



Universidades Lusíada

Leal, Joana Patrícia Gonçalves

Perfis afetivos e sintomatologia ansiosa em adultos

<http://hdl.handle.net/11067/5935>

Metadados

Data de Publicação	2021
Resumo	<p>Objetivo: O principal objetivo deste estudo é perceber se existem diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função dos perfis afetivos. Outro objetivo deste estudo é verificar se existem diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função de diferentes variáveis sociodemográficas. Metodologia: Participaram neste estudo 95 indivíduos (64 do género feminino e 29 do género masculino), com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos. Para avaliação dos perfis afetivos foi utilizada a E...</p> <p>Objective: The main objective of this study is to see if there are differences in terms of anxious symptoms due to the affective profiles. Another objective of this study is to verify if there are differences in terms of anxiety symptoms due to different sociodemographic variables. Methodology: 95 individuals participated in this study (64 females and 29 males), aged between 18 and 70 years. The Positive Affection and Negative Affection Scale (PANAS) was used to assess affective profiles and the...</p>
Palavras Chave	Psicologia, Psicologia clínica, Avaliação psicológica - Ansiedade - Adultos, Bem-estar - - Aspectos psicológicos, Teste psicológico - Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS), Teste psicológico - Medida de Autoavaliação Transversal de Sintomas
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T06:24:24Z com informação proveniente do Repositório



Universidade Lusíada - Norte
Porto

Dissertação de Mestrado em **Psicologia Clínica**

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

PORTO,



**instituto de psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada - Norte (Porto)



Universidade Lusíada - Norte
Porto

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

PORTO,

Trabalho efectuado sob a orientação do/a



**instituto de psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada - Norte (Porto)



**instituto de psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada - Norte (Porto)



Dissertação de Mestrado
Psicologia Clínica

Porto

Agradecimentos

Com a finalização desta Dissertação não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que, direta ou indiretamente, me ajudaram nesta caminhada tão importante da minha vida pessoal e profissional.

À Professora Doutora Ana Meireles, agradeço pela supervisão, orientação, disponibilidade e profissionalismo.

À Professora Doutora Sofia Marques agradeço a disponibilidade e a ajuda.

À Doutora Sara Faria agradeço pela disponibilidade que sempre demonstrou, mesmo quando o tempo era escasso, pelo apoio e pela ajuda.

A todos os docentes que contribuíram para a minha formação ao longo da licenciatura e mestrado, por todos os conhecimentos, dedicação e contributo para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus pais agradeço por todo o apoio, por estarem sempre lá para mim e nunca me deixarem desistir, por terem sempre acreditado em mim, incentivando-me sempre a continuar a estudar, por todos os esforços que fizeram para que tudo isto fosse possível, sem vocês nada seria possível. Muito obrigada!

À minha avó agradeço pelo apoio incondicional e incansável, pela paciência com as minhas “ansiedades” e por acreditar sempre em mim, mesmo quando eu própria não acreditava.

A toda a minha família, sem exceção, por todo o afeto, cuidado e carinho, que sempre demonstraram para comigo, em todas as fases da minha vida, mas em especial nesta fase final do meu percurso académico.

Ao meu namorado agradeço pela paciência que teve ao longo de todo este percurso e por sempre me apoiar de forma compreensiva e motivadora, fazendo com que me sentisse sempre capaz de superar qualquer adversidade, estando sempre a meu lado. Obrigada por seres o pilar da minha vida!

À minha melhor amiga Ângela Barros agradeço pela amizade incondicional, pelo apoio incansável, pelas ajudas preciosas, pelas reflexões, partilhas, lealdade, pela confiança e generosidade, que encheram as nossas vidas de crescimento conjunto, afeto e irmandade.

Às minhas amigas agradeço pela amizade, pelo apoio e pela ajuda nos momentos mais difíceis.

Índice de abreviaturas/siglas

AP- Afeto positivo.

AN- Afeto negativo.

DGS- Direção Geral de Saúde.

DP - Desvio Padrão.

DSM-5 - Manual de Diagnostico e Estatísticas das Perturbações Mentais.

M - Média.

Max - Máximo.

Min – Mínimo.

MDN – Mediana.

MO – Moda.

n - Frequência.

PANAS - Questionário de Afeto Positivo e Negativa.

SPANE – Escala de Experiência Positiva e Negativa.

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*.

Índice

Introdução.....	1
Perfis afetivos do bem-estar subjetivo	2
Sintomatologia ansiosa	6
Perfis afetivos e sintomatologia ansiosa	10
Objetivos, questões e hipóteses de investigação.....	12
 Metodologia	 13
Participantes.....	13
Instrumentos.....	14
Questionário sociodemográfico	14
Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS).....	14
Medida de Autoavaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5	15
Procedimento	16
Recolha de dados	16
Análise de dados	16
 Resultados	 18
 Discussão dos resultados	 23
Limitações e implicações para a prática clínica.....	27
 Conclusão	 29
 Lista de referências.....	 30

Índice de tabelas

Tabela 1 - Diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função dos perfis afetivos.....	20
Tabela 2 – Diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função da escolaridade.....	21
Tabela 3 – Diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função do estado civil.....	22
Tabela 4 – Diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função do género.....	22
Tabela 5 – Diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função da idade.....	23

Índice de figuras

Figura 1 - Perfis Afetivos do Bem-Estar Subjetivo.....	4
Figura 2 - Diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa entre perfis afetivos.....	20

Resumo

Objetivo: O principal objetivo deste estudo é perceber se existem diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função dos perfis afetivos. Outro objetivo deste estudo é verificar se existem diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função de diferentes variáveis sociodemográficas. **Metodologia:** Participaram neste estudo 95 indivíduos (64 do género feminino e 29 do género masculino), com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos. Para avaliação dos perfis afetivos foi utilizada a Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS) e para avaliar a sintomatologia ansiosa foi utilizada a Medida de Autoavaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5. Foi ainda utilizado um questionário sociodemográfico para recolher informações acerca dos indivíduos e das suas condições de vida. Os referidos questionários foram preenchidos autonomamente pelos participantes e, posteriormente, os dados foram analisados com recurso ao *software* estatístico SPSS. **Resultados:** Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia ansiosa em função dos perfis afetivos. No entanto, não foram encontradas diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função das variáveis sociodemográfica, escolaridade, estado civil, género e idade. **Conclusão:** Os perfis afetivos podem ser um bom indicador da presença de sintomatologia ansiosa, o que permite na prática desenvolver um trabalho mais preventivo do que remediativo.

Palavras-chave: Perfis afetivos; sintomatologia ansiosa; características sociodemográficas; população clínica; adultos.

Abstract

Objective: The main objective of this study is to see if there are differences in terms of anxious symptoms due to the affective profiles. Another objective of this study is to verify if there are differences in terms of anxiety symptoms due to different sociodemographic variables. **Methodology:** 95 individuals participated in this study (64 females and 29 males), aged between 18 and 70 years. The Positive Affection and Negative Affection Scale (PANAS) was used to assess affective profiles and the DSM-5 Level 1 Symptom Cross-sectional Self-Assessment Measure of DSM-5 was used to assess anxious symptoms. A sociodemographic questionnaire was also used to collect information about individuals and their living conditions. These questionnaires were filled in autonomously by the participants and, subsequently, the data were analyzed using the statistical software SPSS. **Results:** There were statistically significant differences in terms of anxious symptoms due to the affective profiles. However, no differences were found in terms of anxious symptoms due to the socio-demographic variables, education, marital status, gender and age. **Conclusion:** Affective profiles can be a good indicator of the presence of anxious symptoms, which allows, in practice, to develop a preventive rather than remedial work.

Keywords: Affective profiles; anxious symptomatology; sociodemographic characteristics; clinical population; adults.

Introdução

Os perfis afetivos constituem a dimensão emocional do bem-estar subjetivo (Diener, 1984), sendo este um tema muito estudado pela Psicologia Positiva.

A Psicologia Positiva é o estudo científico de traços individuais positivos e de experiências positivas. É uma área que se preocupa com o bem-estar e com o bom funcionamento dos indivíduos (Duckworth, et al., 2005).

De modo geral, a psicologia enfatiza o estudo da psicopatologia e o tratamento de sintomas, no entanto pouco se deteve sobre o que pode levar o ser humano a sua plenitude e felicidade (Seligman, et al., 2005).

