Análise de Regressão Linear Simples e Múltipla da Análise Lógica (CRI) nos factores de Afecto

Parte I.I. Análise Lógica (CRI) e Satisfação com o Suporte Social

		CRI Análise Lógica_Factor 1	SSS Total
Pearson Correlation	CRI Análise Lógica_Factor 1	1,000	-,101
	SSS Total	-,101	1,000
Sig. (1-tailed)	CRI Análise Lógica_Factor 1	.	,143
	SSS Total	,143	.
N	CRI Análise Lógica_Factor 1	114	114
	SSS Total	114	114

Tabela 3.111. Análise de correlações entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

	Mean	Std. Deviation	N
CRI Análise Lógica_Factor 1	,0342329	,96323055	114
SSS Total	53,1140	11,40855	114

Tabela 3.112. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,101(a)	,010	,001	,96258873	,010	1,151	1	112	,286

Tabela 3.113. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,066	1	1,066	1,151	,286(a)
	Residual	103,777	112	,927		
	Total	104,843	113			

Tabela 3.114. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	,486	,431		1,128	,262
	SSS Total	-,009	,008	-,101	-1,073	,286

Tabela 3.115. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Grupo			CRI Análise Lógica_Factor 1	SSS Total
Grupo Clínico	Pearson Correlation	CRI Análise Lógica_Factor 1	1,000	-,070
		SSS Total	-,070	1,000
	Sig. (1-tailed)	CRI Análise Lógica_Factor 1	.	,307
		SSS Total	,307	.
	N	CRI Análise Lógica_Factor 1	55	55

		SSS Total	55	55
Grupo Não Clínico	Pearson Correlation	CRI Análise Lógica_Factor 1	1,000	,007
		SSS Total	,007	1,000
	Sig. (1-tailed)	CRI Análise Lógica_Factor 1	.	,480
		SSS Total	,480	.
	N	CRI Análise Lógica_Factor 1	59	59
		SSS Total	59	59

Tabela 3.116. Análise de correlações entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	CRI Análise Lógica_Factor 1	,2136965	,89109301	55
	SSS Total	48,5818	12,52507	55
Grupo Não Clínico	CRI Análise Lógica_Factor 1	-,1330637	1,00465862	59
	SSS Total	57,3390	8,35961	59

Tabela 3.117. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,070(a)	,005	-,014	,89727707	,005	,258	1	53	,613
Grupo Não Clínico	1	,007(a)	,000	-,018	1,01341155	,000	,002	1	57	,961

Tabela 3.118. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	,208	1	,208	,258	,613(a)
		Residual	42,671	53	,805		
		Total	42,879	54			
Grupo Não Clínico	1	Regression	,002	1	,002	,002	,961(a)
		Residual	58,539	57	1,027		
		Total	58,542	58			

Tabela 3.119. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	,454	,489		,930	,357
		SSS Total	-,005	,010	-,070	-,508	,613
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	-,178	,922		-,193	,848
		SSS Total	,001	,016	,007	,049	,961

Tabela 3.120. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Parte I.II. Variabilidade do Afecto Positivo ("Actividade")

Parte I.II.I Amostra

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Actividade	20,7034	5,29523	118
SSS Total	53,1525	11,40747	118

Tabela 3.121. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS.

			Adjusted R	Std. Error of						
	R	R Square	Square	the Estimate	Change Statistics					
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2	
1	,324(a)	,105	,097	5,03101	,105	13,612	1	116	,000	

Tabela 3.122. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	344,536	1	344,536	13,612	,000(a)
	Residual	2936,082	116	25,311		
	Total	3280,619	117			

Tabela 3.123. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	12,708	2,216		5,734	,000

SSS Total	,150	,041	,324	3,689	,000

Tabela 3.124. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS.

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Actividade	20,6860	5,33391	121
CRI Análise Lógica_Factor 1	,0000000	1,00000000	121

Tabela 3.125. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Actividade" da PANAS.

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,127(a)	,016	,008	5,31301	,016	1,946	1	119	,166

Tabela 3.126. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Actividade" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	54,931	1	54,931	1,946	,166(a)
	Residual	3359,135	119	28,228		
	Total	3414,066	120			

Tabela 3.127. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Actividade" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	20,686	,483		42,828	,000
	CRI Análise Lógica_Factor 1	,677	,485	,127	1,395	,166

Tabela 3.128. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Actividade" da PANAS.

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Actividade	20,7544	5,22852	114
SSS Total	53,1140	11,40855	114
CRI Análise Lógica_Factor 1	,0342329	,96323055	114

Tabela 3.129. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,337(a)	,114	,106	4,94385	,114	14,387	1	112	,000
2	,359(b)	,129	,113	4,92287	,015	1,957	1	111	,165

Tabela 3.130. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	351,654	1	351,654	14,387	,000(a)
	Residual	2737,469	112	24,442		
	Total	3089,123	113			
2	Regression	399,078	2	199,539	8,234	,000(b)
	Residual	2690,045	111	24,235		
	Total	3089,123	113			

Tabela 3.131. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	12,541	2,214		5,664	,000
	SSS Total	,155	,041	,337	3,793	,000
	CRI Análise Lógica_Factor 1					
2	(Constant)	12,213	2,217		5,508	,000
	SSS Total	,160	,041	,350	3,931	,000
	CRI Análise Lógica_Factor 1	,676	,483	,125	1,399	,165

Tabela 3.132. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS.

Parte I.II.II Grupos

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Actividade	18,3448	4,93662	58
	SSS Total	48,6034	12,32163	58
Grupo Não Clínico	PANAS Actividade	22,9833	4,61571	60
	SSS Total	57,5500	8,44810	60

Tabela 3.133. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,099(a)	,010	-,008	4,95580	,010	,560	1	56	,457
Grupo Não Clínico	1	,314(a)	,098	,083	4,42045	,098	6,327	1	58	,015

Tabela 3.134. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	13,748	1	13,748	,560	,457(a)
		Residual	1375,355	56	24,560		
		Total	1389,103	57			
Grupo Não Clínico	1	Regression	123,641	1	123,641	6,327	,015(a)
		Residual	1133,342	58	19,540		
		Total	1256,983	59			

Tabela 3.135. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	16,408	2,670		6,146	,000
		SSS Total	,040	,053	,099	,748	,457
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	13,122	3,962		3,312	,002
		SSS Total	,171	,068	,314	2,515	,015

Tabela 3.136. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Actividade	18,2500	4,89768	60
	CRI Análise Lógica_Factor 1	,1587860	,98715850	60
Grupo Não Clínico	PANAS Actividade	23,0820	4,64146	61
	CRI Análise Lógica_Factor 1	-,1561829	,99586485	61

Tabela 3.137. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,256(a)	,066	,049	4,77515	,066	4,067	1	58	,048
Grupo Não Clínico	1	,195(a)	,038	,022	4,59035	,038	2,344	1	59	,131

Tabela 3.138. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	92,729	1	92,729	4,067	,048(a)
		Residual	1322,521	58	22,802		
		Total	1415,250	59			
Grupo Não Clínico	1	Regression	49,383	1	49,383	2,344	,131(a)
		Residual	1243,207	59	21,071		
		Total	1292,590	60			

Tabela 3.139. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

			Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
Grupo	Model		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	18,048	,625		28,899	,000
		CRI Análise Lógica_Factor 1	1,270	,630	,256	2,017	,048
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	23,224	,595		39,030	,000
		CRI Análise Lógica_Factor 1	,911	,595	,195	1,531	,131

Tabela 3.140. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Actividade	18,3455	4,74622	55
	SSS Total	48,5818	12,52507	55
	CRI Análise Lógica_Factor 1	,2136965	,89109301	55
Grupo Não Clínico	PANAS Actividade	23,0000	4,65351	59
	SSS Total	57,3390	8,35961	59
	CRI Análise Lógica_Factor 1	-,1330637	1,00465862	59

Tabela 3.141. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,118(a)	,014	-,005	4,75711	,014	,753	1	53	,389
	2	,216(b)	,047	,010	4,72241	,033	1,782	1	52	,188
Grupo Não Clínico	1	,325(a)	,106	,090	4,43882	,106	6,746	1	57	,012
	2	,387(b)	,150	,119	4,36677	,044	2,897	1	56	,094

Tabela 3.142. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	17,041	1	17,041	,753	,389(a)
		Residual	1199,396	53	22,630		
		Total	1216,436	54			
	2	Regression	56,776	2	28,388	1,273	,289(b)
		Residual	1159,661	52	22,301		
		Total	1216,436	54			
Grupo Não Clínico	1	Regression	132,920	1	132,920	6,746	,012(a)
		Residual	1123,080	57	19,703		
		Total	1256,000	58			
	2	Regression	188,156	2	94,078	4,934	,011(b)
		Residual	1067,844	56	19,069		
		Total	1256,000	58			

Tabela 3.143. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos.

			Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
Grupo	Model		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	16,167	2,592		6,238	,000
		SSS Total	,045	,052	,118	,868	,389
		CRI Análise Lógica_Factor 1					
	2	(Constant)	15,728	2,594		6,064	,000
		SSS Total	,050	,051	,131	,965	,339
		CRI Análise Lógica_Factor 1	,965	,723	,181	1,335	,188
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	12,616	4,039		3,123	,003
		SSS Total	,181	,070	,325	2,597	,012
		CRI Análise Lógica_Factor 1					
	2	(Constant)	12,789	3,975		3,217	,002
		SSS Total	,180	,069	,324	2,629	,011
		CRI Análise Lógica_Factor 1	,971	,571	,210	1,702	,094

Tabela 3.144. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Análise Lógica do CRI, Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Parte I.III. Variabilidade do Afecto Positivo ("Atenção")

Parte I.III.I. Amostra

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,265(a)	,070	,062	3,54531

Tabela 3.145. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Atenção" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	109,173	1	109,173	8,686	,004(a)
	Residual	1445,460	115	12,569		
	Total	1554,632	116			

Tabela 3.146. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Atenção" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	7,031	1,575		4,463	,000
	SSS Total	,085	,029	,265	2,947	,004

Tabela 3.147. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Atenção" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,109(a)	,012	,003	3,61165

Tabela 3.148. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Su-Escala Análise Lógica no factor "Atenção" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	18,394	1	18,394	1,410	,237(a)
	Residual	1539,198	118	13,044		
	Total	1557,592	119			

Tabela 3.149. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Su-Escala Análise Lógica no factor "Atenção" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	11,641	,330		35,307	,000
	CRI Análise Lógica_Factor 1	,392	,330	,109	1,187	,237

Tabela 3.150. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Su-Escala Análise Lógica no factor "Atenção" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,267(a)	,071	,063	3,52825
2	,301(b)	,091	,074	3,50699

Tabela 3.151. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Su-Escala Análise Lógica, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	106,196	1	106,196	8,531	,004(a)
	Residual	1381,786	111	12,449		
	Total	1487,982	112			
2	Regression	135,096	2	67,548	5,492	,005(b)
	Residual	1352,886	110	12,299		
	Total	1487,982	112			

Tabela 3.152. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Su-Escala Análise Lógica, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	6,994	1,595		4,386	,000
	SSS Total	,086	,029	,267	2,921	,004
	CRI Análise Lógica_Factor 1					
2	(Constant)	6,723	1,595		4,216	,000
	SSS Total	,090	,029	,282	3,083	,003
	CRI Análise Lógica_Factor 1	,528	,345	,140	1,533	,128

Tabela 3.153. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Su-Escala Análise Lógica, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS.

