

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



“BEM-ESTAR SUBJECTIVO E PERCEPÇÃO DA SAÚDE”

Quem se Sente Bem, Tem Saúde
Quem Tem Saúde, Sente-se Bem

Maria Leonor Nunes Alves Pereira

Nº15554

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

“BEM-ESTAR SUBJECTIVO E PERCEPÇÃO DA SAÚDE”
Quem se Sente Bem, Tem Saúde
Quem Tem Saúde, Sente-se Bem

Maria Leonor Nunes Alves Pereira

Dissertação orientada por Professora Doutora Ivone Patrão

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Ivone Patrão, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª Série de 26 de Setembro, 2006.

RESUMO

Realizou-se um estudo observacional-descritivo transversal com o objectivo de avaliar a relação entre o Bem-Estar Subjectivo e a Saúde, com uma amostra não probabilística, recolhida com efeito de 'bola de neve', através de questionários de auto-preenchimento, junto de 264 participantes adultos. Foram utilizados seis instrumentos ainda em processo de validação para a população portuguesa: escala de Satisfação com a Vida (Bertoquini, 2005), escalas de Afecto Positivo e de Afecto Negativo (PANAS) (Bertoquini, 2005) que constituem a avaliação do Bem-Estar Subjectivo; Questionário de Saúde Geral (GHQ 28) (Pais Ribeiro & Antunes, 2003); Escala Visual Análoga (EVA); e Questionário Socio-Demográfico. Todos revelaram bons valores de fidelidade e aplicabilidade transcultural.

Os resultados mostram que a relação entre o Bem-Estar Subjectivo e a Saúde é positiva. Os indivíduos com mais Bem-Estar Subjectivo, mais satisfeitos com a vida e com mais afecto positivo, percebem-se como mais saudáveis. Contrariamente, os indivíduos que têm mais afecto negativo sentem-se mais doentes. As mulheres percebem-se como menos saudáveis que os homens, manifestando queixas somáticas. Os participantes mais satisfeitos com a vida são os que têm um grau académico superior, um nível hierárquico superior e ainda os que são casados. Os resultados revelam que a amostra é saudável e que tem um Bem-Estar Subjectivo de moderado a elevado. Este estudo pode ser útil na actividade regular dos psicólogos no âmbito da saúde, pois pode contribuir para a identificação de factores críticos que intervêm na qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Bem-Estar Subjectivo, Satisfação com a Vida, Afecto Positivo e Negativo, Saúde.

ABSTRACT

A descriptive-observational cross-sectional study was made aiming at assessing the correlation of Subjective Well-Being (SWB) with Health, using a nonprobabilistic sampling with 264 adult respondents (156 female and 198 male) who completed self-report questionnaires through the snowball sampling method. Six types of measures were used, though still in process of adaptation to the Portuguese population: SWLS (Bertoquini, 2005) and PANAS (Bertoquini, 2005) that are components of the Subjective Well-Being; General Health Questionnaire-GHQ28 (Pais Ribeiro & Antunes, 2003), a Visual Analogue Scale (VAS); and a socio-demographic

questionnaire. All show strong psychometric properties and evidence of successful transcultural application.

The results show that Subjective Well-Being (SWB) correlates positively with Health. The respondents with higher scores are more satisfied with their lives, show more positive affect and feel healthier. Oppositely the respondents with high negative affect feel sicker. Women tend to be less healthy than men and to express more physical complaints. Those more satisfied with life have higher education levels, higher professional positions and are married. The global score is high in health and moderate to high in SWB. This topic of research may be useful for psychologists, working in the area of Health, as it may contribute to the identification of relevant critical factors in patients' quality of life.

Key-words: Subjective Well-Being, Life Satisfaction, Positive and Negative Affect, Health.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
MÉTODO	3
Desenho	3
Participantes	3
Instrumentos	4
Análise Estatística	7
RESULTADOS	7
DISCUSSÃO	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

ANEXOS	18
ANEXO A Matriz de correlação (testes de <i>Pearson</i>) dos valores de ‘Bem-Estar subjectivo’ (BES), ‘Medida de Bem-Estar no momento’ (EVA), ‘Saúde’, ‘Sintomas somáticos’, ‘Ansiedade e Insónia’, ‘Disfunção Social’ e ‘Depressão Grave’ dos participantes. N = 264	19

Lista de Quadros

Quadro 1: Representação gráfica das correlações significativas existentes entre as medidas de ‘Bem-Estar’ (BES e EVA), ‘Satisfação com a Vida’, ‘Afecto Positivo’, ‘Afecto Negativo’ e a ‘Saúde’ (total) e ‘Sintomas somáticos’, ‘Ansiedade e Insónia’, ‘Disfunção Social’ e ‘Ansiedade Grave’.	8
---	---

INTRODUÇÃO

O Bem-Estar Subjectivo (BES), também referido como felicidade (Diener, 2000; Paschoal & Tamayo, 2008), é uma dimensão positiva da saúde, integrando uma dimensão cognitiva, a Satisfação com a vida, em que os indivíduos avaliam a sua vida tanto no momento actual como em períodos mais longos – e.g. o amor, o casamento, a amizade – (Diener, Oishi & Lucas, 2003) e uma dimensão afectiva, que por sua vez se subdivide em Afecto Positivo e Afecto Negativo, i.e. afecto agradável e afecto desagradável (Diener, 2000), constituindo-se como um construto tripartido (Diener, 1984).

Vários estudos referem que o BES e as suas componentes são estáveis ao longo da vida, variando, consoante os acontecimentos, acima ou abaixo de uma linha de base própria a cada indivíduo, que é retomada decorrido algum tempo, por vezes semanas, após o acontecimento destabilizador (Costa & McCrae, 1988; Magnus, Diener, Fujita & Pavot, 1993; Diener, Suh & Oishi, 1997).