O bem-estar subjetivo, como um todo, aparenta ser construído com base em julgamentos que os indivíduos fazem sobre as suas vidas de um modo geral (Diener, et al, 2005), sendo que a componente afetiva do bem-estar subjetivo é constituída pelas respostas afetivas do sujeito aquilo que o rodeia e abrange o afeto positivo (AP) e o afeto negativo (AN) (Warner & Rasco, 2014). Portanto, altos níveis de AP correlacionam-se positivamente com a saúde física, a satisfação conjugal e a satisfação com o trabalho (Naragon & Watson, 2009). Por sua vez, baixos níveis de AP correlacionam-se com perturbações clínicas como fobia social, agorafobia, perturbação de stresse pós-traumático, esquizofrenia, perturbações alimentares e perturbações de uso de substâncias (Naragon & Watson, 2009). Estas relações sugerem que altos *scores* de AP cumprem um importante papel na perceção de felicidade e podem ser um fator de proteção contra a psicopatologia. Pelo contrário, altos *scores* de AN relacionam-se bastante com a ansiedade e a depressão (Zanon & Hutz, 2010).

Posto isto, seria importante explorar em que medida os perfis afetivos podem estar relacionados com a sintomatologia ansiosa. A ansiedade pode ser compreendida como uma resposta adaptativa do organismo, caracterizada por um conjunto de alterações fisiológicas, comportamentais e cognitivas, que se traduzem num estado de ativação e alerta face a um sinal de perigo ou ameaça à integridade física ou psicológica. Contudo, a ansiedade pode tornar-se patológica quando o perigo a que pretende responder deixa de ser real ou o nível de ativação e duração são desproporcionais face à situação objetiva (Pinto, et al., 2015).

Pretende-se, assim, contribuir para a compreensão mais completa sobre os perfis afetivos, verificando a existência de diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função dos perfis afetivos dos indivíduos.

Perfis afetivos do bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo refere-se às avaliações que as pessoas fazem sobre as suas próprias vidas. De acordo com Warner e Rasco (2014), o bem-estar subjetivo é constituído por duas componentes principais, a componente cognitiva e a componente afetiva. A componente cognitiva refere-se à satisfação com a vida e diz respeito a apreciação que o indivíduo faz da sua própria vida e à reflexão que o mesmo faz acerca do quão distante ou próximo está das suas expectativas e desejos. Por outro lado, a componente afetiva é constituída pelas respostas afetivas do sujeito aquilo que o rodeia e abrange o AP e o AN.

A afetividade é considerada a expressão de sentimentos e emoções positivos e negativos que decorrem da forma como os indivíduos reagem a situações e eventos com os quais são confrontados (Garcia & Archer, 2016; Norlander, et al., 2005). Quando os indivíduos apresentam altos *scores* de AP experienciam episódios intensos e frequentes de prazer, considerando-se alegres, entusiasmados e confiantes (Watson, 2005). Assim sendo, níveis elevados de AP apontam para a existência de diversos episódios de alegria, entusiasmo, confiança e *engagement* no cumprimento de tarefas (Noronha, et al., 2015). Em contrapartida, sujeitos com altos níveis de AN experienciam, reiteradamente, episódios intensos de desprazer, sendo que essas pessoas se compreendem como tristes, desanimadas e preocupadas (Watson, 2005). Assim, níveis altos de AN revelam a existência de diversas experiências reiteradas de tristeza, desânimo e preocupação (Noronha, et al., 2015).

Para Watson e colaboradores (1988), o AP e o AN são as duas dimensões responsáveis por todas as experiências emocionais dos indivíduos e são marcadores de bem-estar. No entanto, o AP e o AN são dimensões independentes e ortogonais, que realçam diferentes estados afetivos e são expressos em várias combinações por diferentes indivíduos. Com base neste referencial teórico, Watson e colaboradores (1988) criaram uma escala de humor, a PANAS, que pretende avaliar o AP e o AN, que são definidos como dimensões gerais que descrevem a experiência afetiva dos indivíduos. A PANAS pode medir o estado afetivo, o humor ou o afeto traço dos indivíduos (Watson & Clark, 1997), e pode, ainda, ser usado como uma medida da dimensão afetiva do conceito de bem-estar subjetivo (Arthaud-Day, et al., 2005; Diener & Ryan, 2009; Galinha & Ribeiro, 2008).

Recentemente, Diener e colaboradores (2010) modificaram o conceito de Watson e colaboradores (1988) de afeto positivo e negativo do bem-estar emocional para a experiência positiva e negativa, incluindo amplas palavras desejáveis e indesejáveis que descrevem em

termos gerais os sentimentos que as pessoas abordam e evitam (positivo, negativo, bom, mau, agradável, desagradável, feliz, triste, com medo, alegre, zangado e contente). A PANAS (Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS) foi substituído pela SPANE (Escala de Experiência Positiva e Negativa), valorizando os sentimentos positivos, os sentimentos negativos e o equilíbrio afetivo. Esta é uma escala breve de 12 itens que apresenta uma série de características desejáveis em comparação com medidas anteriores de emoções positivas e negativas, e que converge com medidas de emoções e bem-estar afetivo (Diener, et al., 2010).

Mais uma vez, Diener e colaboradores (2010), referem que o uso de sentimentos gerais permite-nos avaliar uma gama completa de sentimentos positivos e negativos, independentemente de sua fonte. Esta abordagem parece ser a mais sensata quando é o bem-estar subjetivo das pessoas que interessa. No entanto, a PANAS e suas outras versões (PANAS-C para crianças: Laurent et al., 1999 e PANAS-X para adultos: Watson & Clark, 1994) são, ainda hoje, as medidas de afetividade positiva e negativa mais utilizadas, uma vez que tem sido validada em várias culturas e em diferentes línguas pelo mundo (inglês, alemão, turco, estoniano, espanhol, russo, japonês) e os resultados demonstram boas qualidades psicométricas (validade de constructo, convergente e discriminante) (Terracciano, et al., 2003).

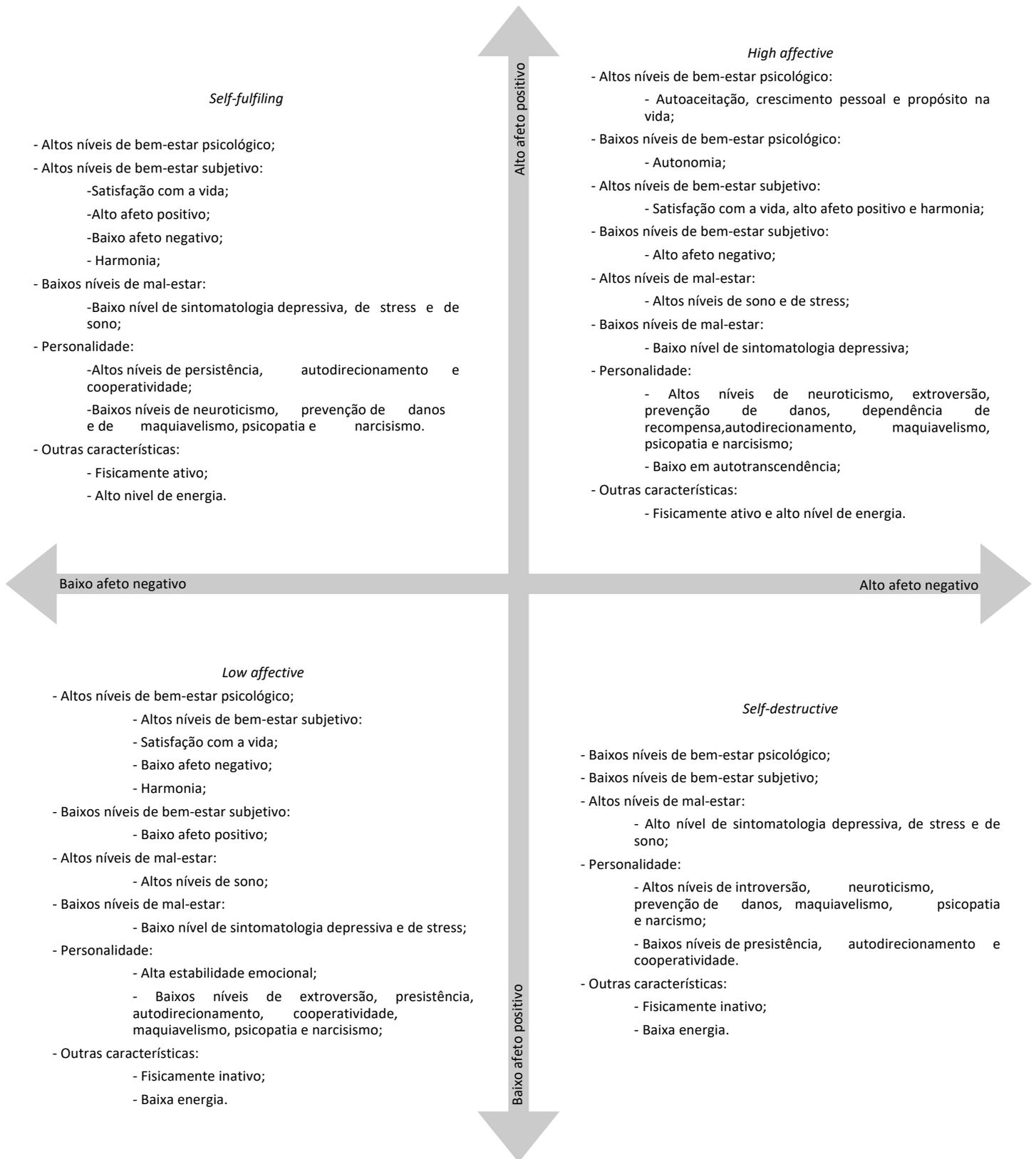
Combinando estas duas dimensões, Norlander e colaboradores (2002, 2005) formularam o modelo de perfis afetivos em que os indivíduos são categorizados num de quatro perfis afetivos: *self-fulfilling* (alto AP, baixo AN), *high affective* (alto AP, alto AN), *low affective* (baixo AP, baixo AN) e *self-destructive* (baixo AP, alto AN).