Parte I.III.II. Grupos

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
Grupo Clínico	1	,081(a)	,007	-,012	3,26488
Grupo Não Clínico	1	,485(a)	,235	,222	3,30051

Tabela 3.154. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	3,873	1	3,873	,363	,549(a)
		Residual	586,268	55	10,659		
		Total	590,140	56			

Grupo Não Clínico	1	Regressi on	194,117	1	194,117	17,820	,000(a)
		Residual	631,817	58	10,893		
		Total	825,933	59			

Tabela 3.155. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constan t)	11,494	1,775		6,477	,000
		SSS Total	-,021	,035	-,081	-,603	,549
Grupo Não Clínico	1	(Constan t)	,277	2,958		,094	,926
		SSS Total	,215	,051	,485	4,221	,000

Tabela 3.156. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
Grupo Clínico	1	,072(a)	,005	-,012	3,14996
Grupo Não Clínico	1	,242(a)	,059	,043	3,68960

Tabela 3.157. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	2,973	1	2,973	,300	,586(a)
		Residual	565,569	57	9,922		
		Total	568,542	58			
Grupo Não Clínico	1	Regression	49,906	1	49,906	3,666	,060(a)
		Residual	803,176	59	13,613		
		Total	853,082	60			

Tabela 3.158. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

			Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
Grupo	Model		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	10,521	,416		25,300	,000
		CRI Análise Lógica_Factor 1	,228	,416	,072	,547	,586
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	12,832	,478		26,829	,000
		CRI Análise Lógica_Factor 1	,916	,478	,242	1,915	,060

Tabela 3.159. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
Grupo Clínico	1	,087(a)	,008	-,011	3,16483
	2	,100(b)	,010	-,029	3,19186
Grupo Não Clínico	1	,485(a)	,235	,222	3,32458
	2	,550(b)	,303	,278	3,20350

Tabela 3.160. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	3,995	1	3,995	,399	,530(a)
		Residual	520,838	52	10,016		
		Total	524,833	53			
	2	Regression	5,248	2	2,624	,258	,774(b)
		Residual	519,585	51	10,188		
		Total	524,833	53			
Grupo Não Clínico	1	Regression	194,021	1	194,021	17,554	,000(a)
		Residual	630,013	57	11,053		
		Total	824,034	58			
	2	Regression	249,338	2	124,669	12,148	,000(b)
		Residual	574,696	56	10,262		
		Total	824,034	58			

Tabela 3.161. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	11,454	1,740		6,582	,000
		SSS Total	-,022	,035	-,087	-,632	,530
	2	CRI Análise Lógica_Factor 1 (Constant)	11,369	1,772		6,417	,000
		SSS Total	-,021	,035	-,083	-,597	,553
		CRI Análise Lógica_Factor 1	,172	,490	,049	,351	,727
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	,065	3,025		,022	,983
		SSS Total	,219	,052	,485	4,190	,000
	2	CRI Análise Lógica_Factor 1 (Constant)	,238	2,916		,082	,935
		SSS Total	,218	,050	,484	4,333	,000
		CRI Análise Lógica_Factor 1	,972	,419	,259	2,322	,024

Tabela 3.162. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Parte I.IV. Variabilidade do Afecto Negativo ("Afecto Negativo")

Parte I.IV.I Amostra

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Afecto Negativo	16,5847	6,91626	118
SSS Total	53,1525	11,40747	118

Tabela 3.163. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,347(a)	,120	,113	6,51542	,120	15,839	1	116	,000

Tabela 3.164. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	672,367	1	672,367	15,839	,000(a)
	Residual	4924,285	116	42,451		
	Total	5596,653	117			

Tabela 3.165. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	27,755	2,870		9,671	,000
	SSS Total	-,210	,053	-,347	-3,980	,000

Tabela 3.166. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Afecto Negativo	16,7107	6,96232	121
CRI Análise Lógica_Factor 1	,0000000	1,00000000	121

Tabela 3.167. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

			Adjusted R	Std. Error of						
	R	R Square	Square	the Estimate	Change Statistics					
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2	
1	,109(a)	,012	,004	6,94969	,012	1,437	1	119	,233	

Tabela 3.168. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	69,399	1	69,399	1,437	,233(a)
	Residual	5747,477	119	48,298		
	Total	5816,876	120			

Tabela 3.169. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
Model		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	16,711	,632		26,450	,000
	CRI Análise Lógica_Factor 1	,760	,634	,109	1,199	,233

Tabela 3.170. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Afecto Negativo	16,6053	6,90597	114
SSS Total	53,1140	11,40855	114
CRI Análise Lógica_Factor 1	,0342329	,96323055	114

Tabela 3.171. Estatísticas Descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,362(a)	,131	,124	6,46505	,131	16,939	1	112	,000
2	,394(b)	,155	,140	6,40366	,024	3,158	1	111	,078

Tabela 3.172. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	707,984	1	707,984	16,939	,000(a)
	Residual	4681,253	112	41,797		
	Total	5389,237	113			
2	Regression	837,473	2	418,737	10,211	,000(b)
	Residual	4551,763	111	41,007		
	Total	5389,237	113			

Tabela 3.173. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	28,259	2,895		9,760	,000
	SSS Total	-,219	,053	-,362	-4,116	,000
	CRI Análise Lógica_Factor 1					
2	(Constant)	27,715	2,884		9,609	,000
	SSS Total	-,210	,053	-,347	-3,955	,000
	CRI Análise Lógica_Factor 1	1,117	,629	,156	1,777	,078

Tabela 3.174. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Parte I.IV.II. Grupos

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Afecto Negativo	19,5862	7,15011	58
	SSS Total	48,6034	12,32163	58
Grupo Não Clínico	PANAS Afecto Negativo	13,6833	5,29628	60
	SSS Total	57,5500	8,44810	60

Tabela 3.175. Estatísticas Descritivas da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,240(a)	,058	,041	7,00308	,058	3,419	1	56	,070
Grupo Não Clínico	1	,166(a)	,027	,011	5,26786	,027	1,638	1	58	,206

Tabela 3.176. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	167,654	1	167,654	3,419	,070(a)
		Residual	2746,414	56	49,043		
		Total	2914,069	57			
Grupo Não Clínico	1	Regression	45,466	1	45,466	1,638	,206(a)
		Residual	1609,517	58	27,750		
		Total	1654,983	59			

Tabela 3.177. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	26,351	3,773		6,985	,000
		SSS Total	-,139	,075	-,240	-1,849	,070
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	19,663	4,721		4,165	,000
		SSS Total	-,104	,081	-,166	-1,280	,206

Tabela 3.178. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Afecto Negativo	19,7833	7,15232	60
	CRI Análise Lógica_Factor 1	,1587860	,98715850	60
Grupo Não Clínico	PANAS Afecto Negativo	13,6885	5,28375	61
	CRI Análise Lógica_Factor 1	-,1561829	,99586485	61

Tabela 3.179. Estatísticas Descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,012(a)	,000	-,017	7,21323	,000	,008	1	58	,930
Grupo Não Clínico	1	,090(a)	,008	-,009	5,30675	,008	,481	1	59	,491

Tabela 3.180. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	,401	1	,401	,008	,930(a)
		Residual	3017,782	58	52,031		
		Total	3018,183	59			
Grupo Não Clínico	1	Regression	13,545	1	13,545	,481	,491(a)
		Residual	1661,537	59	28,162		
		Total	1675,082	60			

Tabela 3.181. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	19,770	,943		20,956	,000
		CRI Análise Lógica_Factor 1	,084	,951	,012	,088	,930
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	13,763	,688		20,007	,000
		CRI Análise Lógica_Factor 1	,477	,688	,090	,694	,491

Tabela 3.182. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Afecto Negativo	19,6909	7,10991	55
	SSS Total	48,5818	12,52507	55
	CRI Análise Lógica_Factor 1	,2136965	,89109301	55
Grupo Não Clínico	PANAS Afecto Negativo	13,7288	5,32991	59
	SSS Total	57,3390	8,35961	59
	CRI Análise Lógica_Factor 1	-,1330637	1,00465862	59

Tabela 3.183. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,278(a)	,077	,060	6,89366	,077	4,441	1	53	,040
	2	,316(b)	,100	,065	6,87480	,022	1,291	1	52	,261
Grupo Não Clínico	1	,156(a)	,024	,007	5,31049	,024	1,425	1	57	,238
	2	,179(b)	,032	-,003	5,33658	,008	,444	1	56	,508

Tabela 3.184. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	211,047	1	211,047	4,441	,040(a)
		Residual	2518,698	53	47,523		
		Total	2729,745	54			
	2	Regression	272,077	2	136,039	2,878	,065(b)
		Residual	2457,668	52	47,263		
		Total	2729,745	54			
Grupo Não Clínico	1	Regression	40,184	1	40,184	1,425	,238(a)
		Residual	1607,477	57	28,201		
		Total	1647,661	58			
	2	Regression	52,831	2	26,416	,928	,402(b)
		Residual	1594,830	56	28,479		
		Total	1647,661	58			

Tabela 3.185. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	27,359	3,756		7,285	,000
		SSS Total	-,158	,075	-,278	-2,107	,040
	2	CRI Análise Lógica_Factor 1 (Constant)	26,816	3,776		7,102	,000
		SSS Total	-,152	,075	-,268	-2,029	,048
		CRI Análise Lógica_Factor 1	1,196	1,052	,150	1,136	,261
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	19,438	4,833		4,022	,000
		SSS Total	-,100	,083	-,156	-1,194	,238
	2	CRI Análise Lógica_Factor 1 (Constant)	19,521	4,858		4,018	,000
		SSS Total	-,100	,084	-,157	-1,192	,238
		CRI Análise Lógica_Factor 1	,465	,697	,088	,666	,508

Tabela 3.186. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Parte I.V. Variabilidade do Afecto Negativo ("Culpa")

Parte I.V.I. Amostra

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,136(a)	,019	,010	1,88200

Tabela 3.187. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Culpa" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7,757	1	7,757	2,190	,142(a)
	Residual	410,862	116	3,542		
	Total	418,619	117			

Tabela 3.188. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Culpa" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	4,903	,829		5,914	,000
	SSS Total	-,023	,015	-,136	-1,480	,142

Tabela 3.189. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Culpa" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,003(a)	,000	-,008	1,88210

Tabela 3.190. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Culpa" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,003	1	,003	,001	,978(a)
	Residual	421,534	119	3,542		
	Total	421,537	120			

Tabela 3.191. ANOVA da Análise de Regressão Simples da sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Culpa" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	3,736	,171		21,832	,000
	CRI Análise Lógica_Factor 1	-,005	,172	-,003	-,028	,978

Tabela 3.192. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Culpa" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,123(a)	,015	,006	1,90007
2	,125(b)	,016	-,002	1,90816

Tabela 3.193. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6,220	1	6,220	1,723	,192(a)
	Residual	404,350	112	3,610		
	Total	410,570	113			
2	Regression	6,413	2	3,206	,881	,417(b)
	Residual	404,157	111	3,641		
	Total	410,570	113			

Tabela 3.194. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	4,820	,851		5,665	,000
	SSS Total	-,021	,016	-,123	-1,313	,192
	CRI Análise Lógica_Factor 1					
2	(Constant)	4,799	,859		5,584	,000
	SSS Total	-,020	,016	-,121	-1,277	,204
	CRI Análise Lógica_Factor 1	,043	,187	,022	,230	,818

Tabela 3.195. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS.

Parte I.V.II. Grupos

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
Grupo Clínico	1	,102(a)	,010	-,007	1,95818
Grupo Não Clínico	1	,046(a)	,002	-,015	1,80992

Tabela 3.196. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) no factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	2,252	1	2,252	,587	,447(a)
		Residual	214,731	56	3,834		
		Total	216,983	57			
Grupo Não Clínico	1	Regression	,403	1	,403	,123	,727(a)
		Residual	189,997	58	3,276		
		Total	190,400	59			

Tabela 3.197. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	4,801	1,055		4,551	,000
		SSS Total	-,016	,021	-,102	-,766	,447
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	3,963	1,622		2,443	,018
		SSS Total	-,010	,028	-,046	-,351	,727

Tabela 3.198. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
Grupo Clínico	1	,113(a)	,013	-,004	1,92508
Grupo Não Clínico	1	,055(a)	,003	-,014	1,79540

Tabela 3.199. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	2,790	1	2,790	,753	,389(a)
		Residual	214,943	58	3,706		
		Total	217,733	59			
Grupo Não Clínico	1	Regression	,571	1	,571	,177	,675(a)
		Residual	190,183	59	3,223		
		Total	190,754	60			

Tabela 3.200. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos.

			Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
Grupo	Model		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	4,102	,252		16,291	,000
		CRI Análise Lógica_Factor 1	-,220	,254	-,113	-,868	,389
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	3,425	,233		14,717	,000
		CRI Análise Lógica_Factor 1	,098	,233	,055	,421	,675

Tabela 3.201. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Análise Lógica do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
Grupo Clínico	1	,091(a)	,008	-,010	1,98621
	2	,106(b)	,011	-,027	2,00231
Grupo Não Clínico	1	,027(a)	,001	-,017	1,81741
	2	,057(b)	,003	-,032	1,83122

Tabela 3.202. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	1,750	1	1,750	,444	,508(a)
		Residual	209,087	53	3,945		
		Total	210,836	54			
	2	Regression	2,355	2	1,178	,294	,747(b)
		Residual	208,481	52	4,009		
		Total	210,836	54			
Grupo Não Clínico	1	Regression	,136	1	,136	,041	,840(a)
		Residual	188,271	57	3,303		
		Total	188,407	58			
	2	Regression	,619	2	,310	,092	,912(b)
		Residual	187,788	56	3,353		
		Total	188,407	58			

Tabela 3.203. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	4,753	1,082		4,392	,000
		SSS Total	-,014	,022	-,091	-,666	,508
		CRI Análise Lógica_Factor 1					
	2	(Constant)	4,807	1,100		4,371	,000
		SSS Total	-,015	,022	-,095	-,686	,496

Grupo Não Clínico	1	CRI Análise Lógica_Factor 1	-,119	,307	-,054	-,389	,699
		(Constant)	3,756	1,654		2,271	,027
		SSS Total	-,006	,029	-,027	-,203	,840
	2	CRI Análise Lógica_Factor 1 (Constant)	3,772	1,667		2,263	,028
		SSS Total	-,006	,029	-,027	-,204	,839
		CRI Análise Lógica_Factor 1	,091	,239	,051	,380	,706

Tabela 3.204. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Análise Lógica do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Parte II. Análise de Regressão Simples e Múltipla do Evitamento Cognitivo (CRI) nos factores do Afecto

Parte II.I. Evitamento Cognitivo (CRI) e Satisfação com o Suporte Social

Parte II.I.I. Amostra

		CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	SSS Total
Pearson Correlation	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	1,000	-,210
	SSS Total	-,210	1,000
Sig. (1-tailed)	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	.	,012
	SSS Total	,012	.
N	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	115	115
	SSS Total	115	115

Tabela 3.205a. Análise de correlações entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,210(a)	,044	,036	,98699916	,044	5,212	1	113	,024

Tabela 3.205b. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5,077	1	5,077	5,212	,024(a)
	Residual	110,081	113	,974		
	Total	115,158	114			

Tabela 3.206. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	,986	,443		2,228	,028
	SSS Total	-,019	,008	-,210	-2,283	,024

Tabela 3.207. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Parte II.I.II. Grupos

Grupo			CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	SSS Total
Grupo Clínico	Pearson Correlation	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	1,000	-,050
		SSS Total	-,050	1,000
	Sig. (1-tailed)	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	.	,358
		SSS Total	,358	.
	N	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	56	56
		SSS Total	56	56
Grupo Não Clínico	Pearson Correlation	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	1,000	-,154
		SSS Total	-,154	1,000
	Sig. (1-tailed)	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	.	,122
		SSS Total	,122	.
	N	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	59	59
		SSS Total	59	59

Tabela 3.208. Análise de correlações entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,3618073	1,03981533	56
	SSS Total	48,8929	12,41506	56
Grupo Não Clínico	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	-,3476316	,84313658	59
	SSS Total	57,4576	8,49000	59

Tabela 3.209. Estatística Descritiva da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

		R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Grupo	Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,050(a)	,002	-,016	1,04809911	,002	,134	1	54	,716
Grupo Não Clínico	1	,154(a)	,024	,007	,84036724	,024	1,383	1	57	,244

Tabela 3.210. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	,147	1	,147	,134	,716(a)
		Residual	59,320	54	1,099		
		Total	59,467	55			
Grupo Não Clínico	1	Regression	,977	1	,977	1,383	,244(a)
		Residual	40,254	57	,706		
		Total	41,231	58			

Tabela 3.211. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	,566	,574		,985	,329
		SSS Total	-,004	,011	-,050	-,366	,716
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	,531	,755		,703	,485
		SSS Total	-,015	,013	-,154	-1,176	,244

Tabela 3.212. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Parte II.II. Variabilidade do Afecto Negativo ("Afecto Negativo")

Parte II.II.I. Amostra

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Afecto Negativo	16,6942	7,00695	121
CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,0000000	1,00000000	121

Tabela 3.213. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,350(a)	,123	,115	6,59101	,123	16,624	1	119	,000

Tabela 3.214. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	722,154	1	722,154	16,624	,000(a)
	Residual	5169,532	119	43,441		
	Total	5891,686	120			

Tabela 3.215. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	16,694	,599		27,862	,000
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	2,453	,602	,350	4,077	,000

Tabela 3.216. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Afecto Negativo	16,5826	6,92311	115
SSS Total	53,2870	11,38078	115
CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	-,0021657	1,00506612	115

Tabela 3.217. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,335(a)	,112	,105	6,55100	,112	14,319	1	113	,000
2	,429(b)	,184	,169	6,30996	,071	9,798	1	112	,002

Tabela 3.218. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	614,506	1	614,506	14,319	,000(a)
	Residual	4849,459	113	42,916		
	Total	5463,965	114			
2	Regression	1004,619	2	502,310	12,616	,000(b)
	Residual	4459,346	112	39,816		
	Total	5463,965	114			

Tabela 3.219. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	27,453	2,937		9,347	,000
	SSS Total	-,204	,054	-,335	-3,784	,000
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1					
2	(Constant)	25,597	2,890		8,856	,000
	SSS Total	-,169	,053	-,278	-3,184	,002
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	1,883	,601	,273	3,130	,002

Tabela 3.220. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Parte II.II.II. Grupos

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Afecto Negativo	19,6885	7,21004	61
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,3646136	1,00442777	61
Grupo Não Clínico	PANAS Afecto Negativo	13,6500	5,31969	60
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	-,3706905	,85482949	60

Tabela 3.221. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,131(a)	,017	,000	7,20852	,017	1,025	1	59	,315
Grupo Não Clínico	1	,385(a)	,148	,134	4,95186	,148	10,091	1	58	,002

Tabela 3.222. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	53,275	1	53,275	1,025	,315(a)
		Residual	3065,807	59	51,963		
		Total	3119,082	60			
Grupo Não Clínico	1	Regression	247,435	1	247,435	10,091	,002(a)
		Residual	1422,215	58	24,521		
		Total	1669,650	59			

Tabela 3.223. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	19,346	,983		19,684	,000
		CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,938	,927	,131	1,013	,315
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	14,538	,698		20,836	,000
		CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	2,396	,754	,385	3,177	,002

Tabela 3.224. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Afecto Negativo	19,5893	7,17262	56
	SSS Total	48,8929	12,41506	56
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,3618073	1,03981533	56
Grupo Não Clínico	PANAS Afecto Negativo	13,7288	5,32991	59
	SSS Total	57,4576	8,49000	59
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	-,3476316	,84313658	59

Tabela 3.225. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

		R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Grupo	Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,234(a)	,055	,037	7,03725	,055	3,136	1	54	,082
	2	,256(b)	,065	,030	7,06372	,011	,596	1	53	,444
Grupo Não Clínico	1	,161(a)	,026	,009	5,30628	,026	1,518	1	57	,223
	2	,386(b)	,149	,119	5,00349	,123	8,108	1	56	,006

Tabela 3.226(a). *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	155,317	1	155,317	3,136	,082(a)
		Residual	2674,237	54	49,523		
		Total	2829,554	55			
	2	Regression	185,055	2	92,528	1,854	,167(b)
		Residual	2644,498	53	49,896		
		Total	2829,554	55			
Grupo Não Clínico	1	Regression	42,734	1	42,734	1,518	,223(a)
		Residual	1604,927	57	28,157		
		Total	1647,661	58			
	2	Regression	245,707	2	122,853	4,907	,011(b)
		Residual	1401,954	56	25,035		
		Total	1647,661	58			

Tabela 3.226(b). ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	26,207	3,853		6,801	,000
		SSS Total	-,135	,076	-,234	-1,771	,082
		CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1					
	2	(Constant)	25,807	3,903		6,613	,000
		SSS Total	-,132	,077	-,229	-1,724	,091
		CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,708	,917	,103	,772	,444
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	19,538	4,766		4,100	,000
		SSS Total	-,101	,082	-,161	-1,232	,223
		CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1					
	2	(Constant)	18,347	4,513		4,065	,000
		SSS Total	-,067	,078	-,106	-,853	,397
		CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	2,245	,789	,355	2,847	,006

Tabela 3.227. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Parte II. III. Variabilidade do Afecto Negativo ("Culpa")

Parte II.III.I. Amostra

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Culpa	3,7107	1,85489	121
CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,0000000	1,00000000	121

Tabela 3.228(a). Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS.

					Change Statistics				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate					
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,303(a)	,092	,084	1,77507	,092	12,036	1	119	,001

Tabela 3.228(b). *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	37,923	1	37,923	12,036	,001(a)
	Residual	374,953	119	3,151		
	Total	412,876	120			

Tabela 3.229. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	3,711	,161		22,995	,000
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,562	,162	,303	3,469	,001

Tabela 3.230. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS.

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Culpa	3,7043	1,87773	115
SSS Total	53,2870	11,38078	115
CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	-,0021657	1,00506612	115

Tabela 3.231. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS.

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,117(a)	,014	,005	1,87314	,014	1,560	1	113	,214
2	,302(b)	,091	,075	1,80611	,077	9,543	1	112	,003

Tabela 3.232. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regressi on	5,472	1	5,472	1,560	,214(a)
	Residual	396,476	113	3,509		
	Total	401,948	114			
2	Regressi on	36,601	2	18,300	5,610	,005(b)
	Residual	365,347	112	3,262		
	Total	401,948	114			

Tabela 3.233. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	4,730	,840		5,633	,000
	SSS Total	-,019	,015	-,117	-1,249	,214
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1					
2	(Constant)	4,206	,827		5,084	,000
	SSS Total	-,009	,015	-,057	-,618	,538
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,532	,172	,285	3,089	,003

Tabela 3.234. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS.

Parte II.III.II. Grupos

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Culpa	4,0164	1,87520	61
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,3646136	1,00442777	61
Grupo Não Clínico	PANAS Culpa	3,4000	1,79642	60
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	-,3706905	,85482949	60

Tabela 3.235. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos.

				Adjusted R	Std. Error of					
		R	R Square	Square	the Estimate	Change Statistics				
Grupo	Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,201(a)	,040	,024	1,85255	,040	2,477	1	59	,121
Grupo Não Clínico	1	,343(a)	,118	,102	1,70199	,118	7,728	1	58	,007

Tabela 3.236. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	8,499	1	8,499	2,477	,121(a)
		Residual	202,484	59	3,432		
		Total	210,984	60			
Grupo Não Clínico	1	Regression	22,387	1	22,387	7,728	,007(a)
		Residual	168,013	58	2,897		
		Total	190,400	59			

Tabela 3.237. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	3,880	,253		15,360	,000
		CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,375	,238	,201	1,574	,121
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	3,667	,240		15,291	,000
		CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,721	,259	,343	2,780	,007

Tabela 3.238. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI no factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Culpa	4,0000	1,92590	56
	SSS Total	48,8929	12,41506	56
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,3618073	1,03981533	56
Grupo Não Clínico	PANAS Culpa	3,4237	1,80233	59
	SSS Total	57,4576	8,49000	59
	CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	-,3476316	,84313658	59

Tabela 3.239. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS por grupos.