É um construto que tem pouco mais de 40 anos e apesar da enorme quantidade de estudos realizados, o seu investigador maioritário, Diener (2000), refere que persiste alguma confusão e que é necessária clarificação sobre os factores que o influenciam, tal como a hereditariedade (Goldsmith, 1996), a cultura (Suh, Diener, Oishi & Triandis, 1998), o suporte social (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983 cit. por Pais Ribeiro, 2005; Pais Ribeiro, 1999a; Pais Ribeiro, 1999b), o temperamento (Rochefoucauld, 1940, cit. por Diener, 2000), a adaptação ao meio e acontecimentos (Emmons, 1986, cit. por Diener, 2000), entre outros.

Pela sua abrangência, o BES enquadra-se em correntes teóricas distintas, tal como a Psicologia Social, a Psicologia da Saúde e a Psicologia Clínica e actualmente o seu estudo assume-se como o conceito chave de um domínio de investigação emergente, a Psicologia Positiva (Galinha & Ribeiro, 2005) que teve início em 1998. Esta nova área pretende estudar as emoções positivas, os traços de carácter individuais positivos e respectivos facilitadores, com o objectivo de complementar o conhecimento sobre a natureza e o sofrimento humano (Seligman & Steen, 2005; Pais Ribeiro, 2006). Esta é responsável pelo *boom* actual de informação sobre estudos de taxas de felicidade e optimismo de vários países (Galinha & Ribeiro, 2005).

É possível que a dimensão afectiva do BES influencie a saúde ou a sua percepção, se se tiver em mente que as relações afectivas são parte integrante e essencial do processo de

desenvolvimento de cada indivíduo (Canavarro, 1999). Lazarus invoca em 1999 que algumas emoções poderiam ter um efeito preditor na saúde, e.g. as emoções positivas como o optimismo, a felicidade, a esperança, o orgulho, o amor, a compaixão e o espírito de ajuda e as emoções negativas como a raiva, a culpabilidade, a tristeza, o ciúme, o medo, a cólera e a inveja.

No domínio da saúde, a visão desta e o seu tratamento também têm evoluído ao longo do tempo, sendo esta evolução caracterizada por mudanças marcantes designadas por “revoluções da saúde”, tendo até aos dias de hoje, sido identificadas três. Pais Ribeiro (2005) refere que a primeira revolução, que data do início do século XIX, se caracteriza pela “aplicação do modelo biomédico à prevenção das doenças” (p. 53), enquanto que a segunda revolução se caracteriza pela deslocação do foco na doença ou sua ausência para a saúde e um estado positivo de bem-estar (Matos, 2004).

Associada à saúde e à doença surge a importância dos comportamentos e estilos de vida e a responsabilização de cada indivíduo na matéria (Ogden, 2004) – foram identificados sete comportamentos relacionados com a saúde designados por *Alameda Seven* (Bennett, 2002; Ogden 2004; Pais Ribeiro, 2005). Por outro lado, ao longo do tempo a noção de saúde é transferida do individual para o colectivo, para o ambiente e mais ainda, para o cosmos, passando todos os organismos a ser interdependentes no conceito de saúde. Não é possível um indivíduo ser saudável num meio ambiente ou num cosmos doente, sendo a saúde um factor decisivo para o desenvolvimento do seu ciclo de vida, quer a nível físico, quer social (Pais Ribeiro, 2005).

Hoje as investigações pretendem identificar factores determinantes para a saúde, sugerindo que emoções positivas se associam a melhores estados de saúde (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2004) física e mental, mas o número de estudos realizados com enfoque na doença continua a ser superior ao número de estudos que se dedicam às pesquisas sobre a saúde (Godoy, 1999). Assim, o enfoque na doença e suas causas já está amplamente estudado, perfilando-se no horizonte abordagens fortemente orientadas para a investigação dos preditores da saúde e da felicidade. Estudos deste tipo também já têm vindo a ser realizados em Portugal, geralmente sobre a relação da qualidade de vida ou do bem-estar subjectivo em indivíduos portadores de patologias específicas. Por esse motivo, este estudo escolheu a vertente da saúde e pretende avaliar a associação e correlação do Bem-Estar Subjectivo com a percepção da Saúde.

MÉTODO

Desenho

O estudo foi de carácter observacional-descritivo, transversal e correlacional (Pais Ribeiro, 1999a; 2007a), cujas variáveis principais foram o Bem-Estar Subjectivo, o Bem-Estar no Momento, a Satisfação com a Vida, o Afecto Negativo, o Afecto Positivo e a Saúde. Como variáveis secundárias foram eleitas: o género, a idade, o estado civil, a escolaridade, a profissão, a situação profissional, e a doença e a medicação.

Participantes

A amostra é constituída por 264 sujeitos adultos, 156 do género feminino (59%) e 108 do género masculino (41%), com idades entre os 21 e os 83 anos ($\underline{M} = 41$; $\underline{DP} = 12.30$). Todos os participantes são residentes na área da grande Lisboa.

A recolha foi efectuada através de questionários de auto-preenchimento junto de sujeitos com as seguintes características: adultos e com formação escolar suficiente para a leitura e compreensão dos mesmos, com o efeito de “bola de neve”, constituindo-se assim uma amostra não probabilística e intencional (Pais Ribeiro, 1999a; 2007a). Por este motivo é impossível avaliar quão representativa é a amostra da população.

A maioria dos participantes (60.2%) são casados ou vivem acompanhados, 39.8% vivem sós, sendo 26.9% solteiros, 10,2% divorciados/separados e 2.7% viúvos. O grau de escolaridade mais frequente é o ensino superior, tendo 83.3% da amostra frequentado este tipo de ensino, embora apenas 56.8% o tenha concluído. Os restantes sujeitos concluíram os 1º, 2º e 3º ciclos (16.7%) e o ensino secundário (26.5%). A caracterização da amostra segundo o tipo de profissões, reparte-se em quadros superiores - 19.8%; profissões intelectuais e científicas - 14.3%; professores - 23%; empresários - 1.6%; quadros médios - 19%; pessoal administrativo - 15.5%; e pessoal não qualificado - 6.8%.