Estes perfis podem ser usados para comparar grupos de indivíduos que são semelhantes numa das duas dimensões de afetividade (e.g., nível alto de AP), mas diferem na outra dimensão (e.g., alto vs. baixa AN), o que permite uma abordagem centrada na pessoa para a pesquisa de diferenças individuais (Garcia, et al., 2016; Garcia, et al., 2016; Garcia, et al., 2016).

Na figura 1 serão apresentadas as características dos quatro perfis afetivos de uma forma mais aprofundada. Especificamente serão apresentados os níveis de bem-estar psicológico, subjetivo e de mal-estar, bem como características de personalidade associadas a cada perfil afetivo.

Figura 1

Perfis Afetivos do Bem-Estar Subjetivo



Fonte: Cloninger & Garcia, 2015; Garcia, 2017; Garcia, et al., 2020.

Ao longo dos anos, vários foram os estudos baseados nos perfis afetivos.

Num estudo de Norlander e colaboradores (2002), verificou-se que os indivíduos com o perfil *self-fulfilling* mostraram melhor desempenho sob a influência de stresse, ao mesmo tempo que indivíduos com o perfil *high affective* mostraram níveis mais baixos de pressão arterial sistólica durante o repouso. Além disso, os participantes com perfis *self-fulfilling* e *high affective* mostraram melhor desempenho sob a influência do stresse e uma pressão arterial mais baixa do que os grupos *self-destructive* e *low affective* (Norlander, et al., 2002).

Têm sido também encontradas diferenças de género com as mulheres a apresentar um nível superior de AN (De Caroli & Sagone, 2016; Schütz et al, 2013; Schütz, et al, 2014), sugerindo que o perfil *self-destructive* e o perfil *high affective* são mais frequentes no género feminino do que no género masculino.

Por sua vez, Di Fabio e Bucci (2015), observaram que indivíduos com perfil *self-fulfilling* apresentam maior satisfação com a vida e maior bem-estar psicológico, maior autoestima e são mais otimistas do que indivíduos com outro perfil afetivo, resultados que têm sido consistentes em diferentes contextos.

Indivíduos com um perfil *self-fulfilling* evidenciam também valores mais elevados de motivação intrínseca (Andersson Arntén et al., 2015; Archer et al, 2008; Garcia, et al., 2020; Garcia et al., 2017) e de regulação identificada e valores mais baixos de regulação externa, de stress (Archer et al, 2008; Garcia, et al., 2020) e de falta de motivação (Andersson Arntén et al., 2015; Archer et al, 2008; Garcia, et al., 2020). Indivíduos com perfil *high affective* evidenciam valores mais baixos na motivação intrínseca (Andersson Arntén et al., 2015; Archer et al, 2008; Garcia, et al., 2020; Garcia et al., 2017) e de stress e valores mais elevados de regulação identificada (Archer et al, 2008; Garcia, et al., 2020). Indivíduos com perfil *low affective* evidenciam valores mais baixos de motivação intrínseca (Andersson Arntén et al., 2015; Archer et al, 2008; Garcia, et al., 2020; Garcia et al., 2017), de regulação identificada e de stress (Archer et al, 2008; Garcia, et al., 2020) e valores mais elevados de falta de motivação (Andersson Arntén et al., 2015; Archer et al, 2008; Garcia, et al., 2020). Indivíduos com perfil *self-destructive* evidenciam valores mais baixos de motivação intrínseca (Andersson Arntén et al., 2015; Archer et al, 2008; Garcia, et al., 2020; Garcia et al., 2017) e de regulação identificada e valores mais elevados de regulação externa, de stress (Archer et al, 2008; Garcia, et al., 2020) e de falta de motivação (Andersson Arntén et al., 2015; Archer et al, 2008; Garcia, et al., 2020).

Apesar dos estudos enunciados, a literatura destaca a necessidade de continuar a estudar os perfis afetivos em diferentes contextos internacionais para verificar se o modelo de perfis afetivos obtém resultados semelhantes em diferentes populações (Garcia & Moradi, 2013; Garcia et al., 2015) e para verificar a existência de associações a outras variáveis, nomeadamente a variável sintomatologia ansiosa.

Sintomatologia ansiosa

A ansiedade caracteriza-se pela antecipação de uma ameaça futura e distingue-se do medo que se caracteriza como a resposta emocional a uma ameaça iminente, real ou percebida (American Psychiatric Association [APA], 2014). Estes dois estados sobrepõem-se, mas também divergem, com o medo mais vezes associado a picos de excitação autonómica necessários à luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, enquanto que a ansiedade é mais vezes associada a tensão muscular e a estados de vigilância em preparação para perigos futuros e comportamentos cautelosos e de evitamento (APA, 2014). Por vezes, o nível de medo e/ou ansiedade é reduzido por comportamentos de evitamento invasivos. Os ataques de pânico destacam-se nas perturbações de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo. Este não são limitados às perturbações de ansiedade, podendo muitas vezes ser notados noutras perturbações mentais (APA, 2014).

Ao longo da história vários foram os autores que contribuíram para a definição e para o estudo da ansiedade.

Segundo Lazarus (1976), a ansiedade é um fenómeno que sucede em todos os indivíduos e que, em condições normais, melhora o rendimento e a adaptação ao meio social, laboral ou académico. Além disso, tem a importante função de mobilizar o indivíduo perante situações de ameaça ou preocupantes para que este faça o necessário para evitar o perigo, neutralizá-lo ou enfrentá-lo adequadamente.

Por sua vez, Beck e Emery (1985) definem a ansiedade como um estado emocional subjetivamente desagradável, caracterizado por sensações como stress ou nervosismo, e sintomas fisiológicos, como palpitações cardíacas, tremores, náuseas e tonturas.

A ansiedade consiste num estado emocional com componentes psicológicos, sociais e fisiológicos que pode afetar o indivíduo em qualquer fase do seu desenvolvimento (Gomes, et al., 2016). Esta condição torna-se patológica quando é exagerada ou desproporcional em

relação ao estímulo ou qualitativamente diversa do que se esperaria numa determinada faixa etária (Gomes, et al., 2016).