		R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Grupo	Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,083(a)	,007	-,012	1,93696	,007	,374	1	54	,544
	2	,221(b)	,049	,013	1,91361	,042	2,326	1	53	,133
Grupo Não Clínico	1	,038(a)	,001	-,016	1,81678	,001	,081	1	57	,777
	2	,331(b)	,109	,078	1,73098	,108	6,791	1	56	,012

Tabela 3.240. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	1,401	1	1,401	,374	,544(a)
		Residual	202,599	54	3,752		
		Total	204,000	55			
	2	Regression	9,919	2	4,960	1,354	,267(b)
		Residual	194,081	53	3,662		
		Total	204,000	55			

Grupo Não Clínico	1	Regression	,267	1	,267	,081	,777(a)
		Residual	188,139	57	3,301		
		Total	188,407	58			
	2	Regression	20,615	2	10,307	3,440	,039(b)
		Residual	167,792	56	2,996		
		Total	188,407	58			

Tabela 3.241. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	4,629	1,061		4,364	,000
		SSS Total	-,013	,021	-,083	-,611	,544
		CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1					
	2	(Constant)	4,414	1,057		4,175	,000
		SSS Total	-,011	,021	-,073	-,542	,590
		CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,379	,248	,205	1,525	,133
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	3,883	1,632		2,380	,021
		SSS Total	-,008	,028	-,038	-,285	,777
		CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1					
	2	(Constant)	3,506	1,561		2,246	,029
		SSS Total	,003	,027	,014	,106	,916
		CRI Evitamento Cognitivo_Factor 1	,711	,273	,333	2,606	,012

Tabela 3.242. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Evitamento Cognitivo do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Culpa" da PANAS por grupos.

Parte III. Análise de Regressão Simples e Múltipla da Descarga Emocional (CRI) nos factores do Afecto

Parte III.I.I. Amostra

		CRI Descarga Emocional_Factor 1	SSS Total
Pearson Correlation	CRI Descarga Emocional_Factor 1	1,000	-,159
	SSS Total	-,159	1,000
Sig. (1-tailed)	CRI Descarga Emocional_Factor 1	.	,049
	SSS Total	,049	.
N	CRI Descarga Emocional_Factor 1	109	109
	SSS Total	109	109

Tabela 3.243. Análise de correlações entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

	Mean	Std. Deviation	N
CRI Descarga Emocional_Factor 1	,0025959	,98364432	109
SSS Total	53,4771	11,26005	109

Tabela 3.244. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,159(a)	,025	,016	,97566772	,025	2,773	1	107	,099

Tabela 3.245. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,640	1	2,640	2,773	,099(a)
	Residual	101,856	107	,952		
	Total	104,496	108			

Tabela 3.246. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	,745	,456		1,636	,105
	SSS Total	-,014	,008	-,159	-1,665	,099

Tabela 3.247. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Parte III.I.II. Grupos

Grupo			CRI Descarga Emocional_Factor 1	SSS Total
Grupo Clínico	Pearson Correlation	CRI Descarga Emocional_Factor 1	1,000	-,041
		SSS Total	-,041	1,000
	Sig. (1-tailed)	CRI Descarga Emocional_Factor 1	.	,385
		SSS Total	,385	.
	N	CRI Descarga Emocional_Factor 1	53	53
		SSS Total	53	53
Grupo Não Clínico	Pearson Correlation	CRI Descarga Emocional_Factor 1	1,000	-,149
		SSS Total	-,149	1,000
	Sig. (1-tailed)	CRI Descarga Emocional_Factor 1	.	,137
		SSS Total	,137	.
	N	CRI Descarga Emocional_Factor 1	56	56
		SSS Total	56	56

Tabela 3.248. Análise de correlações entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	CRI Descarga Emocional_Factor 1	,2336626	,95186437	53
	SSS Total	49,3774	12,42861	53
Grupo Não Clínico	CRI Descarga Emocional_Factor 1	-,2160922	,97116375	56
	SSS Total	57,3571	8,44970	56

Tabela 3.249. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

		R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Grupo	Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,041(a)	,002	-,018	,96034196	,002	,086	1	51	,771
Grupo Não Clínico	1	,149(a)	,022	,004	,96920162	,022	1,223	1	54	,274

Tabela 3.250. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	,079	1	,079	,086	,771(a)
		Residual	47,035	51	,922		
		Total	47,114	52			
Grupo Não Clínico	1	Regression	1,149	1	1,149	1,223	,274(a)
		Residual	50,725	54	,939		
		Total	51,874	55			

Tabela 3.251. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	,389	,545		,713	,479
		SSS Total	-,003	,011	-,041	-,293	,771
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	,765	,897		,853	,397
		SSS Total	-,017	,015	-,149	-1,106	,274

Tabela 3.252. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Parte III.II. Variabilidade do Afecto Negativo ("Afecto Negativo")

Parte III.II.I. Amostra

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Afecto Negativo	16,6552	6,96963	116
CRI Descarga Emocional_Factor 1	,0000000	1,00000000	116

Tabela 3.253. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,390(a)	,152	,145	6,44509	,152	20,480	1	114	,000

Tabela 3.254. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regressi on	850,737	1	850,737	20,480	,000(a)
	Residual	4735,470	114	41,539		
	Total	5586,207	115			

Tabela 3.255. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	16,655	,598		27,832	,000
	CRI Descarga Emocional_Factor 1	2,720	,601	,390	4,526	,000

Tabela 3.256. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Afecto Negativo	16,5413	6,91018	109
SSS Total	53,4771	11,26005	109
CRI Descarga Emocional_Factor 1	,0025959	,98364432	109

Tabela 3.257. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,310(a)	,096	,088	6,59928	,096	11,416	1	107	,001
2	,492(b)	,242	,228	6,07129	,146	20,420	1	106	,000

Tabela 3.258. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	497,156	1	497,156	11,416	,001(a)
	Residual	4659,909	107	43,551		
	Total	5157,064	108			
2	Regression	1249,844	2	624,922	16,954	,000(b)
	Residual	3907,220	106	36,861		
	Total	5157,064	108			

Tabela 3.259. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	26,731	3,081		8,675	,000
	SSS Total	-,191	,056	-,310	-3,379	,001
	CRI Descarga Emocional_Factor 1					
2	(Constant)	24,705	2,870		8,608	,000
	SSS Total	-,153	,053	-,249	-2,908	,004
	CRI Descarga Emocional_Factor 1	2,718	,602	,387	4,519	,000

Tabela 3.260. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Parte III.II.II. Grupos

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Afecto Negativo	19,5000	7,24811	58
	CRI Descarga Emocional_Factor 1	,2425332	,95634777	58
Grupo Não Clínico	PANAS Afecto Negativo	13,8103	5,38502	58
	CRI Descarga Emocional_Factor 1	-,2425332	,99158164	58

Tabela 3.261. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

		R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Grupo	Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,277(a)	,077	,060	7,02555	,077	4,669	1	56	,035
Grupo Não Clínico	1	,405(a)	,164	,149	4,96834	,164	10,962	1	56	,002

Tabela 3.262. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	230,433	1	230,433	4,669	,035(a)
		Residual	2764,067	56	49,358		
		Total	2994,500	57			
Grupo Não Clínico	1	Regression	270,587	1	270,587	10,962	,002(a)
		Residual	1382,327	56	24,684		
		Total	1652,914	57			

Tabela 3.263. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	18,990	,952		19,943	,000
		CRI Descarga Emocional_Factor 1	2,102	,973	,277	2,161	,035
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	14,343	,672		21,346	,000
		CRI Descarga Emocional_Factor 1	2,197	,664	,405	3,311	,002

Tabela 3.264. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Descarga Emocional do CRI no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Afecto Negativo	19,3774	7,20904	53
	SSS Total	49,3774	12,42861	53
	CRI Descarga Emocional_Factor 1	,2336626	,95186437	53
Grupo Não Clínico	PANAS Afecto Negativo	13,8571	5,43533	56
	SSS Total	57,3571	8,44970	56
	CRI Descarga Emocional_Factor 1	-,2160922	,97116375	56

Tabela 3.265. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

		R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Grupo	Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,212(a)	,045	,026	7,11363	,045	2,404	1	51	,127
	2	,422(b)	,178	,145	6,66647	,133	8,071	1	50	,006
Grupo Não Clínico	1	,167(a)	,028	,010	5,40865	,028	1,544	1	54	,219
	2	,403(b)	,162	,131	5,06758	,135	8,514	1	53	,005

Tabela 3.266. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	121,660	1	121,660	2,404	,127(a)
		Residual	2580,793	51	50,604		
		Total	2702,453	52			
	2	Regression	480,364	2	240,182	5,404	,008(b)
		Residual	2222,088	50	44,442		
		Total	2702,453	52			
Grupo Não Clínico	1	Regression	45,166	1	45,166	1,544	,219(a)
		Residual	1579,691	54	29,254		
		Total	1624,857	55			
	2	Regression	263,799	2	131,899	5,136	,009(b)
		Residual	1361,058	53	25,680		
		Total	1624,857	55			

Tabela 3.267. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	25,454	4,039		6,302	,000
		SSS Total	-,123	,079	-,212	-1,551	,127
		CRI Descarga Emocional_Factor 1					
	2	(Constant)	24,380	3,804		6,409	,000
		SSS Total	-,114	,074	-,197	-1,537	,131
		CRI Descarga Emocional_Factor 1	2,762	,972	,365	2,841	,006
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	20,009	5,003		3,999	,000
		SSS Total	-,107	,086	-,167	-1,243	,219

	CRI Descarga Emocional_Factor 1					
2	(Constant)	18,420	4,719		3,903	,000
	SSS Total	-,072	,082	-,112	-,877	,384
	CRI Descarga Emocional_Factor 1	2,076	,712	,371	2,918	,005

Tabela 3.268. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Descarga Emocional do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Parte IV. Análise de Regressão Simples e Múltipla da Reavaliação Positiva (CRI) nos factores do Afecto

Parte IV.I. Reavaliação Positiva e Satisfação com o Suporte Social

Parte IV.I.I. Grupos

Grupo			CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	SSS Total
Grupo Clínico	Pearson Correlation	CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	1,000	,086
		SSS Total	,086	1,000
	Sig. (1-tailed)	CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	.	,263
		SSS Total	,263	.
	N	CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	57	57
		SSS Total	57	57

Grupo Não Clínico	Pearson Correlation	CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	1,000	,004
		SSS Total	,004	1,000
	Sig. (1-tailed)	CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	.	,488
		SSS Total	,488	.
	N	CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	58	58
		SSS Total	58	58

Tabela 3.269. Análise de correlações entre a Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	,1624969	1,00719179	57
	SSS Total	48,4912	12,40121	57
Grupo Não Clínico	CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	-,0999039	,90940730	58
	SSS Total	57,7586	8,36725	58

Tabela 3.270. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,086(a)	,007	-,011	1,01255882	,007	,408	1	55	,526
Grupo Não Clínico	1	,004(a)	,000	-,018	,91748389	,000	,001	1	56	,976

Tabela 3.271. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	,418	1	,418	,408	,526(a)
		Residual	56,390	55	1,025		
		Total	56,808	56			
Grupo Não Clínico	1	Regression	,001	1	,001	,001	,976(a)
		Residual	47,139	56	,842		
		Total	47,140	57			

Tabela 3.272. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	-,175	,546		-,321	,749
		SSS Total	,007	,011	,086	,639	,526
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	-,125	,847		-,147	,883
		SSS Total	,000	,015	,004	,030	,976

Tabela 3.273. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Parte IV.II. Variabilidade do Afecto Positivo ("Atenção")

Parte IV.II.I. Grupos

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Atenção	10,7049	3,16409	61
	CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	,1014186	1,08362372	61
Grupo Não Clínico	PANAS Atenção	12,6949	3,74283	59
	CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	-,1142293	,90822386	59

Tabela 3.274. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

		R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Grupo	Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,083(a)	,007	-,010	3,17982	,007	,408	1	59	,525
Grupo Não Clínico	1	,287(a)	,082	,066	3,61649	,082	5,123	1	57	,027

Tabela 3.275. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	4,126	1	4,126	,408	,525(a)
		Residual	596,563	59	10,111		
		Total	600,689	60			
Grupo Não Clínico	1	Regression	67,004	1	67,004	5,123	,027(a)
		Residual	745,504	57	13,079		
		Total	812,508	58			

Tabela 3.276. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	10,680	,409		26,117	,000
		CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	,242	,379	,083	,639	,525
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	12,830	,475		27,033	,000
		CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	1,183	,523	,287	2,263	,027

Tabela 3.277. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Atenção	10,5536	3,19044	56
	SSS Total	48,6607	12,44665	56
	CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	,1555238	1,01491752	56
Grupo Não Clínico	PANAS Atenção	12,6034	3,70841	58
	SSS Total	57,7586	8,36725	58
	CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	-,0999039	,90940730	58

Tabela 3.278. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos.