A maioria dos participantes considera não estar doente (73.1%) e não tomar medicação (68.2%). Os que tomam medicação (31.8%), recorrem a medicamentos naturais (0.4%), referindo alguns o uso irregular de medicação (3.4%). 91.3% dos participantes estão empregados, contra respectivamente 2.3% e 6% na situação de desempregados e reformados.

Instrumentos

Para avaliar as variáveis em estudo, o ‘Bem-Estar Subjectivo’ e a Percepção da ‘Saúde’ seleccionaram-se os instrumentos mencionados a seguir, tendo em conta as suas características psicométricas.

Questionário Socio-Demográfico. O questionário demográfico explorou as variáveis socio-demográficas dos participantes que pudessem ser relevantes para este estudo, tais como: ‘idade’, ‘sexo’, ‘habilitações literárias’, ‘estado civil’, ‘profissão’, ‘situação profissional’, ‘doença’ e ‘medicação’. Este é o primeiro questionário dos instrumentos a ser preenchidos pelos sujeitos (inclui igualmente a apresentação do estudo, assim como as garantias de confidencialidade e a solicitação de participação aos sujeitos).

A distribuição dos participantes pelas profissões, foi efectuada com base na Classificação Nacional de Profissões do Instituto Nacional de Estatística (INE), de 1994.

Foi criada uma Lista de Codificação com base naquele documento para a caracterização das profissões e outros. Surgiu a necessidade de se acrescentar outras profissões para possibilitar um tratamento estatístico específico.

Bem-Estar Subjectivo (BES). O BES é um construto formado através da associação de duas escalas: a escala de *Satisfação com a Vida* (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) e a *PANAS* (Watson & Clark, 1994/1999) – *Positive and Negative Affect Scales (Escala de Afecto Positivo e Escala de Afecto Negativo)*. Adicionalmente, foi aplicada uma Escala Visual Análoga (Coelho & Ribeiro, 2000; Pais Ribeiro, 2007a).

A cotação final deste construto corresponde ao resultado da soma do valor obtido na *PANAS (Afecto Positivo)* com o da escala de *Satisfação com a Vida*, seguido da subtração do valor obtido na *PANAS (Afecto Negativo)*. Os valores de cotação podem assim variar entre – 35 e 75 (valor máximo = $35+50-10 = 75$; valor mínimo = $5+10-50 = -35$), sendo o valor de corte a nota de 20, correspondente aos 50% entre as pontuações máxima e mínima.

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS – Satisfaction with Life Scale). Criada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin, em 1985 e composta por 5 itens. Avalia a satisfação do sujeito com a vida, de uma forma global e consciente, permitindo uma avaliação cognitiva da sua satisfação com a vida (Pavot & Diener, 1993).

Cada item é pontuado com base numa escala do tipo Likert com 7 alternativas de resposta: ‘Discordo Fortemente’, ‘Discordo Moderadamente’, ‘Discordo um Pouco’, ‘Neutro’, ‘Concordo um Pouco’, ‘Concordo Moderadamente’, ‘Concordo Fortemente’.

As respostas válidas são pontuadas entre 1 e 7, sendo a pontuação total a soma dos valores, com um valor mínimo de 5 e um máximo de 35 pontos. Segundo Pavot e Diener (1993), os estudos revelaram que esta escala tem uma forte fidelidade interna e uma sensibilidade temporal moderada.

Neto, Barros e Barros publicaram uma escala em 1990 (estudo realizado com professores) tendo obtido um $\alpha = 0,78$ (Pais Ribeiro, 2007b). Simões publicou em 1992 uma validação ulterior (Pais Ribeiro, 2007b) da escala, mas com 5 pontos e alterações de tradução para garantir a sua compreensão por populações de nível cultural inferior, obtendo um $\alpha = 0,77$. A tradução portuguesa utilizada neste estudo é diferente (correspondendo à tradução directa da versão original) e foi cedida por Bertoquini, em 2005, não tendo as pesquisas efectuadas na altura indicado a existência de tentativas de adaptação desta escala à população portuguesa, agora referidas no livro de Pais Ribeiro (2007b). Neste estudo, confirma-se que a consistência interna da escala é elevada ($\alpha = 0,89$) de acordo com Hill e Hill (2002), apresentando uma variância verdadeira de 89,57%.

PANAS (Positive and Negative Affect Scales). Para avaliar a afectividade positiva e negativa utilizou-se uma versão traduzida de Watson e Clark (1988), com duas escalas de 10 itens cada.

A versão portuguesa utilizada neste estudo foi traduzida e cedida por Bertoquini, em 2005. Posteriormente a esta investigação Galinha e Pais-Ribeiro publicaram em 2005 (2005a; 2005b) dois artigos que contribuíram para a validação da versão portuguesa, devendo ainda ser realizados estudos de outras propriedades psicométricas da escala, de validade (concorrente e de construto) e de fidelidade (teste reteste). Os autores verificaram que a maioria dos itens adaptados para a escala portuguesa são sinónimos da escala americana de origem (2005b).

As diferenças entre a PANAS utilizada neste estudo e a decorrente da adaptação da versão portuguesa são as seguintes, respectivamente: escala Afecto positivo: *alert/alerta/encantado*; *attentive/atento/caloroso*; *strong/forte/agradavelmente surpreendido*. Escala Afecto negativo: *distressed/agitado/perturbado*; *upset/preocupado/atormentado*; *jittery/incomodado/trémulo*; *ashamed/ envergonhado/remorsos*.

Os itens são apresentados com uma escala do tipo Likert com cinco alternativas de resposta: ‘Nada ou ligeiramente’, ‘Um pouco’, ‘Moderadamente’, ‘Bastante’ e

‘Extremamente’. As respostas válidas podem variar entre 10 e 50 pontos, relativamente a cada (sub) escala.

Ao nível da consistência interna, comparando a escala original (americana), a versão portuguesa e a versão utilizada neste estudo, podem observar-se os seguintes valores: Alpha de *Cronbach* para a escala de *Afecto Positivo* na escala original $\alpha = 0,88$, na versão portuguesa $\alpha = 0,86$, na versão deste estudo $\alpha = 0,88$; para a escala de *Afecto Negativo* na escala original $\alpha = 0,87$, na versão portuguesa $\alpha = 0,89$, na versão deste estudo $\alpha = 0,84$.