A ansiedade faz parte da vida do ser humano, uma vez que é um processo fisiológico e comportamental recorrente, principalmente, quando somos expostos a situações desconhecidas. Esta é sentida de modo único e pessoal e pode servir como um sinal de alerta, proporcionando melhor desempenho global e favorecendo reações adaptativas (Delfini, et al., 2009). A ansiedade, por norma, está associada a determinadas circunstâncias ou pode representar um traço de personalidade do indivíduo. No entanto, a ansiedade, normalmente, causa mal-estar passageiro, provocando tanto sintomas psíquicos, como sintomas físicos, como apreensão, nervosismo, palpitação, sudorese e diarreia (Cabrera & Sponholz Júnior, 2005).

A ansiedade caracteriza-se como uma emoção normal, própria da vivência humana, sendo considerada uma reação natural e fundamental à autopreservação, mesmo provocando sensações de apreensão e alterações físicas desagradáveis (Leão, et al., 2018). Trata-se, assim, de um mecanismo de defesa de caráter adaptativo, que detém o papel de mediar a interação do indivíduo com o meio ambiente. Portanto, a ansiedade pode ser tida como um sinal de alerta, uma vez que adverte sobre perigos iminentes e impulsiona o indivíduo a tomar medidas para enfrentar as ameaças (Vasconcelos, et al., 2008). Por outro lado, quando se torna numa condição patológica, apresenta-se de forma mais frequente e intensa, com sintomas que podem causar grande sofrimento e prejuízo na vida cotidiana (Leão, et al., 2018).

A ansiedade pode ser definida como um episódio clínico, quando afeta o envolvimento ocupacional do indivíduo, influenciando as suas atividades profissionais, sociais e acadêmicas, incluindo um grau de sofrimento considerado significativo e, também, quando as respostas de evitação ocupam um tempo considerável do dia (Zamignani & Bonaco, 2005).

Segundo Dalgalarrondo (2000), a ansiedade pode ser considerada patológica, quando exhibe uma resposta que não corresponde corretamente a um estímulo, fazendo com que o indivíduo sinta insegurança, vivencie antecipação apreensiva, encontre dificuldades para se adaptar ao ambiente e apresente sinais de sofrimento. Desta forma, a ansiedade patológica tende a prejudicar a autoestima e comprometer a eficiência das defesas mobilizadas perante adversidades. Para além disso, pode limitar a socialização, afetar a aquisição de conhecimentos e prejudicar a memória.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (APA, 2014), as perturbações de ansiedade incluem perturbações que partilham

características de medo e ansiedade excessivos e alterações do comportamento relacionadas. As perturbações de ansiedade diferenciam-se do medo ou da ansiedade do desenvolvimento normal por serem excessivas ou persistirem para além dos períodos de desenvolvimento adequados (APA, 2014). Muitas das perturbações de ansiedade desenvolvem-se na infância e tendem a persistir, caso não sejam tratadas, na vida adulta (APA, 2014). Os critérios estabelecidos no DSM-5 indicam que o diagnóstico da perturbação de ansiedade deve ser feito quando detetada a ocorrência frequente e intensa de diferentes sintomas físicos (taquicardia, palpitações, boca seca, hiperventilação e sudorese), comportamentais (agitação, insónia, reação exagerada a estímulos e medos) e/ou cognitivas (nervosismo, apreensão, preocupação, irritabilidade e distração).

Alguns fatores parecem estar relacionados com a ansiedade ainda que os dados nem sempre sejam conclusivos. Desde logo, importa começar por abordar a influência do género na sintomatologia ansiosa, sendo possível identificar níveis superiores de ansiedade, depressão e outros indicadores de psicopatologia nas mulheres (Apóstolo, et al., 2011; Apóstolo, et al., 2012; Delfini, et al., 2009; Melo, et al., 2006; Pinto, et al., 2012).

A predominância de mulheres com perturbação depressiva ou ansiosa tem sido reiteradamente apontada pela literatura científica especializada, tal como refere Moreno e colaboradores (2004) e Nardi (2004). Este facto é influenciado pelos condicionamentos moldados pelas relações de género, uma vez que, durante o processo de socialização primária e secundária, ocorre o delineamento, com variações de uma cultura para outra, dos papéis sociais masculino e feminino. Conforme esses papéis, as mulheres devem expor as suas emoções e assumir um estilo mais passivo. Enquanto que os homens devem ocultar os sentimentos, cultivar a coragem heroica e a resistência diante das adversidades cotidianas (Moreno, et al., 2004; Nardi, 2004).

A maior vulnerabilidade das mulheres para desenvolver perturbações depressivas ou ansiosas tem sido também atribuída a fatores biológicos, dado que, ainda conforme Moreno e colaboradores (2004) e Nardi (2004), as flutuações hormonais associadas ao ciclo reprodutivo podem desestabilizar os mecanismos neurotransmissores e neuroendocrinológicos moduladores do humor e do comportamento nas mulheres. Esta vulnerabilidade deve-se, também, a fatores sociais que ditam condições de vida profundamente desiguais e desfavoráveis para as mulheres em todo o mundo, apesar das diferenças culturais que existem (Moreno, et al., 2004; Nardi, 2004).

No entanto, alguns estudos (Veigas & Gonçalves, 2009; Correia & Mota, 2017; Santos, 2017) têm apontado para a inexistência de diferenças na sintomatologia ansiosa em função do género. Correia e Mota (2017) referem que tais resultados podem estar associados as características próprias da amostra, uma vez que existe uma prevalência do género feminino em relação ao género masculino.

Relativamente à influência da idade, Veigas e Gonçalves (2009), verificaram a existência de diferenças entre grupos etários na dimensão ansiedade, com resultados mais desfavoráveis para os participantes até aos 20 anos de idade.

No entanto, vários autores verificaram uma pontuação média maior nas subescalas depressão e ansiedade em indivíduos na faixa etária mais elevada (Almeida, 1999; Delfini, et al., 2009; Minghelli, et al., 2013, Veras & Murphy, 2004)

Em oposição, em alguns estudos não foram encontradas associações entre o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e a variável idade (Correia & Mota, 2017; Santos, 2017).

A influência do estatuto conjugal nos níveis de ansiedade também não é clara. No estudo de Delfini e colaboradores (2009), destaca-se o facto de divorciados, solteiros e viúvos apresentarem sintomas mais acentuados de ansiedade, em comparação com casados e indivíduos a viver em união de facto. Estes autores não encontraram evidências na revisão da literatura científica para destacarem associações consistentes entre o estado civil e a condição emocional dos indivíduos. Porém, parece plausível considerar que a ausência do suporte emocional fornecido por um relacionamento afetivo estável e formalizado por meio da co-habitação pode exercer uma influência negativa, realçando a sensação de desamparo ou diminuindo a capacidade de vislumbrar a melhoria e planeamento do futuro (Delfini et al., 2009). De igual modo, num estudo de Minghelli e colaboradores (2013), é destacado o facto de a ausência de cônjuge aumentar a prevalência de sintomas de ansiedade, uma vez que, neste estudo, a presença de níveis superiores de ansiedade foi observada em solteiros ou viúvos. Este estudo verificou que estar sozinho aumenta até oito vezes a probabilidade de desenvolver ansiedade e/ou depressão (Minghelli et al., 2013).

Pelo contrário, o estudo de Santos e colaboradores (2014) e de Marcolino e colaboradores (2007) verificaram que não existiam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stresse em função do estado civil.

Uma variável que também tem merecido atenção prende-se com a escolaridade. No estudo de Minghelli e colaboradores (2013), foi verificado que o menor nível de escolaridade corresponde a maior frequência de sintomas de ansiedade. Assim, neste estudo a variável “nível de escolaridade” teve uma influência na presença de ansiedade, sendo que verificaram que esses sintomas são 11 vezes maiores nos indivíduos com baixa ou nenhuma escolaridade (Minghelli et al., 2013). Foi, também, constatado num estudo de Gazalle e colaboradores (2004), que um maior nível de escolaridade pode constituir-se como um fator protetor para a ocorrência de sintomas ansiosos em idosos.

O estudo realizado por Souza e colaboradores (2018) salienta que o fator escolaridade tem influência e apresenta diferenças nos níveis de sintomatologia ansiosa, afirmando que pessoas com baixa escolaridade, tendem a apresentar menores níveis de conhecimento o que faz com que aumentem os níveis de ansiedade devido ao desconhecimento de informações importantes.