		R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Grupo	Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,068(a)	,005	-,014	3,21249	,005	,247	1	54	,621
	2	,084(b)	,007	-,030	3,23872	,002	,129	1	53	,721
Grupo Não Clínico	1	,474(a)	,225	,211	3,29425	,225	16,233	1	56	,000
	2	,570(b)	,325	,300	3,10263	,100	8,131	1	55	,006

Tabela 3.279. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	2,553	1	2,553	,247	,621(a)
		Residual	557,287	54	10,320		
		Total	559,839	55			
	2	Regression	3,905	2	1,953	,186	,831(b)
		Residual	555,934	53	10,489		
		Total	559,839	55			
Grupo Não Clínico	1	Regression	176,162	1	176,162	16,233	,000(a)
		Residual	607,717	56	10,852		
		Total	783,879	57			
	2	Regression	254,431	2	127,215	13,215	,000(b)
		Residual	529,449	55	9,626		
		Total	783,879	57			

Tabela 3.280. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	11,396	1,747		6,523	,000
		SSS Total	-,017	,035	-,068	-,497	,621
		CRI Reavaliação Positiva_Factor 1					
	2	(Constant)	11,428	1,764		6,480	,000
		SSS Total	-,018	,035	-,072	-,524	,602
		CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	,155	,432	,049	,359	,721
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	,468	3,043		,154	,878
		SSS Total	,210	,052	,474	4,029	,000
		CRI Reavaliação Positiva_Factor 1					
	2	(Constant)	,629	2,866		,219	,827
		SSS Total	,210	,049	,473	4,267	,000
		CRI Reavaliação Positiva_Factor 1	1,289	,452	,316	2,851	,006

Tabela 3.281. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Reavaliação Positiva do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Parte V. Análise de Regressão Simples e Múltipla da Resolução de Problemas (CRI) nos factores do Afecto

Parte V.I. Resolução de Problemas e Satisfação com o Suporte Social

Parte V.I.I. Amostra

		CRI Resolução de Problemas_Factor 1	SSS Total
Pearson Correlation	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	1,000	,050
	SSS Total	,050	1,000
Sig. (1-tailed)	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	.	,302
	SSS Total	,302	.
N	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	111	111
	SSS Total	111	111

Tabela 3.282. Análise de correlações entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,050(a)	,002	-,007	,97804175	,002	,269	1	109	,605

Tabela 3.283. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,258	1	,258	,269	,605(a)
	Residual	104,266	109	,957		
	Total	104,523	110			

Tabela 3.284. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	-,190	,448		-,425	,672
	SSS Total	,004	,008	,050	,519	,605

Tabela 3.285. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Parte V.I.II. Grupos

Grupo			CRI Resolução de Problemas_Factor 1	SSS Total
Grupo Clínico	Pearson Correlation	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	1,000	,030
		SSS Total	,030	1,000
	Sig. (1-tailed)	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	.	,414
		SSS Total	,414	.
	N	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	54	54
		SSS Total	54	54
Grupo Não Clínico	Pearson Correlation	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	1,000	,088
		SSS Total	,088	1,000
	Sig. (1-tailed)	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	.	,257
		SSS Total	,257	.
	N	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	57	57
		SSS Total	57	57

Tabela 3.286. Análise de correlações entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,030(a)	,001	-,018	1,04922948	,001	,048	1	52	,827
Grupo Não Clínico	1	,088(a)	,008	-,010	,92301004	,008	,430	1	55	,515

Tabela 3.287. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	,053	1	,053	,048	,827(a)
		Residual	57,246	52	1,101		
		Total	57,299	53			
Grupo Não Clínico	1	Regression	,367	1	,367	,430	,515(a)
		Residual	46,857	55	,852		
		Total	47,224	56			

Tabela 3.288. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	-,091	,590		-,155	,878
		SSS Total	,003	,012	,030	,220	,827
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	-,507	,842		-,602	,550
		SSS Total	,010	,015	,088	,656	,515

Tabela 3.289. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Parte V.II. Variabilidade do Afecto Positivo ("Actividade")

Parte V.II.I. Amostra

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Actividade	20,8034	5,30491	117
CRI Resolução de Problemas_Factor 1	,0000000	1,00000000	117

Tabela 3.290. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,209(a)	,044	,035	5,21047	,044	5,243	1	115	,024

Tabela 3.291. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	142,345	1	142,345	5,243	,024(a)
	Residual	3122,134	115	27,149		
	Total	3264,479	116			

Tabela 3.292. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	20,803	,482		43,187	,000
	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	1,108	,484	,209	2,290	,024

Tabela 3.293. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS.

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Actividade	20,7928	5,25204	111
SSS Total	53,0000	11,28636	111
CRI Resolução de Problemas_Factor 1	,0370042	,97478841	111

Tabela 3.294. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,354(a)	,125	,117	4,93419	,125	15,628	1	109	,000
2	,398(b)	,159	,143	4,86188	,033	4,266	1	108	,041

Tabela 3.295. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	380,494	1	380,494	15,628	,000(a)
	Residual	2653,740	109	24,346		
	Total	3034,234	110			
2	Regression	481,342	2	240,671	10,182	,000(b)
	Residual	2552,892	108	23,638		
	Total	3034,234	110			

Tabela 3.296. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	12,059	2,258		5,340	,000
	SSS Total	,165	,042	,354	3,953	,000
	CRI Resolução de Problemas_Factor 1					
2	(Constant)	12,246	2,227		5,499	,000
	SSS Total	,161	,041	,345	3,905	,000
	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	,983	,476	,183	2,066	,041

Tabela 3.297. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS

Parte V.II.II. Grupos

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Actividade	18,5690	5,01616	58
	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	-,0093484	1,08138761	58
Grupo Não Clínico	PANAS Actividade	23,0000	4,65351	59
	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	,0091899	,92227414	59

Tabela 3.298. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,174(a)	,030	,013	4,98395	,030	1,739	1	56	,193
Grupo Não Clínico	1	,291(a)	,085	,069	4,49101	,085	5,273	1	57	,025

Tabela 3.299. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	43,197	1	43,197	1,739	,193(a)
		Residual	1391,027	56	24,840		
		Total	1434,224	57			
Grupo Não Clínico	1	Regression	106,359	1	106,359	5,273	,025(a)
		Residual	1149,641	57	20,169		
		Total	1256,000	58			

Tabela 3.300. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	18,576	,654		28,385	,000
		CRI Resolução de Problemas_Factor 1	,805	,610	,174	1,319	,193
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	22,987	,585		39,313	,000
		CRI Resolução de Problemas_Factor 1	1,468	,639	,291	2,296	,025

Tabela 3.301. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Actividade	18,5556	4,93225	54
	SSS Total	48,5741	12,23913	54
	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	,0343986	1,03976550	54
Grupo Não Clínico	PANAS Actividade	22,9123	4,66476	57
	SSS Total	57,1930	8,46514	57
	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	,0394727	,91830302	57

Tabela 3.302. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,170(a)	,029	,010	4,90673	,029	1,553	1	52	,218
	2	,203(b)	,041	,003	4,92383	,012	,639	1	51	,428
Grupo Não Clínico	1	,327(a)	,107	,091	4,44831	,107	6,582	1	55	,013
	2	,450(b)	,202	,173	4,24332	,095	6,442	1	54	,014

Tabela 3.303. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	37,382	1	37,382	1,553	,218(a)
		Residual	1251,951	52	24,076		
		Total	1289,333	53			
	2	Regression	52,882	2	26,441	1,091	,344(b)
		Residual	1236,451	51	24,244		
		Total	1289,333	53			
Grupo Não Clínico	1	Regression	130,250	1	130,250	6,582	,013(a)
		Residual	1088,311	55	19,787		
		Total	1218,561	56			
	2	Regression	246,252	2	123,126	6,838	,002(b)
		Residual	972,309	54	18,006		
		Total	1218,561	56			

Tabela 3.304. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	15,222	2,757		5,521	,000
		SSS Total	,069	,055	,170	1,246	,218
		CRI Resolução de Problemas_Factor 1					
	2	(Constant)	15,270	2,767		5,518	,000
		SSS Total	,067	,055	,167	1,217	,229
		CRI Resolução de Problemas_Factor 1	,520	,651	,110	,800	,428
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	12,608	4,059		3,106	,003
		SSS Total	,180	,070	,327	2,566	,013
		CRI Resolução de Problemas_Factor 1					
	2	(Constant)	13,406	3,885		3,451	,001
		SSS Total	,165	,067	,300	2,455	,017
		CRI Resolução de Problemas_Factor 1	1,573	,620	,310	2,538	,014

Tabela 3.305. Coeficientesda Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Parte V.III. Variabilidade do Afecto Positivo ("Atenção")

Parte V.III.I. Amostra

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Atenção	11,7328	3,61484	116
CRI Resolução de Problemas_Factor 1	,0016293	1,00418243	116

Tabela 3.306. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Atenção" da PANAS.

			Adjusted R	Std. Error of	Change Statistics				
	R	R Square	Square	the Estimate					
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,171(a)	,029	,021	3,57706	,029	3,442	1	114	,066

Tabela 3.307. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Atenção" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	44,041	1	44,041	3,442	,066(a)
	Residual	1458,675	114	12,795		
	Total	1502,716	115			

Tabela 3.308. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Atenção" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	11,732	,332		35,324	,000
	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	,616	,332	,171	1,855	,066

Tabela 3.309. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Resolução de Problemas do CRI no factor "Atenção" da PANAS.

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Atenção	11,6455	3,62860	110
SSS Total	53,1273	11,25771	110
CRI Resolução de Problemas_Factor 1	,0390588	,97900824	110

Tabela 3.310. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Resolução de Problemas, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS.