Escala Visual Análoga (EVA) para a Medida de Bem-estar no Momento. Esta escala foi utilizada com o objectivo de avaliar a sua correlação com a medida do ‘Bem-Estar subjectivo’. Trata-se de um tipo de escala numérica, também designada por ‘análogo visual’, que se apresenta numa linha contínua que vai habitualmente de 0 a 100 mm, em que se pede ao sujeito para se posicionar na linha, relativamente a uma pergunta. É uma escala muito utilizada (Coelho & Ribeiro, 2000; Bennett, 2002; Pais Ribeiro 2007a) para medir a intensidade da dor e a evolução de estados de sofrimento na doença e ainda como medida de felicidade (Canavarro, 1999).

Neste estudo a *EVA* é utilizada como medida de percepção de bem-estar, no momento da aplicação do teste. A pergunta apresentada foi ‘*Como se sente neste momento?*’, aparecendo sobre o número ‘0’ a indicação de ‘Muito mal’ e sobre o ‘10’, a indicação de ‘Muito bem’, devendo o sujeito, com uma cruz marcar o seu posicionamento sobre a linha.

Este tipo de medidas é rápido e simples de preencher e cotar, mas os sujeitos podem sentir dificuldade em conceptualizar um valor. Apesar deste facto, estas escalas de avaliação numérica revelam que se correlacionam fortemente com outras medidas, de intensidade, segundo Jensen, Chen e Brugger (2003) ou outras (Bennett, 2002).

Questionário de Saúde Geral-GHQ 28. Foi utilizada a tradução de uma das versões do Questionário de Saúde Geral conhecido por *General Health Questionnaire*. A versão utilizada neste estudo é conhecida por GHQ-28 ou *Scaled GHQ* (Pais Ribeiro & Antunes, 2003). Esta versão em português, foi aplicada pelos autores com o objectivo de contribuir para o estudo das propriedades métricas do *GHQ-28* que confirmam que as propriedades métricas do questionário estão bem estabelecidas internacionalmente.

De acordo com Goldberg e Hillier (1979, cit. por Pais Ribeiro & Antunes, 2003), o GHQ identifica a existência de possíveis perturbações psiquiátricas não psicóticas. Segundo Bennett (2002), é um instrumento de detecção de morbilidade psiquiátrica, em particular da depressão e ansiedade.

O Questionário *GHQ 28* contém 28 itens aos quais se responde numa escala ordinal de tipo Likert, com atribuição de pontuação de '0' a '3'. Para além de uma nota total, inclui quatro sub-escalas ('Sintomas Somáticos', 'Ansiedade e Insónia', 'Disfunção Social' e 'Depressão Grave'), incluindo cada uma sete itens. A nota de cada sub-escala pode variar entre 0 e 21 e a nota total do questionário pode variar entre 0 e 84. Valores mais elevados correspondem a pior saúde mental (Pais Ribeiro e Antunes, 2003; Bennett, 2002).

A cotação acima da qual pode vir a ser atribuído ao sujeito um diagnóstico psiquiátrico é de 50 (Bennett, 2002), ou ≥ 67 (Pais Ribeiro & Antunes, 2003; Pais Ribeiro, 2007b).

Comparando os valores de fidelidade obtidos neste questionário por Pais Ribeiro e Antunes (2003) com os obtidos neste estudo, os valores são os seguintes: α de Cronbach total: 0.94, neste estudo $\alpha=0.91$; sub-escala 'Sintomas Somáticos' $\alpha=0.85$, neste estudo $\alpha=0.82$; sub-escala 'Ansiedade e Insónia' $\alpha=0.88$, neste estudo $\alpha=0.87$; Sub-escala 'Disfunção Social' $\alpha=0.83$, neste estudo $\alpha=0.81$; sub-escala 'Depressão Grave' $\alpha=0.89$, neste estudo $\alpha=0.79$.

Análise Estatística

Para realizar este estudo recorreu-se à análise estatística descritiva e inferencial das variáveis principais. Aplicou-se também o teste de correlação de *Bravais-Pearson* para análise destas variáveis, correlacionando a Saúde (mental e física) com as variáveis do estudo (Bem-Estar Subjectivo (BES); Medida de Bem-Estar no Momento (EVA), Satisfação com a Vida, Afecto Positivo e Afecto Negativo e estas entre si. O nível de significância foi fixado em 5% ($p \leq 0,05$).

Posteriormente procedeu-se à análise da relação entre as variáveis principais e as variáveis Socio-demográficas, com especial enfoque na 'idade' e para explorar as diferenças entre duas variáveis utilizou-se o *Teste Mann-Whitney para dados ordinais não-relacionados*, uma vez que as variáveis em estudo não apresentam distribuições normais, excepto a PANAS – Afecto Positivo.

RESULTADOS

No quadro 1, apresentam-se os resultados da estatística descritiva das variáveis principais. Para facilitar a interpretação, são mencionados os valores de variação de cada escala, os seus valores de corte e ainda as pontuações máximas e mínimas obtidas pelos

8

sujeitos. Verifica-se que os valores de média da amostra se situam todos acima do valor de corte, ou abaixo no caso da saúde, pois esta escala-se lê-se de forma inversa.