Em contrapartida, Pinheiro e colaboradores (2020) e Marcolino e colaboradores (2007) destacam que o nível de escolaridade dos sujeitos das suas amostras não se mostrara relevante para a presença de sintomatologia ansiosa.

Apesar dos diversos estudos enunciados apontarem no sentido de existirem diferenças no que diz respeito à relação entre as variáveis sociodemográficas e a sintomatologia ansiosa, os resultados não são conclusivos, sendo até por vezes contraditórios. Assim sendo, importa continuar a estudar a influencia de variáveis sociodemográficas na sintomatologia ansiosa, mas também se revela fundamental averiguar a existência de associações a outras variáveis, nomeadamente os perfis afetivos do bem-estar subjetivo.

Perfis afetivos e sintomatologia ansiosa

Portugal, a nível europeu, foi considerado um dos países com maior prevalência de perturbações mentais, sendo as perturbações de ansiedade e as perturbações de humor as que mais se destacam (Pinto, et al., 2015). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2015), as perturbações de ansiedade são as que apresentam uma prevalência mais elevada (16,5%), seguidas pelas perturbações de humor, com uma prevalência de 7,9%.

Carbonell e colaboradores (2015), analisaram a existência de diferenças significativas ao nível dos perfis afetivos entre pessoas com sintomas predominantemente ansiosos, sintomas predominantemente depressivos, sintomas mistos (ansiosos e depressivos) e pessoas sem perturbações psicopatológicas (Carbonell, et al., 2015). Estas diferenças, segundo os mesmos, são consistentes com a abordagem do modelo bifatorial (Carbonell, et al., 2015).

Os resultados deste estudo indicam que indivíduos com perturbação ansiosa podem apresentar um perfil afetivo marcado por níveis de AP e AN elevados, mas que pessoas com ansiedade apresentam um nível de AP semelhante ao de pessoas sem perturbação. O que pode revelar que o AP elevado não é necessariamente um indicador de bem-estar, uma vez que os itens da PANAS para avaliar o AP estão relacionados com a componente atitude e comportamental da anedonia e não com a componente de bem-estar ou felicidade (Carbonell, et al., 2015).

Por sua vez, Kashdan e Roberts (2004), realizaram um estudo com 91 estudantes universitários, excessivamente ansiosos socialmente. Neste estudo os participantes foram levados a experimentar estados emocionais negativos, positivos, cognitivos e relacionados à intimidade. Os resultados deste estudo indicam que indivíduos com ansiedade social alta apresentam AN mais intenso, AP menos intenso e pior autoeficácia social em comparação com os indivíduos com ansiedade social baixa.

Por seu lado, Sanmartín e colaboradores (2020), realizaram um estudo com adolescentes entre os 15 e os 18 anos com o objetivo de analisar a relação entre os perfis afetivos e os scores de ansiedade social, observando que o perfil afetivo *self-fulfilling* obteve menores *scores* em todas as dimensões da ansiedade em comparação com todos os outros perfis afetivos. Por outro lado, o perfil afetivo *self-descriptive* apresentou os maiores *scores* na ansiedade em comparação com os restantes perfis afetivos. Segundo os autores, estes resultados fornecem suporte para o estudo da associação entre diferentes níveis de AP e AN e ansiedade (Sanmartín, et al., 2020).

Tendo em conta estes resultados, os autores consideram importante promover nos jovens perfis adaptativos, como o *self-fulfilling*, com base em técnicas como a reestruturação cognitiva, *mindfulness*, promoção da autoestima, resiliência no trabalho ou controle da atenção, entre outras (Sanmartín, et al., 2020), que, parecem estar associadas a altos níveis de AP e a baixos níveis de AN nos indivíduos que as praticam. Ao praticarem estas técnicas, os indivíduos podem apresentar mais facilmente o perfil afetivo *self-fulfilling* e, por isso, não

apresentarem perturbação de ansiedade social e terem uma maior satisfação com a vida (Sanmartín, et al., 2020).

Na revisão da literatura científica efetuada acerca dos perfis afetivos e da sua influência na sintomatologia ansiosa, não foram encontradas investigações que respondessem na íntegra ao objetivo do presente estudo. Assim, revela-se crucial uma maior investigação neste âmbito.

Objetivos, questões e hipóteses de investigação

O presente estudo tem como objetivo perceber se existem diferenças ao nível sintomatologia ansiosa em função dos perfis afetivos. Outro objetivo deste estudo é verificar se existem diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função de diferentes variáveis sociodemográficas.

Posto isto, as questões de investigação são: “Existem diferenças ao nível sintomatologia ansiosa em função dos perfis afetivos?” e “Existem diferenças ao nível sintomatologia ansiosa em função de variáveis sociodemográficas como o género, a idade, a escolaridade, ou o estado civil?”.

Espera-se encontrar diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função do género, da idade, do estado civil e da escolaridade, tal como previsto na pesquisa bibliográfica efetuada. Assim, prevê-se, que indivíduos do sexo feminino, mais velhos, solteiros, divorciados ou viúvos e/ou com baixa escolaridade apresentem níveis de sintomatologia mais elevados. Mais se espera, que indivíduos com perfil *self-fulfilling* apresentem níveis de ansiedade inferiores aqueles com perfil *self-destructive*.

Metodologia

A presente investigação foi desenvolvida a partir da metodologia quantitativa. O estudo é do tipo *ex post facto* retrospectivo (Montero & León, 2007).

Participantes

O presente estudo resultou de uma amostra clínica, não probabilística, constituída por 95 utentes do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Para seleccionar a amostra foram definidos critérios de inclusão, nomeadamente:

1. Sintomatologia psicopatológica, razão pela qual se encontravam no serviço de psiquiatria do centro hospitalar, em regime ambulatorio;
2. Capacidade para dar consentimento informado e para preencher autonomamente o questionário;
3. Idade superior aos 18 anos.

No que respeita a distribuição dos participantes em função do género, 30.5% dos participantes são do género masculino ($n = 29$) e 67.4% do género feminino ($n = 64$).

No que concerne à idade, esta apresenta uma média (M) de 45.34, uma mediana (MDN) de 46, uma moda (MO) de 43 e um desvio padrão (DP) de 11.49. Nesta amostra, o participante mais novo tem 18 anos e o mais velho tem 70 anos ($Min = 18$ e $Max = 70$).

Relativamente à escolaridade, 20% dos participantes têm o 1º ciclo do ensino básico concluído ($n = 19$), 18.9% têm o 2º ciclo do ensino básico concluído ($n = 18$), 23.2% têm o 3º ciclo do ensino básico concluído ($n = 22$), 22.1% tem o ensino secundário concluído ($n = 21$) e 10% têm o ensino superior concluído (licenciatura ou mestrado) ($n = 9$).

No que concerne ao estado civil, 24.2% dos participantes estão solteiros ($n = 23$), 55.8% estão casados ($n = 53$) e 13.7% estão divorciados ($n = 13$).

No que respeita a distribuição dos participantes pelos diferentes perfis afetivos, 23.2% dos participantes apresentam o perfil *self-fulfilling* ($n = 22$), 18.9% dos participantes apresentam o perfil *high affective* ($n = 18$), 29.5% dos participantes apresentam o perfil *low affective* ($n = 28$) e 28.4% dos participantes apresentam o perfil *self-destructive* ($n = 27$).

Relativamente à sintomatologia ansiosa esta apresenta uma *M* de 2.154 e um *DP* de 1.138. Portanto, é possível referir que 41.1% (*n* = 39) dos participantes apresentam um *score* inferior ao ponto de corte (2), apresentando níveis de sintomatologia ansiosa mais baixos, enquanto que 58.9% (*n* = 56) dos participantes exibem um *score* acima do ponto de corte predefinido, representando assim níveis de sintomatologia ansiosa mais elevados.

Instrumentos

O estudo conta com os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário sociodemográfico, Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS) (Galinha & Ribeiro, 2005) e Medida de Autoavaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 (APA, 2014).

Questionário sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico permite recolher informações acerca dos indivíduos e das suas condições de vida. Trata-se de um questionário composto por itens referentes ao género, à idade, à escolaridade, à nacionalidade, à profissão e ao estado civil. Todas as questões são de resposta curta ou de escolha múltipla.

Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS)

A Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS) permite avaliar o afeto positivo e negativo. Os autores deste questionário (Watson, et al., 1988), desenvolveram duas subescalas com 10 itens cada, que incluem a lista de afetos positivos e a lista de afetos negativos, fazendo um total de 20 itens.

Neste estudo, foi utilizada a versão portuguesa da PANAS (Galinhas & Ribeiro, 2005), que apresenta, igualmente, 20 itens, sendo 10 itens correspondentes ao afeto positivo, que é avaliado através dos seguintes descritores de emoções positivas: interessado, entusiasmado, excitado, inspirado, determinado, orgulhoso, ativo, encantado, caloroso e agradavelmente surpreendido e os 10 restantes itens correspondentes ao afeto negativo, que é avaliado pelos descritores de emoções negativas que se seguem: perturbado, atormentado, amedrontado, assustado, nervoso, trémulo, remorsos, culpado, irritado e repulsa. Este instrumento permite-

nos, ainda, calcular o “Índice de Felicidade” que consiste numa subtração em que se retira o valor de afeto negativo ao positivo.

Os itens da PANAS são pontuados de acordo com uma escala tipo likert, de cinco pontos, de um a cinco, em que um significa “nada ou muito ligeiramente” e cinco significa “extremamente”.

Relativamente às características psicométricas da versão portuguesa, a escala revelou uma boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach .86 para a escala de afeto positivo e de $\alpha = .89$ para a escala de afeto negativo. De forma semelhante à escala original, a correlação entre a escala de afeto positivo e de afeto negativo situou-se perto do zero ($r = -0.10$), confirmado a ortogonalidade entre as subescalas de afeto positivo e negativo (Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

Medida de Autoavaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5

A Medida de Autoavaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 foi utilizado para confirmar a presença de sintomatologia ansiosa nos participantes. Trata-se de uma medida cotada pelo doente ou informador que avalia domínios de saúde mental que são importantes para os diagnósticos psiquiátricos (APA, 2014).

Para a realização deste estudo, foi utilizada a versão de investigação para adultos, que é uma medida de rastreio de sintomas de psicopatologia, utilizada habitualmente na entrevista inicial (APA, 2014).

Este instrumento apresenta 13 domínios psiquiátricos, incluindo a ansiedade que corresponde ao domínio quatro e contem apenas os três seguintes itens: “Sentir-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou no limite”, “Sentir-se em pânico ou estar assustado” e “Evitar situações que o deixam ansioso”. Estes itens são pontuados numa escala tipo likert de cinco pontos, onde zero significa “nenhuma/nada” e quatro significa “grave/quase todos os dias” (APA, 2014). Os sujeitos que evidenciam valores iguais ou superiores a 2 pontos na escala são considerados, de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), como merecendo atenção clínica relativamente à sintomatologia ansiosa reportada.

Relativamente às características psicométricas, a medida mostrou-se clinicamente útil e de boa fiabilidade nos ensaios de campo do DSM-5 conduzidos em amostras clínicas de adultos nos EUA e no Canadá (APA, 2014). Para a versão portuguesa deste instrumento, o

DSM-5, não refere qualquer característica psicométrica, no entanto, neste estudo, a medida revelou uma boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach .90.

Procedimento

Recolha de dados

Para a realização da recolha de dados foi necessária uma autorização por parte do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa e um parecer ético por parte da Comissão de Ética da Universidade Lusíada Norte-Porto, após os quais foi solicitado o consentimento informado juntos dos participantes. Para tal, os utentes do Centro Hospitalar foram identificados pelos médicos psiquiatras e informados por estes sobre o estudo. Uma vez realizado este primeiro contato, aos utentes que aceitaram participar no estudo foi-lhes explicado o caráter voluntário, a confidencialidade e o anonimato do mesmo e a possibilidade de desistência a qualquer momento. Os participantes foram depois convidados a assinar o consentimento informado, após a sua leitura, cumprindo assim os princípios da Declaração de Helsínquia.

Posteriormente, foram entregues aos participantes os questionários de avaliação para preenchimento, a fim de se realizar a recolha de dados. Estes foram preenchidos autonomamente pelos participantes. Os investigadores demonstraram-se sempre disponíveis para auxiliar os participantes em alguma questão que estes não compreendessem.

Análise de dados

A análise dos dados inclui a descrição e a sistematização dos resultados, bem como a testagem das hipóteses (Almeida & Freire, 2017).

O presente estudo utilizou o *software* IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) (Versão 23.0) para realizar a análise e o tratamento dos dados recolhidos.

Inicialmente, foram introduzidos os dados neste *software*. Seguidamente, foi realizada a limpeza dos dados, a computação das variáveis e a caracterização da distribuição.

Para calcular os perfis afetivos utilizou-se a escala de autorrelato PANAS que permite avaliar duas dimensões: AP e AN. Após calcular estas duas dimensões, procedeu-se ao cálculo da mediana para o AN e o AP (Norlander, et al., 2002; De Caroli & Sagone, 2016). Após o cálculo das medianas, classificou-se cada participante como estando acima ou abaixo da

mediana quer para o AP, quer para o AN. Posteriormente e, através da classificação previamente definida, cada um dos participantes foi enquadrado num dos quatro perfis afetivos (Norlander, et al., 2002; Archer, 2007; Garcia, 2017).

Para calcular a sintomatologia ansiosa utilizou-se a Medida de Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 para Adultos que permitiu avaliar 13 domínios, incluído a sintomatologia ansiedade. Esta medida serve apenas para fazer uma avaliação primária da presença ou não da sintomatologia ansiosa (APA, 2014). Após calcular esta dimensão, todos os indivíduos com média igual ou superior ao ponto de corte (dois), foram classificados como apresentando níveis clinicamente relevantes de sintomatologia ansiosa.

Posteriormente, foi utilizada a Estatística Descritiva para descrever a amostra (Martins, 2011), designadamente a *M*, a *MO*, a *MDN*, o *DP*, o *Min*, o *Max*, a frequência (*n*) e a percentagem (%) das variáveis em estudo.

Seguidamente, para testar a normalidade da distribuição da variável dependente intervalar, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk*, uma vez que é o teste de aderência à curva normal mais robusto quando se têm pequenas amostras. Para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de *Levene*.

Foi utilizada a Estatística Inferencial para analisar as diferenças entre os grupos e a relação entre as variáveis (Almeida & Freire, 2017).

Deste modo, realizou-se um análise de variância, através da ANOVA Unifatorial, para se perceber se os níveis de sintomatologia ansiosa que os participantes apresentam diferem em função dos seus perfis afetivos. De seguida, como a literatura sugere que a sintomatologia ansiosa pode, também, depender de variáveis sociodemográficas, como o género, a idade, a escolaridade e o estado civil, realizaram-se análises de variância (ANOVA Unifatorial) para perceber se a sintomatologia ansiosa depende de variáveis como a escolaridade e o estado civil. No que concerne à variável género, recorreu-se ao teste T para perceber se a sintomatologia ansiosa difere em função desta variável. Por fim, realizou-se o teste de associação do coeficiente de correlação de *Pearson* para perceber se a sintomatologia ansiosa está associada à variável idade.

As variáveis sociodemográficas que evidenciem um efeito sobre as variáveis em análise (sintomatologia ansiedade e perfis afetivos) serão analisadas de forma a controlar o seu efeito como covariável (ou variável confundidora).

Resultados

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos neste estudo.

Em primeiro lugar, apresentamos os resultados dos testes de normalidade e homogeneidade realizados. Os resultados do teste de *Shapiro-Wilk* indicam que para os quatro perfis afetivos e para as variáveis sociodemográficas em análise, a variável sintomatologia ansiosa segue uma distribuição aproximadamente normal, visto que o valor de $p > .05$. Por sua vez, os resultados do teste do *Levene* indicam a existência da homogeneidade das variâncias, uma vez que o valor de $p > .05$. Com base nos resultados destes testes, foram empregues testes estatísticos paramétricos, uma vez que a variável intervalar obedece aos pressupostos de normalidade e de homogeneidade.