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,272(a)	,074	,066	3,50772	,074	8,642	1	108	,004
2	,331(b)	,110	,093	3,45541	,036	4,295	1	107	,041

Tabela 3.311. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Resolução de Problemas, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	106,329	1	106,329	8,642	,004(a)
	Residual	1328,843	108	12,304		
	Total	1435,173	109			
2	Regression	157,607	2	78,803	6,600	,002(b)
	Residual	1277,566	107	11,940		
	Total	1435,173	109			

Tabela 3.312. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Resolução de Problemas, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	6,984	1,620		4,310	,000
	SSS Total	,088	,030	,272	2,940	,004
	CRI Resolução de Problemas_Factor 1					
2	(Constant)	7,111	1,597		4,451	,000
	SSS Total	,085	,029	,263	2,883	,005
	CRI Resolução de Problemas_Factor 1	,701	,338	,189	2,072	,041

Tabela 3.313. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Resolução de Problemas, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS.

Parte VI. Análise de Regressão Simples e Múltipla da Procura de Apoio e Suporte (CRI) nos factores do Afecto

Parte VI.I. Procura de Apoio e Suporte (CRI) e Satisfação com o Suporte Social

Parte VI.I.I. Amostra

		CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1	SSS Total
Pearson Correlation	CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1	1,000	,133
	SSS Total	,133	1,000
Sig. (1-tailed)	CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1	.	,078
	SSS Total	,078	.
N	CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1	115	115
	SSS Total	115	115

Tabela 3.314. Análise de correlações entre a Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI e a Satisfação com o Suporte Social Escala Total).

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,133(a)	,018	,009	1,00318243	,018	2,038	1	113	,156

Tabela 3.315. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escal Procura de Apoio e Suporte na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,051	1	2,051	2,038	,156(a)
	Residual	113,720	113	1,006		
	Total	115,771	114			

Tabela 3.316. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	-,635	,443		-1,433	,155
	SSS Total	,012	,008	,133	1,428	,156

Tabela 3.317. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Parte VI.II. Variabilidade do Afecto Positivo ("Actividade")

Parte VI.II.I. Amostra

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Actividade	20,7190	5,33108	121
CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1	,0000000	1,00000000	121

Tabela 3.318. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte no CRI no factor "Actividade" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,126(a)	,016	,007	5,31108	,016	1,906	1	119	,170

Tabela 3.319. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI no factor "Actividade" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	53,751	1	53,751	1,906	,170(a)
	Residual	3356,695	119	28,208		
	Total	3410,446	120			

Tabela 3.320. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI no factor "Actividade" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	20,719	,483		42,912	,000
	CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1	,669	,485	,126	1,380	,170

Tabela 3.321. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI no factor "Actividade" da PANAS.

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Actividade	20,7043	5,28150	115
SSS Total	53,0783	11,50374	115
CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1	-,0164867	1,00773857	115

Tabela 3.322. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS.

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,320(a)	,102	,094	5,02659	,102	12,856	1	113	,000
2	,326(b)	,106	,090	5,03734	,004	,519	1	112	,473

Tabela 3.323. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	324,818	1	324,818	12,856	,000(a)
	Residual	2855,130	113	25,267		
	Total	3179,948	114			
2	Regression	337,976	2	168,988	6,660	,002(b)
	Residual	2841,972	112	25,375		
	Total	3179,948	114			

Tabela 3.324. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	12,916	2,222		5,812	,000
	SSS Total	,147	,041	,320	3,585	,000
	CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1					
2	(Constant)	13,132	2,247		5,844	,000
	SSS Total	,143	,041	,311	3,450	,001
	CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1	,340	,472	,065	,720	,473

Tabela 3.325. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Actividade" da PANAS.

Parte VI.III. Variabilidade do Afecto Positivo ("Atenção")

Parte VI.III.I. Amostra

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Atenção	11,7083	3,66541	120
CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1	-,0005182	1,00417658	120

Tabela 3.326. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte no CRI no factor "Atenção" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,119(a)	,014	,006	3,65462	,014	1,704	1	118	,194

Tabela 3.327. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI no factor "Atenção" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	22,757	1	22,757	1,704	,194(a)
	Residual	1576,035	118	13,356		
	Total	1598,792	119			

Tabela 3.328. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI no factor "Atenção" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	11,709	,334		35,096	,000
	CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1	,435	,334	,119	1,305	,194

Tabela 3.329. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI no factor "Atenção" da PANAS.

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Atenção	11,6228	3,68059	114
SSS Total	53,2018	11,47770	114
CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1	-,0171768	1,01216048	114

Tabela 3.330. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI , a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS.

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,279(a)	,078	,070	3,54977	,078	9,482	1	112	,003
2	,289(b)	,083	,067	3,55557	,005	,635	1	111	,427

Tabela 3.331. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI , a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	119,485	1	119,485	9,482	,003(a)
	Residual	1411,296	112	12,601		
	Total	1530,781	113			
2	Regression	127,509	2	63,754	5,043	,008(b)
	Residual	1403,272	111	12,642		
	Total	1530,781	113			

Tabela 3.332. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	6,856	1,583		4,331	,000
	SSS Total	,090	,029	,279	3,079	,003
	CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1					
2	(Constant)	7,029	1,600		4,392	,000
	SSS Total	,086	,029	,270	2,939	,004
	CRI Procura de Apoio e Suporte_Factor 1	,266	,334	,073	,797	,427

Tabela 3.333. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre Sub-Escala Procura de Apoio e Suporte do CRI, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Atenção" da PANAS.

Parte VII. Análise de Regressão Simples e Múltipla da Aceitação/Resignação (CRI) nos factores do Afecto

Parte VII.I. Aceitação/Resignação (CRI) e Satisfação com o Suporte Social

Parte VII.I.I. Amostra

		CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	SSS Total
Pearson Correlation	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	1,000	-,199
	SSS Total	-,199	1,000
Sig. (1-tailed)	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	.	,016
	SSS Total	,016	.
N	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	115	115
	SSS Total	115	115

Tabela 3.334. Análise de correlações entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,199(a)	,040	,031	,98444622	,040	4,683	1	113	,033

Tabela 3.335(a). *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4,538	1	4,538	4,683	,033(a)
	Residual	109,512	113	,969		
	Total	114,051	114			

Tabela 3.235(b). ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	,901	,435		2,069	,041
	SSS Total	-,017	,008	-,199	-2,164	,033

Tabela 3.336. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Parte VII.I.II. Grupos

Grupo			CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	SSS Total
Grupo Clínico	Pearson Correlation	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	1,000	-,176
		SSS Total	-,176	1,000
	Sig. (1-tailed)	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	.	,096
		SSS Total	,096	.
	N	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	57	57
		SSS Total	57	57
Grupo Não Clínico	Pearson Correlation	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	1,000	-,026
		SSS Total	-,026	1,000
	Sig. (1-tailed)	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	.	,422
		SSS Total	,422	.
	N	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	58	58
		SSS Total	58	58

Tabela 3.337. Análise de correlações entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,176(a)	,031	,013	1,06068215	,031	1,752	1	55	,191
Grupo Não Clínico	1	,026(a)	,001	-,017	,88487406	,001	,039	1	56	,844

Tabela 3.338. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	1,971	1	1,971	1,752	,191(a)
		Residual	61,878	55	1,125		
		Total	63,849	56			
Grupo Não Clínico	1	Regression	,030	1	,030	,039	,844(a)
		Residual	43,848	56	,783		
		Total	43,879	57			

Tabela 3.339. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	,952	,573		1,661	,102
		SSS Total	-,015	,011	-,176	-1,324	,191
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	-,097	,794		-,123	,903
		SSS Total	-,003	,014	-,026	-,197	,844

Tabela 3.340. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Parte VII.II. Variabilidade do Afecto Positivo ("Atenção")

Parte VII.II.I. Amostra

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Atenção	11,5868	3,63242	121
CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	,0088983	,99929622	121

Tabela 3.341. Estatísticas descritiva da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,176(a)	,031	,023	3,59079	,031	3,799	1	119	,054

Tabela 3.342. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	48,984	1	48,984	3,799	,054(a)
	Residual	1534,355	119	12,894		
	Total	1583,339	120			

Tabela 3.343. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	11,581	,326		35,476	,000
	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	,639	,328	,176	1,949	,054

Tabela 3.344. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Atenção	11,4912	3,65853	114
SSS Total	53,2895	11,49584	114
CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	-,0107194	,99966406	114

Tabela 3.345. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,276(a)	,076	,068	3,53207	,076	9,237	1	112	,003
2	,356(b)	,126	,111	3,45014	,050	6,383	1	111	,013

Tabela 3.346. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	115,231	1	115,231	9,237	,003(a)
	Residual	1397,261	112	12,476		
	Total	1512,491	113			
2	Regression	191,210	2	95,605	8,032	,001(b)
	Residual	1321,281	111	11,903		
	Total	1512,491	113			

Tabela 3.347. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	6,810	1,575		4,323	,000
	SSS Total	,088	,029	,276	3,039	,003

2	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1 (Constant)	5,989	1,573		3,808	,000
	SSS Total	,103	,029	,325	3,579	,001
	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	,840	,332	,229	2,526	,013

Tabela 3.348. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS.

Parte VII.II.II. Grupos

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Atenção	10,5082	3,13912	61
	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	,2242021	1,03643427	61
Grupo Não Clínico	PANAS Atenção	12,6833	3,79336	60
	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	-,2099939	,91759510	60

Tabela 3.349. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

		R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Grupo	Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,347(a)	,121	,106	2,96861	,121	8,091	1	59	,006
Grupo Não Clínico	1	,182(a)	,033	,016	3,76196	,033	1,989	1	58	,164

Tabela 3.350. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	71,299	1	71,299	8,091	,006(a)
		Residual	519,947	59	8,813		
		Total	591,246	60			
Grupo Não Clínico	1	Regression	28,146	1	28,146	1,989	,164(a)
		Residual	820,837	58	14,152		
		Total	848,983	59			

Tabela 3.351. ANOVA da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	10,272	,389		26,405	,000
		CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	1,052	,370	,347	2,844	,006
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	12,841	,498		25,764	,000
		CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	,753	,534	,182	1,410	,164

Tabela 3.352. Coeficientes da Análise de Regressão Simples da Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI no factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Atenção	10,3393	3,15235	56
	SSS Total	48,8393	12,46490	56
	CRI Aceitação/Resignação_Fa	,2396415	1,06298285	56

	ctor 1			
Grupo Não Clínico	PANAS Atenção	12,6034	3,79260	58
	SSS Total	57,5862	8,59219	58
	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	-,2524472	,87738260	58

Tabela 3.353. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos.

		R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Grupo	Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,073(a)	,005	-,013	3,17301	,005	,286	1	54	,595
	2	,398(b)	,158	,127	2,94617	,153	9,635	1	53	,003
Grupo Não Clínico	1	,487(a)	,237	,223	3,34202	,237	17,406	1	56	,000
	2	,507(b)	,257	,230	3,32713	,020	1,502	1	55	,226

Tabela 3.354. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	2,882	1	2,882	,286	,595(a)
		Residual	543,671	54	10,068		
		Total	546,554	55			
	2	Regression	86,518	2	43,259	4,984	,010(b)
		Residual	460,036	53	8,680		
		Total	546,554	55			

Grupo Não Clínico	1	Regression	194,410	1	194,410	17,406	,000(a)
		Residual	625,470	56	11,169		
		Total	819,879	57			
	2	Regression	211,040	2	105,520	9,532	,000(b)
		Residual	608,839	55	11,070		
		Total	819,879	57			

Tabela 3.355. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	11,236	1,729		6,498	,000
		SSS Total	-,018	,034	-,073	-,535	,595
		CRI Aceitação/Resignação_Factor 1					
	2	(Constant)	9,984	1,655		6,031	,000
		SSS Total	,001	,033	,006	,045	,964
		CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	1,183	,381	,399	3,104	,003
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	,226	2,999		,075	,940
		SSS Total	,215	,052	,487	4,172	,000
		CRI Aceitação/Resignação_Factor 1					

2	(Constant)	,286	2,986		,096	,924
	SSS Total	,217	,051	,491	4,222	,000
	CRI Aceitação/Resignação_Factor 1	,616	,502	,142	1,226	,226

Tabela 3.356. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre a Sub-Escala Aceitação/Resignação do CRI, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Atenção" da PANAS por grupos.