Quadro 1: Análise descritiva do ‘Bem-Estar Subjectivo’, EVA e Saúde (total). N = 264

	Variação notas das Escala	Valor de corte	Pontuações obtidas Mín/Máx	Md \pm s	Mediana
Bem-Estar Subjectivo	-35 a 75	20	-10 / 69	35,48 \pm 14,53*	37
<i>Satisfação com a Vida</i>	5 a 35		5 / 35	23,49 \pm 6,84	25
<i>Afecto Positivo</i>	10 a 50		10 / 47	30,34 \pm 6,98	31
<i>Afecto Negativo</i>	10 a 50		10 / 40	18,34 \pm 6,09	17
Bem-Estar no Momento - EVA	0 a 10	5	2 / 10	6,95 \pm 1,63	7
Saúde	0 a 84*	50 ou 67	2 / 69	19,90 \pm 10,49	17
<i>Sintomas Somáticos</i>	0 a 21		0 / 17	4,82 \pm 3,60	4
<i>Ansiedade e Insónia</i>	0 a 21		0 / 20	5,87 \pm 4,37	5
<i>Disfunção Social</i>	0 a 21		0 / 18	7,30 \pm 2,74	7
<i>Depressão Grave</i>	0 a 21		0 / 20	1,91 \pm 2,71	1

* Valores mais elevados correspondem a menos saúde. Podem ser atribuídos diagnósticos psiquiátricos a cotações > 50 (Benett, 2002) ou \geq 67 (Pais Ribeiro & Antunes, 2003; Pais Ribeiro, 2007b).

Pode observar-se no ANEXO A, que todas as correlações das variáveis principais são significativas e positivas ou negativas com um $p=0,000$, excepto na relação do afecto positivo e afecto negativo ($p=0,019$).

O BES relaciona-se positivamente com a Satisfação com a Vida ($r(264) = 0,803$), com o Afecto Positivo ($r(264) = 0,733$) e com o Bem-Estar no Momento ($r(264) = 0,503$) e tanto o BES como as variáveis acima se relacionam negativamente, tanto com a Saúde (BES: $r(264) = -0,627$; Satisfação com a Vida $r(264) = -0,371$; Afecto positivo: $r(264) = -0,329$); EVA: $r(264) = -0,557$), como com o afecto negativo (BES: $r(264) = -0,641$; Satisfação c/ a Vida $r(264) = -0,324$; Afecto positivo: $r(264) = -0,144$); EVA: $r(264) = -0,388$), devendo estas relações entender-se da seguinte forma: quando o bem-estar, a satisfação com a vida e o afecto positivo aumentam, a saúde aumenta também, diminuindo simultaneamente o afecto negativo, sendo esta relação bidireccional.

Em suma, mais afecto positivo representa mais saúde e mais satisfação. Mais afecto negativo, mais doença e insatisfação.

Quando associadas à idade, verifica-se que as variáveis de bem-estar, satisfação com a vida e afecto positivo correlacionam-se significativa e negativamente com esta (BES: $r(264) = -0,186$, $p < 0,002$; Satisfação com a Vida: $r(264) = -0,225$, $p < 0,000$; Afecto positivo: $r(264) = -0,239$, $p < 0,000$; EVA: $r(264) = 0,259$, $p < 0,000$). Mais idade corresponde a menos bem-estar, menor satisfação com a vida e menos emoções positivas.

Por sua vez, a saúde ($r(264) = 0,122$, $p < 0,048$) os sintomas de disfunção social ($r(264) = 0,192$, $p < 0,002$) e de depressão grave ($r(264) = 0,126$, $p < 0,041$) associam-se significativa e positivamente com a idade. Os sintomas de doença aumentam com a idade.

O afecto negativo, os sintomas somáticos e a ansiedade e insónia estabelecem uma correlação não significativa com a idade.

Ao explorar as diferenças nos sub-grupos da amostra verificam-se que estas são significativas relativamente aos ‘Níveis Profissionais’ ($p=0,001$) e às ‘Habilitações Literárias’ ($p=0,01$), sendo os quadros superiores os que apresentam um valor mais elevado ($\underline{M} = 38,44$, $\underline{DP} = 13,48$) relativamente ao ‘Bem-Estar Subjectivo’. Também os indivíduos que se inserem nos grupos ‘Doença’ ($p=0,05$), e ‘Medicação’ ($p=0,01$), referindo não sofrer de qualquer doença ($\underline{M} = 36,47$, $\underline{DP} = 15,39$) e não tomar medicação ($\underline{M} = 36,98$, $\underline{DP} = 15,64$) são os que têm valores mais elevados de BES. Na Medida de bem-estar no momento destacam-se ainda os casados ($p=0,05$; $\underline{M} = 6,94$, $\underline{DP} = 1,64$), quando comparados com os viúvos e divorciados, com valores significativamente mais elevados.

Os sujeitos que revelam resultados significativamente mais elevados em ‘Afecto Positivo’ são também os quadros superiores ($p=0,001$; $\underline{M} = 3,17$, $\underline{DP} = 0,68$), os que têm habilitações superiores ($p=0,001$; $\underline{M} = 3,17$, $\underline{DP} = 0,68$), os que referem não ter qualquer doença ($p=0,001$; $\underline{M} = 3,12$, $\underline{DP} = 0,68$) e não tomar medicação ($p=0,01$; $\underline{M} = 3,13$, $\underline{DP} = 0,67$).

Relativamente ao ‘Afecto Negativo’ não se registam diferenças significativas para quaisquer dos grupos.

Na variável ‘Saúde’, os grupos que apresentam diferenças significativas com valores mais elevados, correspondendo neste caso a menos saúde são o ‘Sexo’ ($p=0,001$; mulheres ($\underline{M} = 21,72$, $\underline{DP} = 11,36$; homens: $\underline{M} = 17,28$, $\underline{DP} = 8,50$); a “Doença” ($p=0,05$; doentes: $\underline{M} = 21,56$, $\underline{DP} = 9,93$; não doentes: $\underline{M} = 19,29$, $\underline{DP} = 10,65$) e a ‘Medicação’ ($p=0,05$; tomam medicamentos: $\underline{M} = 21,58$, $\underline{DP} = 10,68$; não tomam medicamentos: $\underline{M} = 19,12$, $\underline{DP} = 10,35$). Assim, as mulheres, os sujeitos que dizem sofrer de uma doença e ainda os que dizem tomar medicação, são os que surgem como menos saudáveis.