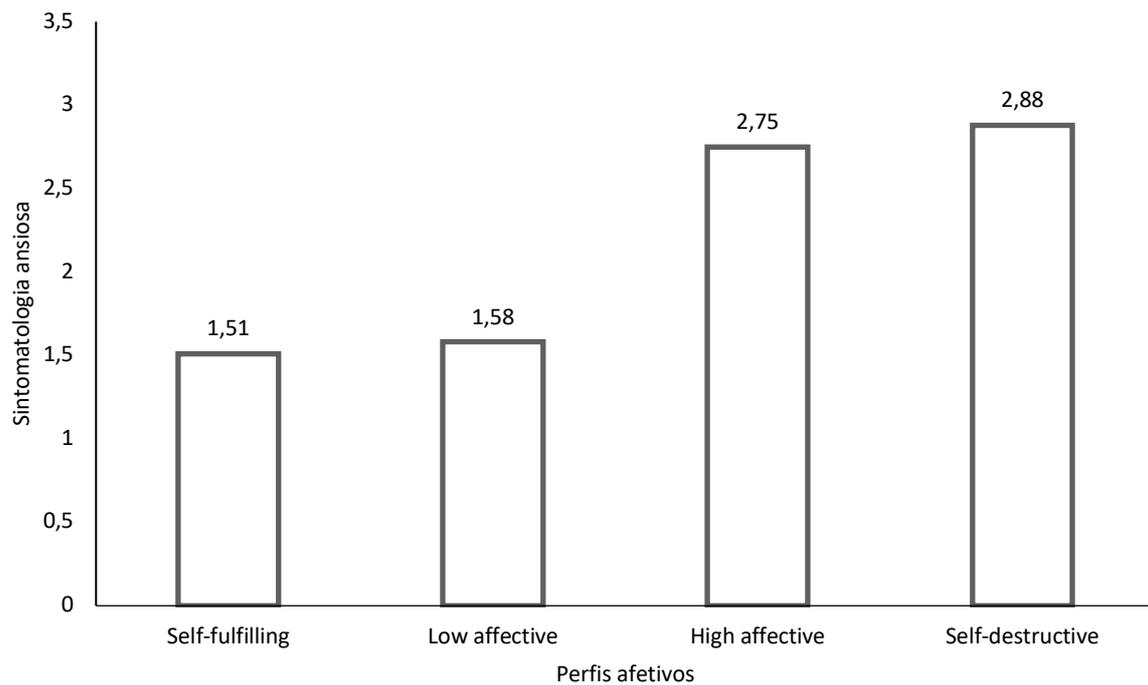
Diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função dos perfis afetivos

Com base nos resultados obtidos com a realização da ANOVA Unifatorial verificou-se a existência de diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função dos perfis afetivos ($F(3,91) = 14.770; p < .001$) (Tabela 1).

Especificamente, nos testes *Post-Hoc* com correção de *Bonferroni*, verificou-se que os participantes com perfil afetivo *self-fulfilling* ($M = 1.51; DP = 1.189$) e os participantes com perfil afetivo *low affective* ($M = 1.58; DP = .859$) distinguem-se significativamente nos seus níveis médios de ansiedade dos participantes com perfil afetivo *high affective* ($M = 2.75; DP = .841$) e dos participantes com perfil afetivo *self-destructive* ($M = 2.88; DP = .852$). Os participantes com perfil afetivo *self-fulfilling* não se distinguem dos participantes com perfil afetivo *low affective*, apresentando, ambos os perfis, valores médios de ansiedade significativamente mais baixos que os participantes com perfis afetivos *high affective* e *self-destructive*, que apresentam valores significativamente mais elevados de ansiedade (Figura 2).

Tabela 1*Diferenças ao Nível da Sintomatologia Ansiosa em Função dos Perfis Afetivos.*

	Perfis afetivos				<i>F</i> (3,91)
	<i>Self-fulfilling</i> (<i>n</i> = 22) Media (<i>DP</i>)	<i>High affective</i> (<i>n</i> = 18) Media (<i>DP</i>)	<i>Low affective</i> (<i>n</i> = 28) Media (<i>DP</i>)	<i>Self-destructive</i> (<i>n</i> = 27) Media (<i>DP</i>)	
Sintomatologia ansiosa	1.51 (1.189)	2.75 (.841)	1.58 (.859)	2.88 (.852)	14.770***

*** $p < .001$ **Figura 2***Diferenças ao Nível da Sintomatologia Ansiosa entre Perfis Afetivos.*

Diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função da escolaridade

Tendo por base os resultados obtidos na ANOVA Unifatorial, é possível afirmar que a sintomatologia ansiosa não está significativamente associada a escolaridade dos indivíduos ($F(5,83) = .735, p = .599$) (Tabela 2).

Tabela 2

Diferenças ao Nível da Sintomatologia Ansiosa em Função da Escolaridade

	Escolaridade						<i>F</i> (5,83)
	1º ciclo do ensino básico (n = 19)	2º ciclo do ensino básico (n = 18)	3º ciclo do ensino básico (n = 22)	Ensino secundário (n = 21)	Licenciatura (n = 5)	Mestrado (n = 4)	
Sintomatologia ansiosa	2.313 (1.248)	2.470 (1.075)	1.876 (1.165)	2.149 (1.034)	2.297 (.249)	1.833 (.962)	.735

Diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função do estado civil

Tendo em conta a ANOVA Unifatorial realizada, é possível afirmar que a sintomatologia ansiosa não está significativamente associada ao estado civil ($F(3,86) = 1.450, p = .234$) (Tabela 3).

Tabela 3*Diferenças ao Nível da Sintomatologia Ansiosa em Função do Estado Civil*

	Estado civil			<i>F</i> (3,86)
	Solteiro (<i>n</i> = 23) Média (<i>DP</i>)	Casado (<i>n</i> = 53) Média (<i>DP</i>)	Divorciado (<i>n</i> = 13) Média (<i>DP</i>)	
Sintomatologia ansiosa	2.020 (1.143)	2.066 (1.052)	2.692 (1.243)	1.450

Diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função do género

Com base nos resultados obtidos no teste T, é exequível afirmar que a sintomatologia ansiosa não varia em função do género ($t(91) = -.957, p = .341$) (Tabela 4).

Tabela 4*Diferenças ao Nível da Sintomatologia Ansiosa em Função do Género*

	Feminino (<i>n</i> = 64) Média (<i>DP</i>)	Masculino (<i>n</i> = 29) Média (<i>DP</i>)	<i>t</i> (91)
Sintomatologia ansiosa	2.200 (1.086)	1.959 (1.201)	-.957

Diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função da idade

Através da correlação de *Pearson* realizada, é possível afirmar que a sintomatologia ansiosa não está significativamente correlacionada com a idade, $r = .06, p = .576$ (tabela 5).

Tabela 5*Associação entre a Sintomatologia Ansiosa e a Idade*

	Sintomatologia ansiosa	Idade
Sintomatologia ansiosa	1	.06
Idade		1

Uma vez que, se verificou que a sintomatologia ansiosa não depende de nenhuma variável sociodemográfica em estudo não foi necessário recorrer a testes para controlar o efeito de nenhuma covariável (ou variável confundidora).

Discussão dos resultados

Segue-se, agora, a discussão dos resultados obtidos no presente estudo.

O principal objetivo deste estudo consistiu em perceber se existem diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função dos perfis afetivos. Adicionalmente, verificou-se, ainda, se existem diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função de variáveis sociodemográficas, como o género, a idade, a escolaridade e o estado civil. Este estudo revelou-se de grande importância para a psicologia, uma vez que a literatura encontrada abarca poucos estudos que explorem as variáveis em estudo de uma forma conjunta, sendo que estas variáveis são mais abordadas de forma isolada. Tanto na população mundial, como na população portuguesa, os estudos encontrados acerca deste tema são escassos e, no caso de Portugal, não foram encontrados estudos que abordassem este tema. Assim, espera-se que este estudo possa ser um contributo importante para a investigação no âmbito da Psicologia Clínica, em Portugal.

No que concerne ao estudo das diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função dos perfis afetivos, foi possível verificar que existem diferenças entre estes indivíduos. Assim, verificou-se que os participantes com perfil afetivo *self-fulfilling* e os participantes com perfil afetivo *low affective* apresentam níveis médios de ansiedade inferiores aos participantes com perfil afetivo *high affective* e aos participantes com perfil afetivo *self-destructive*.