Parte VIII. Análise de Regressão Simples e Múltipla do Género (Variáveis Pessoais) nos factores do Afecto

Parte VIII.I. Género (Variáveis Pessoais) e Satisfação com o Suporte Social

Parte VIII.I.I. Amostra

		Género	SSS Total
Pearson Correlation	Género	1,000	-,122
	SSS Total	-,122	1,000
Sig. (1-tailed)	Género	.	,094
	SSS Total	,094	.
N	Género	118	118
	SSS Total	118	118

Tabela 3.357. Análise de correlações entre o Género e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

	Mean	Std. Deviation	N
Género	1,33	,472	118
SSS Total	53,1525	11,40747	118

Tabela 3.358. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,122(a)	,015	,006	,471	,015	1,754	1	116	,188

Tabela 3.359. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,389	1	,389	1,754	,188(a)
	Residual	25,721	116	,222		
	Total	26,110	117			

Tabela 3.360. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	1,599	,207		7,710	,000
	SSS Total	-,005	,004	-,122	-1,324	,188

Tabela 3.361. Coeficientes da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Parte VIII.I.II. Grupos

Grupo			Género	SSS Total
Grupo Clínico	Pearson Correlation	Género	1,000	-,064
		SSS Total	-,064	1,000
	Sig. (1-tailed)	Género	.	,318
		SSS Total	,318	.
	N	Género	58	58
		SSS Total	58	58
Grupo Não Clínico	Pearson Correlation	Género	1,000	-,169
		SSS Total	-,169	1,000
	Sig. (1-tailed)	Género	.	,099
		SSS Total	,099	.

	N	Género	60	60
		SSS Total	60	60

Tabela 3.362. Análise de correlações entre o Grau de Escolaridade e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	SSS Total	48,6034	12,32163	58
	Género	1,36	,485	58
Grupo Não Clínico	SSS Total	57,5500	8,44810	60
	Género	1,30	,462	60

Tabela 3.363. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,064(a)	,004	-,014	12,40595	,004	,228	1	56	,635
Grupo Não Clínico	1	,169(a)	,029	,012	8,39823	,029	1,703	1	58	,197

Tabela 3.364. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	35,061	1	35,061	,228	,635(a)
		Residual	8618,819	56	153,907		
		Total	8653,879	57			
Grupo Não Clínico	1	Regression	120,096	1	120,096	1,703	,197(a)

Residual	4090,754	58	70,530	
Total	4210,850	59		

Tabela 3.365. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	50,807	4,896		10,378	,000
		Género	-1,618	3,389	-,064	-,477	,635
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	61,563	3,261		18,877	,000
		Género	-3,087	2,366	-,169	-1,305	,197

Tabela 3.366. Coeficientes da Análise de Regressão Simples do Género na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) por grupos.

Parte VIII.II. Variabilidade do Afecto Negativo ("Afecto Negativo")

Parte VIII.II.I. Amostra

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Afecto Negativo	16,6880	6,97046	125
Género	1,33	,471	125

Tabela 3.367. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,202(a)	,041	,033	6,85479	,041	5,220	1	123	,024

Tabela 3.368. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	245,287	1	245,287	5,220	,024(a)
	Residual	5779,545	123	46,988		
	Total	6024,832	124			

Tabela 3.369. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	20,650	1,839		11,226	,000
	Género	-2,984	1,306	-,202	-2,285	,024

Tabela 3.370. Coeficientes da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Afecto Negativo	16,5847	6,91626	118
SSS Total	53,1525	11,40747	118
Género	1,33	,472	118

Tabela 3.371. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,347(a)	,120	,113	6,51542	,120	15,839	1	116	,000
2	,416(b)	,173	,158	6,34527	,053	7,305	1	115	,008

Tabela 3.372. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	672,367	1	672,367	15,839	,000(a)
	Residual	4924,285	116	42,451		
	Total	5596,653	117			
2	Regression	966,473	2	483,236	12,002	,000(b)
	Residual	4630,180	115	40,262		
	Total	5596,653	117			

Tabela 3.373. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	27,755	2,870		9,671	,000
	SSS Total	-,210	,053	-,347	-3,980	,000
	Género					
2	(Constant)	33,162	3,437		9,648	,000
	SSS Total	-,227	,052	-,375	-4,386	,000

Género	-3,381	1,251	-,231	-2,703	,008

Tabela 3.374. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Parte VIII.II.II. Grupos

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Afecto Negativo	19,6825	7,18831	63
	Género	1,37	,485	63
Grupo Não Clínico	PANAS Afecto Negativo	13,6452	5,25138	62
	Género	1,29	,458	62

Tabela 3.375. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

		R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Grupo	Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,350(a)	,122	,108	6,78868	,122	8,514	1	61	,005
Grupo Não Clínico	1	,141(a)	,020	,003	5,24235	,020	1,210	1	60	,276

Tabela 3.376. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	392,398	1	392,398	8,514	,005(a)
		Residual	2811,253	61	46,086		
		Total	3203,651	62			
Grupo Não Clínico	1	Regression	33,262	1	33,262	1,210	,276(a)

Residual	1648,932	60	27,482	
Total	1682,194	61		

Tabela 3.377. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	26,759	2,571		10,406	,000
		Género	-5,184	1,776	-,350	-2,918	,005
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	15,727	2,006		7,839	,000
		Género	-1,614	1,467	-,141	-1,100	,276

Tabela 3.378. Coeficientes da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Afecto Negativo	19,5862	7,15011	58
	SSS Total	48,6034	12,32163	58
	Género	1,36	,485	58
Grupo Não Clínico	PANAS Afecto Negativo	13,6833	5,29628	60
	SSS Total	57,5500	8,44810	60
	Género	1,30	,462	60

Tabela 3.379. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,240(a)	,058	,041	7,00308	,058	3,419	1	56	,070
	2	,401(b)	,161	,130	6,66857	,103	6,759	1	55	,012
Grupo Não Clínico	1	,166(a)	,027	,011	5,26786	,027	1,638	1	58	,206
	2	,243(b)	,059	,026	5,22654	,032	1,921	1	57	,171

Tabela 3.380. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	167,654	1	167,654	3,419	,070(a)
		Residual	2746,414	56	49,043		
		Total	2914,069	57			
	2	Regression	468,225	2	234,113	5,265	,008(b)
		Residual	2445,844	55	44,470		
		Total	2914,069	57			
Grupo Não Clínico	1	Regression	45,466	1	45,466	1,638	,206(a)
		Residual	1609,517	58	27,750		
		Total	1654,983	59			
	2	Regression	97,932	2	48,966	1,793	,176(b)
		Residual	1557,051	57	27,317		
		Total	1654,983	59			

Tabela 3.381. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	26,351	3,773		6,985	,000
		SSS Total	-,139	,075	-,240	-1,849	,070
		Género					
	2	(Constant)	33,394	4,499		7,422	,000
		SSS Total	-,151	,072	-,260	-2,103	,040
		Género	-4,746	1,826	-,322	-2,600	,012
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	19,663	4,721		4,165	,000
		SSS Total	-,104	,081	-,166	-1,280	,206
		Género					
	2	(Constant)	23,455	5,425		4,324	,000
		SSS Total	-,123	,082	-,196	-1,506	,138
		Género	-2,070	1,494	-,181	-1,386	,171

Tabela 3.382. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social e o factor "Afecto Negativo" da PANAS por grupos.

Parte VIII.III. Variabilidade do Afecto Positivo ("Actividade")

Parte VIII.III.I Grupos

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Actividade	18,2540	5,06082	63
	Género	1,37	,485	63
Grupo Não Clínico	PANAS Actividade	23,0645	4,60531	62
	Género	1,29	,458	62

Tabela 3.383. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,369(a)	,136	,122	4,74250	,136	9,602	1	61	,003
Grupo Não Clínico	1	,118(a)	,014	-,003	4,61112	,014	,846	1	60	,361

Tabela 3.384. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	215,967	1	215,967	9,602	,003(a)
		Residual	1371,970	61	22,491		
		Total	1587,937	62			
Grupo Não Clínico	1	Regression	17,994	1	17,994	,846	,361(a)
		Residual	1275,747	60	21,262		
		Total	1293,742	61			

Tabela 3.385. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	13,004	1,796		7,239	,000
		Género	3,846	1,241	,369	3,099	,003
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	24,596	1,765		13,938	,000
		Género	-1,187	1,290	-,118	-,920	,361

Tabela 3.386. Coeficientes da Análise de Regressão Simples do Género no factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo		Mean	Std. Deviation	N
Grupo Clínico	PANAS Actividade	18,3448	4,93662	58
	SSS Total	48,6034	12,32163	58
	Género	1,36	,485	58
Grupo Não Clínico	PANAS Actividade	22,9833	4,61571	60
	SSS Total	57,5500	8,44810	60
	Género	1,30	,462	60

Tabela 3.387. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS por grupos.

		R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
Grupo	Model	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
Grupo Clínico	1	,099(a)	,010	-,008	4,95580	,010	,560	1	56	,457
	2	,329(b)	,108	,075	4,74667	,098	6,043	1	55	,017
Grupo Não Clínico	1	,314(a)	,098	,083	4,42045	,098	6,327	1	58	,015
	2	,319(b)	,102	,070	4,45110	,003	,204	1	57	,653

Tabela 3.388. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Grupo Clínico	1	Regression	13,748	1	13,748	,560	,457(a)
		Residual	1375,355	56	24,560		
		Total	1389,103	57			
	2	Regression	149,908	2	74,954	3,327	,043(b)
		Residual	1239,196	55	22,531		
		Total	1389,103	57			
Grupo Não	1	Regression	123,641	1	123,641	6,327	,015(a)

Clínico							
		Residual	1133,342	58	19,540		
		Total	1256,983	59			
	2	Regression	127,684	2	63,842	3,222	,047(b)
		Residual	1129,300	57	19,812		
		Total	1256,983	59			

Tabela 3.389. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Grupo	Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
Grupo Clínico	1	(Constant)	16,408	2,670		6,146	,000
		SSS Total	,040	,053	,099	,748	,457
		Género					
	2	(Constant)	11,668	3,203		3,643	,001
		SSS Total	,048	,051	,119	,936	,353
		Género	3,195	1,299	,314	2,458	,017
Grupo Não Clínico	1	(Constant)	13,122	3,962		3,312	,002
		SSS Total	,171	,068	,314	2,515	,015
		Género					
	2	(Constant)	14,174	4,620		3,068	,003
		SSS Total	,166	,070	,304	2,386	,020
		Género	-,575	1,272	-,058	-,452	,653

Tabela 3.390. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre o Género, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Actividade" da PANAS por grupos.

Parte IX. Análise de Regressão Simples e Múltipla do Grau de Escolaridade (Variáveis Sócio-Demográficas) nos factores do Afecto

Parte IX.I. Grau de Escolaridade (Variáveis Sócio-Demográficas) e Satisfação com o Suporte Social

Parte IX.I.I. Amostra

		Escolaridade	SSS Total
Pearson Correlation	Escolaridade	1,000	,155
	SSS Total	,155	1,000
Sig. (1-tailed)	Escolaridade	.	,046
	SSS Total	,046	.
N	Escolaridade	118	118
	SSS Total	118	118

Tabela 3.391. Análise de correlações entre o Grau de Escolaridade e a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

	Mean	Std. Deviation	N
Escolaridade	3,19	1,463	118
SSS Total	53,1525	11,40747	118

Tabela 3.392. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

					Change Statistics				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,155(a)	,024	,016	1,452	,024	2,871	1	116	,093

Tabela 3.393. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6,050	1	6,050	2,871	,093(a)
	Residual	244,467	116	2,107		
	Total	250,517	117			

Tabela 3.394. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	2,135	,639		3,339	,001
	SSS Total	,020	,012	,155	1,694	,093

Tabela 3.395. Coeficientes da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade na Satisfação com o Suporte Social (Escala Total).