No que se refere aos ‘Sintomas Somáticos’, os participantes que apresentam valores mais elevados são também as mulheres (mulheres: $\underline{M} = 0,81$, $\underline{DP} = 0,56$; homens: $\underline{M} = 3,17$, $\underline{DP} = 0,68$; sexo: $p=0,001$) e os sujeitos com doença ($p=0,05$; doentes: $\underline{M} = 0,79$, $\underline{DP} = 0,56$; não doentes: $\underline{M} = 0,65$, $\underline{DP} = 0,49$), traduzindo-se em mais queixas somáticas para estes sujeitos da amostra.

Relativamente aos sintomas de ‘Ansiedade e Insónia’, apenas se verificam diferenças significativas quanto ao género, sendo as mulheres as que registam valores mais elevados, por oposição aos homens ($p=0,01$; mulheres: $\underline{M} = 0,92$, $\underline{DP} = 0,65$; homens: $\underline{M} = 0,75$, $\underline{DP} = 0,56$).

Quanto à variável ‘Disfunção Social’, os sujeitos que referem tomar medicação são os únicos que apresentam valores estatisticamente significativos e mais elevados ($p=0,05$; tomam medicamentos: $\underline{M} = 1,10$, $\underline{DP} = 0,40$; não tomam medicamentos: $\underline{M} = 1,01$, $\underline{DP} = 0,39$).

Os sintomas de ‘Depressão Grave’, são manifestados pelos sujeitos que tomam medicação ($p=0,05$; tomam medicamentos: $\underline{M} = 0,33$, $\underline{DP} = 0,39$; não tomam medicamentos: $\underline{M} = 0,25$, $\underline{DP} = 0,38$).

DISCUSSÃO

O objectivo deste estudo era o de avaliar como o bem-estar subjectivo e a saúde se correlacionavam, preconizando uma associação positiva, podendo-se inferir com base nos resultados, que este parece ser o caso. Assim, quem sente mais bem-estar, sente-se mais saudável. Não se determinou qual a direcção causal que existe entre as duas variáveis – Bem-Estar Subjectivo e Saúde - ou se esta é bidireccional. No entanto, o Bem-Estar Subjectivo aparece como um possível preditor da saúde e não apenas como efeito, como na maioria dos estudos realizados sobre esta variável.

Assim, pode-se afirmar que a amostra se caracteriza por um Bem-Estar Subjectivo, de moderado a elevado e que se apresenta também como Saudável, segundo os valores normativos apresentados pelos autores. No estudo, 85,6% dos sujeitos reporta um nível positivo de BES, valor confirmado pela literatura que refere um número habitual de 85% mas divergente de medida recentemente efectuada junto da população portuguesa por Pais Ribeiro e Cummins (2008) que aponta para um valor mais baixo – 68,92%. Introduziu-se um instrumento adicional, a Medida do Bem-Estar no momento (EVA), para validar os resultados do BES enquanto construto, tendo os resultados sido corroborados com 79.2% da amostra com valores acima da média. A associação destas duas variáveis principais com a saúde é positiva e os resultados das componentes do BES, a Satisfação com a Vida, o Afecto Positivo e Afecto Negativo são congruentes, ou seja, a amostra experiencia níveis elevados de satisfação com a vida, de emoções positivas e baixos níveis de emoções negativas.

Para Lazarus (1999) as emoções positivas, como a alegria e o amor geram sintomas de saúde. Bennett (2002) defende que o simples facto de uma pessoa se sentir amada e experimentar um estado de emoção positiva pode ter uma relação positiva com a saúde. Por outro lado, os estados emocionais negativos como a ira, a inveja, o ciúme, a raiva, a cólera prejudicam a saúde (Lazarus, 1999). Já Hipócrates e Galeno defendiam que a tristeza, a cólera e outras emoções fortes desempenhavam um papel fundamental na tuberculose (Martin, 2001).

Neste estudo o afecto positivo e o afecto negativo correlacionam-se negativamente como em estudos de 1999 de Green e Salovey e de Russell e Carroll, citados por Galinha e Pais Ribeiro (2004) mas nem sempre este resultado surge, pois os dois construtos são habitualmente considerados como independentes e ortogonais, (Watson, Clark & Tellegen, 1988; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005b) podendo por isso, os dois factores coexistir ao mesmo tempo no comportamento de um indivíduo. O facto de um indivíduo sentir, por exemplo, muito afecto positivo (entusiasmo, orgulho determinação, força), não o impede de sentir igualmente afecto negativo (hostilidade, irritação, nervosismo).

Ao cruzar as variáveis principais com as variáveis demográficas para identificar eventuais diferenças existentes nos diversos grupos ou sub-grupos, os resultados apontam para um aumento das queixas de saúde, sobretudo ao nível da depressão e da disfunção social com o avançar da idade, o que nos remete para os idosos e a sua frágil integração na sociedade e na vida familiar, contrariando alguns estudos realizados nesta matéria (Bennett, 2002; Strine, Chapman, Balluz, Moriarty, & Mokdad, 2008).

De sublinhar que se verificou, ora na relação com a idade ou com outras variáveis, que o afecto positivo aparece como elemento significativo. No entanto o afecto negativo não surge em nenhuma circunstância como significativo. Assim, deduz-se que o afecto que parece ser mais sensível às vicissitudes/rejúbilos da vida é o afecto positivo, vislumbrando-se este como o que carece de maior atenção e reforço por parte dos técnicos da saúde. Estudos recentes corroboram esta percepção, pois apontam para a esperança e o optimismo como facilitadores da implementação de estratégias de *coping* (Pedro& Pais-Ribeiro, 2008).

Os grupos que se sentem com mais bem-estar, mais satisfeitos com a vida, com mais afecto positivo e simultaneamente com mais saúde, são os que desempenham funções de quadros superiores, os que têm habilitações académicas superiores, os casados, os que não tomam medicamentos e que não se sentem doentes. A literatura confirma estes resultados, referindo que quanto mais elevado o grau ocupacional ou o estatuto de um indivíduo (supostamente com um salário superior), melhor é a sua saúde mental e física e a sua longevidade (Martin, 2001). Outros autores, (Strine et al., 2008) corroboram que o emprego, a educação e o casamento se associam com a satisfação de vida. Por outro lado, parece haver evidência de que o desemprego aumenta significativamente os riscos de doença e reduz as expectativas de vida (Martin, 2001).

Neste estudo, as mulheres apresentam maior frequência de queixas físicas, maior ansiedade e perturbações do sono, quando comparadas com os homens. É frequente na literatura mencionar-se que as mulheres avaliam a sua saúde de forma mais negativa que os homens, queixando-se mais (Eriksen, Svendsrod, Ursim & Ursin, 1999; Ihlebaek, Eriksen &

Ursin, 2002; Ladwig, Marten-Mittag, Formanck & Dammann., 2002, cit. por Alves & Figueiras, 2007; Strine et al., 2008) mas sofrendo paradoxalmente de doenças menos graves do que os homens e vivendo, em média, mais tempo (Macintyre, Hunt & Sweeting, 1996; Verbrugge, 1985, 1989, cits. por Alves & Figueiras, 2007; Reddy et al., 1992, cit. por Bennett & Murphy, 1999).

É importante referir como limitações a este estudo a utilização de escalas ainda não adaptadas à população portuguesa e de uma amostra não probabilística. No entanto, os resultados obtidos corroboram na sua maioria a literatura existente, demonstrando uma certa fiabilidade e a transculturalidade dos instrumentos utilizados. Apesar destas limitações, este estudo pode dar um contributo para a psicologia da saúde e constituir-se como um alerta em relação às queixas de saúde e ao baixo bem-estar subjectivo de alguns elementos da população, nomeadamente as mulheres, os idosos, os trabalhadores não qualificados ou com menos habilitações académicas e ainda os que tomam medicação.

Como implicações aplicadas poderíamos pensar num conjunto de acções preventivas ou de acompanhamento, para o reforço das estruturas de afecto, do bem-estar, da auto-estima e da satisfação dos grupos acima. Seria adequado implementar programas ou intervenções psicossociais junto destes, nos centros de dia e centros de saúde no caso dos idosos, nos locais de trabalho no caso dos trabalhadores menos qualificados, nas comunidades no caso das mulheres, para garantir o aumento das emoções positivas e o reforço das suas competências e traços de carácter positivos. Sabemos que o suporte social, a participação em grupos de ajuda, a partilha de experiências, as técnicas de relaxamento, a animação e tão simplesmente o humor e o riso podem descondicionar atitudes e hábitos que são muitas vezes prejudiciais aos indivíduos nos seus diversos ecossistemas.

Como não se sabe qual o sentido da relação – bem-estar, saúde – dever-se-ia também pensar em estratégias de intervenção ao nível da promoção da saúde pública e de estilos de vida mais saudáveis, junto destes grupos e nos mesmos locais. Relativamente ao facto da mulher se apresentar com mais queixas somáticas e simultaneamente com mais perturbações de ansiedade e insónia, poder-se-ia pensar numa intervenção abrangente em que se enquadrariam as diferenças de funcionamento emocional e mental dos géneros, sensibilizando a sociedade para o papel ainda sobrecarregado que a mulher desempenha na vida familiar e profissional, debatendo-se diariamente com estereótipos culturais.

Fundamental seria integrar neste leque de acções de intervenção, a sensibilização dos profissionais de saúde tanto quanto às variáveis do bem-estar como das da saúde.

Futuros estudos poderiam talvez replicar este tipo de indicadores, com o objectivo de obter uma melhor contextualização da realidade da população portuguesa, seus comportamentos e queixas no quadro de inserção profissional, social, familiar e económica. Estes poderiam também aprofundar as associações dos diagnósticos de doença física e mental com os níveis de bem-estar subjectivo e satisfação com a vida, tentando avaliar o quanto estas variáveis podem ser preditoras da saúde mental e física.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, N., & Figueiras, M. J., (2007). Queixas subjectivas de saúde, afectividade negativa e utilização de serviços de saúde: Diferenças de género. *Análise Psicológica*, 3 (XXV); 415-425.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental - Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra.: Quarteto.
- 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.
- Costa, P., & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 54, pp. 853 – 863.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, vol. 95, pp. 542 – 575.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *Journal of the American Psychological Association*, vol. 55, nº 1, pp. 34 – 43.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, Vol. 49, No 1, 71-75.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, vol. 54, issue 1, pp 403 – 425
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent Findings on Subjective Well-Being. *Indian Journal of Clinical Psychology* (to be published). Retrieved November 9, 2005 and October 15, 2008 from <http://www.psych.uiuc.edu/~ediener/hottopic/paper1.html>
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Scedule* (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), pp 209-218.

- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), pp 219-227.
- Galinha, I. & Ribeiro, J. L. (2004). Abordagem teórica ao conceito de afecto. In J.L. Pais Ribeiro & I. Leal (Edts.). *5º Congresso de Psicologia da Saúde: A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança*. (pp. 51-58), Lisboa. ISPA Edições.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (2), pp 203-214.
- Godoy, Juan F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. In Simón, Miguel Ángel (Ed.). *Manual de psicología de la salud: fundamentos metodología y aplicaciones*. (pp.39 – 76). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Goldsmith, H. H. (1996). Studying temperament via construction of the Toddler Behaviour Assessment Questionnaire. *Child Development*, 67, pp 218 - 235.
- Hill, M.; Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário* (2.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Jensen, M. P., Chen, C & Brugger, A. M. (2003). Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *The Journal of Pain*. Vol. 4(7), 407-14.
- Lazarus, R. (1999). *Estrés y Emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer, S.A..
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 65, pp. 1046 – 1053.
- Martin, P. (2001). *A Mente Doente. Cérebro, Comportamento, Imunidade e Doença*. Lisboa: Editorial Bizâncio.
- Matos, M. G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3 (XXII): pp 449-462.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais Ribeiro, J. (1999a). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999b). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 547-558.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. (2006). Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protectoras, e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. In: LLeal (Coord.). *Perspectivas em psicologia da saúde*, pp. 231 – 244. Coimbra: Quarteto Editora.