Parte IX.II. Variabilidade do Afecto Negativo ("Afecto Negativo")

Parte IX.II.I. Amostra

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Afecto Negativo	16,6880	6,97046	125
Escolaridade	3,16	1,456	125

Tabela 3.396. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,296(a)	,088	,080	6,68459	,088	11,833	1	123	,001

Tabela 3.397. *Model Summary* da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	528,729	1	528,729	11,833	,001(a)
	Residual	5496,103	123	44,684		
	Total	6024,832	124			

Tabela 3.398. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	21,170	1,434		14,767	,000
	Escolaridade	-1,418	,412	-,296	-3,440	,001

Tabela 3.399. ANOVA da Análise de Regressão Simples do Grau de Escolaridade no factor "Afecto Negativo" da PANAS.

	Mean	Std. Deviation	N
PANAS Afecto Negativo	16,5847	6,91626	118
SSS Total	53,1525	11,40747	118
Escolaridade	3,19	1,463	118

Tabela 3.400. Estatísticas descritivas da Análise de Regressão Múltipla entre o Grau de Escolaridade, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,347(a)	,120	,113	6,51542	,120	15,839	1	116	,000
2	,450(b)	,202	,189	6,22993	,082	11,875	1	115	,001

Tabela 3.401. *Model Summary* da Análise de Regressão Múltipla entre o Grau de Escolaridade, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	672,367	1	672,367	15,839	,000(a)
	Residual	4924,285	116	42,451		
	Total	5596,653	117			
2	Regression	1133,269	2	566,635	14,599	,000(b)
	Residual	4463,383	115	38,812		
	Total	5596,653	117			

Tabela 3.402. ANOVA da Análise de Regressão Múltipla entre o Grau de Escolaridade, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	27,755	2,870		9,671	,000
	SSS Total	-,210	,053	-,347	-3,980	,000
	Escolaridade					
2	(Constant)	30,687	2,873		10,681	,000
	SSS Total	-,183	,051	-,301	-3,576	,001
	Escolaridade	-1,373	,398	-,291	-3,446	,001

Tabela 3.403. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla entre o Grau de Escolaridade, a Satisfação com o Suporte Social (Escala Total) e o factor "Afecto Negativo" da PANAS.

Anexo VI

(Índices Estatísticos das Análises de Regressão Simples e Múltipla)

Afecto Positivo "Actividade"	N	r	g.l.	Mean Square	ß	F	Sig.
Satisfação com o Suporte Social	118	.32***	1	,344,53	12,70	13,61	.000***
Processamento Cognitivo Aberto	121	.12	1	54,93	20,68	1,94	.166
Moderação (Processamento Cognitivo Aberto x Satisfação x "Actividade")	114	.35***	2	199,5	12,21	8,23	.000***
Procura de Apoio e Suporte	121	.12	1	53,75	20,71	1,90	.170
Moderação (Procura de Apoio e Suporte x Satisfação x "Actividade")	115	.32***	2	168,98	13,13	6,66	.002**
Resolução de Problemas	117	.20*	1	142,34	20,80	5,24	.024*
Moderação (Resolução de Problemas x Satisfação x "Actividade")	111	.39***	2	240,67	12,24	10,18	.000***

*** $p<.001$; ** $p<.01$; * $p<.05$

Tabela 3.404. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade no factor "Actividade".

Afecto Positivo "Atenção"	N	R	g.l.	Mean Square	ß	F	Sig.
Satisfação com o Suporte Social	117	.26**	1	,109,17	7,03	8,68	.004**
Processamento Cognitivo Aberto	120	.10	1	18,39	11,64	1,41	.237
Moderação (Processamento x Satisfação x "Atenção")	113	.30**	2	67,54	6,72	5,49	.005**
Aceitação/Resignação	121	.17*	1	48,98	11,58	3,79	.054*
Moderação (Aceitação/Resignação x Satisfação x "Atenção")	114	.35***	2	95,60	5,98	8,03	.001***

*** $p<.001$; ** $p<.01$; * $p<.05$

Tabela 3.405. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade no factor "Atenção".

		Afecto Positivo "Actividade"						
		N	r	g.l.	Mean Square	ß	F	Sig.
Grupo Clínico	Género	63	.36**	1	215,96	13,00	9,60	.003**
	Moderação (Género x Satisfação x "Actividade")	58	.32*	2	74,95	11,66	3,27	.043*
	Satisfação com o Suporte Social	58	.09	1	13,74	16,40	.56	.457
	Processamento Cognitivo Aberto	60	.25*	1	92,72	18,04	4,06	.048*
	Moderação (Processamento Cognitivo Aberto x Satisfação x "Actividade")	55	.21	2	28,38	15,72	1,27	.289
Grupo Não Clínico	Satisfação com o Suporte Social	60	.31**	1	123,64	13,12	6.32	.015**
	Processamento Cognitivo Aberto	61	.19	1	49,38	23,22	2,34	.131
	Moderação (Processamento cognitivo Aberto x Satisfação x "Actividade")	59	.38**	2	94,07	12,78	4,93	.011**
	Resolução de Problemas	59	.29*	1	106,35	22,98	5,27	.025*
	Moderação (Resolução de Problemas x Satisfação x "Actividade")	57	45**	2	123,12	13,40	6,83	.002**

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

Tabela 3.406. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade no factor "Actividade" considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos.

		Afecto Positivo						
		"Atenção"						
		N	R	g.l.	Mean Square	β	F	Sig.
Grupo Clínico	Satisfação com o Suporte Social	57	.08	1	3,87	11,49	.36	.549
	Processamento Cognitivo Aberto	59	.07	1	2,97	10,52	.30	.586
	Moderação (Processamento Cognitivo Aberto x Satisfação x "Atenção")	54	.10	2	2,62	11,36	.25	.774
	Aceitação/Resignação	61	.34**	1	71,29	10,27	8,09	.006**
	Moderação (Aceitação/Resignação x Satisfação x "Atenção")	56	.39**	2	43,25	9,98	4,98	.010**
Grupo Não Clínico	Satisfação com o Suporte Social	60	.48***	1	194,11	.27	17,82	.000***
	Processamento Cognitivo Aberto	61	.24	1	49,90	12,83	3,66	.060
	Moderação (Processamento cognitivo Aberto x Satisfação x "Atenção")	59	.55***	2	10,26	.23	12,14	.000***
	Reavaliação Positiva	59	.28*	1	67,00	12,83	5,12	.027*
	Moderação (Reavaliação Positiva x Satisfação x "Atenção")	58	.57***	2	127,21	.62	13,21	.000***

*** $p<.001$; ** $p<.01$; * $p<.05$

Tabela 3.407. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade no factor "Atenção" considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos.

	Afecto Negativo						
	"Afecto Negativo"						
	N	r	g.l.	Mean Square	β	F	Sig.
Género	125	- .20*	1	245,28	20,65	5,22	.024*
Moderação (Género x Satisfação x "Afecto Negativo")	118	- .41***	2	483,23	33,16	12,00	.000***
Escolaridade	125	- .29***	1	528,72	21,17	11,83	.001***
Moderação (Escolaridade x Satisfação x "Afecto Negativo")	118	- .45***	2	566,63	30,68	14,59	.000***
Satisfação com o Suporte Social	118	.34***	1	672,36	27,75	15,83	.000***
Processamento Cognitivo Aberto	121	.10	1	69,39	16,71	1,43	.233
Moderação (Processamento Cognitivo Aberto x Satisfação x "Afecto Negativo")	114	.39***	2	418,73	27,71	10,21	.000***

Evitamento Cognitivo	121	.35***	1	722,15	16,69	16,62	.000***
Moderação (Evitamento Cognitivo x Satisfação x "Afecto Negativo")	115	- .42***	2	502,31	25,59	12,61	.000***
Descarga Emocional	116	.39***	1	850,73	16,65	20,48	.000***
Moderação (Descarga Emocional x Satisfação x "Afecto Negativo")	109	.49***	2	624,92	24,70	16,95	.000***

*** $p<.001$; * $p<.05$

Tabela 3.408. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade na variável "Afecto Negativo".

Afecto Negativo "Culpa"							
	N	*r*	g.l.	Mean Square	*ß*	*F*	Sig.
Satisfação com o Suporte Social	118	- .13	1	7,75	4,90	2,19	.142
Processamento Cognitivo Aberto	121	.00	1	.00	3,73	.00	.978
Moderação (Processamento Cognitivo Aberto x Satisfação x "Culpa")	114	.12	2	3,20	4,79	.88	.417
Evitamento Cognitivo	121	.30***	1	37,92	3,71	12,03	.001***
Moderação (Evitamento Cognitivo x Satisfação x "Culpa")	115	30**	2	18,30	4,20	5,61	.005**

*** $p<.001$, ** $p<.01$

Tabela 3.409. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade na variável "Culpa".

	Afecto Negativo "Afecto Negativo"							
		N	*r*	g.l.	Mean Square	*ß*	*F*	Sig.
Grupo Clínico	Género	63	- .35**	1	392,39	26,75	8,51	.005**
	Moderação (Género x Satisfação x "Afecto Negativo"	58	- .40**	2	234,11	33,39	5,26	.008**
	Satisfação com o Suporte Social	58	.24	1	167,65	26,35	3,41	.070
	Processamento Cognitivo Aberto	60	.01	1	.40	19,77	.00	.930
	Moderação (Processamento Cognitivo Aberto x Satisfação x "Afecto Negativo")	55	.31	2	136,03	26,81	2,87	.065
Grupo Não	Satisfação com o Suporte Social	60	.16	1	45,46	19,66	1,63	.206
	Processamento Cognitivo Aberto	61	.09	1	13,54	13,76	.48	.491

Clínico	Moderação (Processamento cognitivo Aberto x Satisfação x "Afecto Negativo")	59	.17	2	26,41	19,52	0,92	.402
	Evitamento Cognitivo	60	.34**	1	22,38	3,66	7,72	.007**
	Moderação (Evitamento Cognitivo x Satisfação x "Afecto Negativo")	59	.33*	2	4,96	3,50	3,44	.039*
	Descarga Emocional	58	.40**	1	270,58	14,34	10,96	.002**
	Moderação (Descarga Emocional x Satisfação x "Afecto Negativo")	56	.40**	2	131,89	20,00	5,13	.009**

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

Tabela 3.410. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade na variável "Afecto Negativo" considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos.

		Afecto Negativo						
		"Culpa"						
		N	*r*	g.l.	Mean Square	*ß*	*F*	Sig.
Grupo Clínico	Satisfação com o Suporte Social	58	.10	1	2,25	4,80	.58	.447
	Processamento Cognitivo Aberto	60	.11	1	2,79	4,10	.75	.389
	Moderação (Processamento Cognitivo Aberto x Satisfação x "Culpa")	55	.10	2	1,17	4,80	.29	.747
Grupo Não Clínico	Satisfação com o Suporte Social	60	.04	1	.40	3,96	.12	.727
	Processamento Cognitivo Aberto	61	.05	1	.57	3,42	.17	.675
	Moderação (Processamento cognitivo Aberto x Satisfação x "Culpa")	59	.05	2	.31	3,77	.09	.912
	Evitamento Cognitivo	60	.34**	1	22,38	3,66	7,72	.007**
	Moderação (Evitamento Cognitivo x Satisfação x "Culpa")	59	.33*	2	10,30	3,50	3,44	.039*

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

Tabela 3.411. Estatísticas descritivas dos factores explicativos da variabilidade na variável "Culpa" considerando a natureza clínica e não clínica dos grupos.