- Pais Ribeiro, J. L. (2007a). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007b). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. & Antunes, S. (2003). Contribuição para o Estudo de Adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 itens (General Health Questionnaire-GHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (1), pp. 37 – 45.
- Pais Ribeiro, J. & Cummins, E.R. (2008). O bem-estar pessoal: Estudo de validação da versão portuguesa da escala. In I. Leal, J.L. Pais Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Edts.). *7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas: Intervenção em Psicologia e Saúde* (pp 505-508, Lisboa. ISPA Edições.
- Paschoal, T. & Tamayo, A. (2008). Construção e Validação da Escala de Bem-Estar no Trabalho. *Avaliação Psicológica*, 7 (1), pp 11-22.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, vol. 5, no. 2, 164-172.
- Pedro, L. & Pais-Ribeiro, J. (2008). A influência do Optimismo e Esperança na percepção de Distress com a Saúde em indivíduos com Esclerose Múltipla. In I. Leal, J.L. Pais Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Edts.). *7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas: Intervenção em Psicologia e Saúde* (pp 363-366, Lisboa. ISPA Edições.
- Seligman, M., & Stenn, T. (2005). Positive Psychology Progress. Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60, pp 410 – 421.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2004). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónica da doença. *Análise Psicológica*, 3 (XXII): 597-605.
- Strine, T., Chapman, D., Balluz, L., Moriarty, D., & Mokdad, A. (2008). The Association Between Life Satisfaction and health-related Quality of Life, Chronic Illness, and Health Behaviors among U.S. Community-dwelling Adults. *Journal Community Health*, 33, pp 40-50.
- Suh, E., Diener, E., Oishi, S., & Triandis, H. C. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions versus norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 74, 482-493.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, nº. 6.

Watson, D., Clark, L. A. (1999). The PANAS-X. Manual for the Positive and Negative Affect Schedule – Expanded Form. University of Iowa. (obra original publicada em 1994).

ANEXOS

ANEXO A

Matriz de correlação (testes de *Pearson*) dos valores de ‘Bem-Estar subjectivo’ (BES), ‘Medida de Bem-Estar no momento’ (EVA), ‘Saúde’, ‘Sintomas somáticos’, ‘Ansiedade e Insónia’, ‘Disfunção Social’ e ‘Depressão Grave’ dos participantes.

Matriz de correlação N = 264

	Sat. c/ a Vida	PANAS AF+	PANAS AFneg	EVA	GHQ 28	Sint. Somátic	Ansied. e Insónia	Disf. social	Dep. Grave
BES	,803(**) <i>p</i> = ,000	,733(**) <i>p</i> = ,000	-,641(**) <i>p</i> = ,000	,503(**) <i>p</i> = ,000	-,627(**) <i>p</i> = ,000	-,446(**) <i>p</i> = ,000	-,549(**) <i>p</i> = ,000	,443(**) <i>p</i> = ,000	-,502(**) <i>p</i> = ,000
Sat. c/ a Vida	1	,408(**) <i>p</i> = ,000	-,324(**) <i>p</i> = ,000	,381(**) <i>p</i> = ,000	-,371(**) <i>p</i> = ,000	-,241(**) <i>p</i> = ,000	-,298(**) <i>p</i> = ,000	-,236(**) <i>p</i> = ,000	-,395(**) <i>p</i> = ,000
PANAS AF+	,408(**) <i>p</i> = ,000	1	-,144(*) <i>p</i> = ,019	,336(**) <i>p</i> = ,000	-,329(**) <i>p</i> = ,000	-,240(**) <i>p</i> = ,000	-,220(**) <i>p</i> = ,000	,343(**) <i>p</i> = ,000	-,251(**) <i>p</i> = ,000
PANAS AFneg	-,324(**) <i>p</i> = ,000	-,144(*) <i>p</i> = ,019	1	-,388(**) <i>p</i> = ,000	,702(**) <i>p</i> = ,000	,517(**) <i>p</i> = ,000	,721(**) <i>p</i> = ,000	,398(**) <i>p</i> = ,000	,465(**) <i>p</i> = ,000
EVA	,381(**) <i>p</i> = ,000	,336(**) <i>p</i> = ,000	-,388(**) <i>p</i> = ,000	1	-,557(**) <i>p</i> = ,000	-,510(**) <i>p</i> = ,000	-,476(**) <i>p</i> = ,000	,356(**) <i>p</i> = ,000	-,353(**) <i>p</i> = ,000
GHQ 28	-,371(**) <i>p</i> = ,000	-,329(**) <i>p</i> = ,000	,702(**) <i>p</i> = ,000	-,557(**) <i>p</i> = ,000	1	,820(**) <i>p</i> = ,000	,891(**) <i>p</i> = ,000	,640(**) <i>p</i> = ,000	,697(**) <i>p</i> = ,000
Sint. Somát	-,241(**) <i>p</i> = ,000	-,240(**) <i>p</i> = ,000	,517(**) <i>p</i> = ,000	-,510(**) <i>p</i> = ,000	,820(**) <i>p</i> = ,000	1	,639(**) <i>p</i> = ,000	,386(**) <i>p</i> = ,000	,425(**) <i>p</i> = ,000
Ansied. e Insónia	-,298(**) <i>p</i> = ,000	-,220(**) <i>p</i> = ,000	,721(**) <i>p</i> = ,000	-,476(**) <i>p</i> = ,000	,891(**) <i>p</i> = ,000	,639(**) <i>p</i> = ,000	1	,436(**) <i>p</i> = ,000	,547(**) <i>p</i> = ,000
Disf. Social	-,236(**) <i>p</i> = ,000	-,343(**) <i>p</i> = ,000	,398(**) <i>p</i> = ,000	-,356(**) <i>p</i> = ,000	,640(**) <i>p</i> = ,000	,386(**) <i>p</i> = ,000	,436(**) <i>p</i> = ,000	1	,250(**) <i>p</i> = ,000

Nota: (Coeficientes/N) / Significância: bi-caudal)

** A Correlação é significativa com valor igual a 0.01 (bi-caudal).

* A Correlação é significativa com valor igual a 0.05 (bi-caudal).