Na revisão da literatura científica efetuada acerca dos perfis afetivos e da sua influência na sintomatologia ansiosa, não foram encontradas investigações que respondessem na íntegra ao objetivo do presente estudo, nem que recorre-se a uma tipologia semelhante. Assim, não é possível afirmar que os resultados obtidos neste estudo vão ou não ao encontro da literatura existente. Apesar disso, existem estudos que integram os perfis afetivos e a sintomatologia ansiosa (Carbonell, et al., 2015; Sanmartín, et al., 2020).

Assim, Sanmartín e colaboradores (2020), verificaram que indivíduos com perfil afetivo *self-fulfilling* apresentaram menores *scores* em todas as dimensões da ansiedade em comparação com todos os outros perfis afetivos, enquanto que indivíduos com perfil afetivo *self-destructive* apresentaram maiores *scores* na ansiedade em comparação com os restantes perfis afetivos, numa análise da relação entre os perfis afetivos e os *scores* de ansiedade social numa amostra de adolescentes entre os 15 e os 18 anos.

Por sua vez, Carbonell e colaboradores (2015), verificaram numa amostra que inclui população clínica e não clínica, que indivíduos com perturbação ansiosa podem apresentar um perfil afetivo marcado por níveis de AP e AN elevados, encontrando-se, assim, no perfil afetivo

high affective (Cloninger & Garcia, 2015; Garcia, 2017; Garcia, et al., 2020), o que é consistente com os resultados obtidos no presente estudo em que os indivíduos com esse perfil afetivo (a par dos indivíduos com perfil *self-destructive*) apresentaram valores mais elevados de sintomatologia ansiosa. Carbonell e colaboradores (2015), verificaram, ainda, que pessoas com ansiedade apresentam um nível de AP semelhante ao de pessoas sem perturbação.

Ora, tendo por referência as características de cada perfil afetivo descritas por Cloninger e Garcia (2015), Garcia (2017) e Garcia e colaboradores (2020) e as características gerais dos quadros de sintomatologia ansiosa (APA, 2014), é possível associar determinados perfis afetivos a ausência ou a presença de sintomatologia ansiosa. A sintomatologia ansiosa é caracterizada pela ocorrência frequente e intensa de diferentes sintomas físicos (taquicardia, palpitações, boca seca, hiperventilação e sudorese), comportamentais (agitação, insónia, reação exagerada a estímulos e medos) e/ou cognitivas (nervosismo, apreensão, preocupação, irritabilidade e distração). Desta forma, apresentar o perfil afetivo *self-destructive* parece constituir como um fator de risco para apresentar sintomatologia ansiosa, uma vez que este caracteriza-se por níveis mais baixos de bem-estar psicológico e por níveis mais altos de mal-estar. Da mesma forma, apresentar o perfil afetivo *high affective* parece, igualmente, constituir como um fator de risco para apresentar sintomatologia ansiosa, visto que este caracteriza-se por níveis mais baixos de bem-estar psicológico, como autonomia e por níveis mais altos de afeto negativo, sono e stress. Por sua vez, apresentar o perfil afetivo *self-fulfilling* parece constituir como um fator de proteção para apresentar sintomatologia ansiosa, sendo que este caracteriza-se por níveis mais altos de bem-estar psicológico, satisfação com a vida, afeto positivo, energia e por níveis mais baixos de afeto negativo, stress e sono. Apresentar o perfil afetivo *low affective* parece, também, constituir como um fator de proteção para apresentar sintomatologia ansiosa, uma vez que este se caracteriza por níveis mais altos de bem-estar psicológico, satisfação com a vida e por níveis mais baixos de afeto negativo e stress.

Relativamente ao estudo das diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função da escolaridade, foi possível verificar que estas duas variáveis não estão associadas.

Apesar da literatura não ser consensual, estes resultados vão ao encontro de alguns estudos como é o caso do estudo de Pinheiro e colaboradores (2020), ou o de Marcolino e colaboradores (2007), que também não encontraram diferenças significativas entre os níveis de ansiedade quanto à escolaridade.

No entanto, Minghelli e colaboradores (2013), Gazalle e colaboradores (2004) e Souza e colaboradores (2018), verificaram a existência de diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função da escolaridade. Minghelli e colaboradores (2013), verificaram que o menor nível de escolaridade corresponde a maior frequência de sintomas de ansiedade. Por sua vez, Gazalle e colaboradores (2004), verificaram que um maior nível de escolaridade pode constituir-se como um fator protetor para a ocorrência de sintomas ansiosos. Já Souza e colaboradores (2018), salientam que o fator escolaridade tem influência nos níveis de sintomatologia ansiosa, referindo que pessoas com baixa escolaridade tendem a apresentar menores níveis de conhecimento o que faz com que aumentem os níveis de ansiedade. Eventualmente, o facto de se tratar de uma amostra clínica onde o efeito da sintomatologia psicopatológica se sobrepõe ao efeito que outras variáveis, como a escolaridade, podem ter sobre a sintomatologia ansiosa, poderá ajudar a explicar as diferenças obtidas face a estes estudos.

Também no que diz respeito ao estudo das diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função do estado civil, não foi possível encontrar um efeito desta variável, à semelhança dos estudos de Santos e colaboradores (2014) e Marcolino e colaboradores (2007).

Em contrapartida, Delfini e colaboradores (2009) e Minghelli e colaboradores (2013), encontraram, nos seus estudos, diferenças ao nível a sintomatologia ansiosa em função do estado civil. Delfini e colaboradores (2009), verificaram que divorciados, solteiros e viúvos apresentaram sintomas mais acentuados de ansiedade, em comparação com casados e indivíduos a viver em união de facto. Na mesma linha, Minghelli e colaboradores (2013), verificaram que a ausência de cônjuge aumenta a prevalência de sintomas de ansiedade.

Por sua vez, no que respeita ao estudo das diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função do género, também não se encontraram diferenças significativas, na linha dos resultados encontrados por Correia e Mota (2017) e por Santos (2017).

No entanto, vários foram os autores que verificaram a existência de diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função do género. Apóstolo e colaboradores (2012), verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres na dimensão ansiedade, sempre com resultados superiores para as mulheres. Apóstolo e colaboradores (2011) e Pinto e colaboradores (2012) identificaram, também, resultados superiores para as mulheres em todas as subescalas da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). No entanto, o estudo de Melo e colaboradores (2006), identificou, apenas, resultados superiores para as mulheres na subescala referente aos níveis de ansiedade. Por sua vez, Delfini e colaboradores (2009),

verificaram diferenças em função do género, uma vez que indivíduos do género feminino apresentaram uma pontuação média maior na subescala de ansiedade. Eventualmente o facto de termos recorrido a uma amostra clínica e da sua dimensão ser reduzida poderá ajudar a explicar as diferenças obtidas face a estes estudos.

Por fim, também no que concerne ao estudo das diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função da idade, não foi possível encontrar uma correlação entre estas variáveis, ao contrário do que a literatura sugeria.

Os estudos de Veigas e Gonçalves (2009), Delfini e colaboradores (2009), Veras e Murphy (2004) e Minghelli e colaboradores (2013), verificaram a existência de diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função da idade. Veigas e Gonçalves (2009), verificaram a existência de diferenças entre grupos etários, na dimensão ansiedade, com resultados mais desfavoráveis para os participantes até aos 20 anos de idade. Por sua vez, Delfini e colaboradores (2009), verificaram uma pontuação média maior nas subescalas depressão e ansiedade em indivíduos na faixa etária dos 71 aos 80 anos. Assim como Veras e Murphy (2004) que indicam que as perturbações ansiosas são significativamente mais prevalentes na terceira idade. Minghelli e colaboradores (2013), indicam, igualmente, que um dos fatores que pode contribuir para um maior desenvolvimento de sintomas ansiosos é a idade mais avançada. No entanto, também Correia e Mota (2017) e Santos (2017), verificaram que não existem associações entre o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e a variável idade.

Tendo por base os resultados obtidos neste estudo, relativamente às diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função de variáveis sociodemográficas, como o género, a idade, a escolaridade e o estado civil, importa referir que as discrepâncias encontradas entre os resultados e a literatura encontrada podem ser justificadas pela especificidade e pela dimensão reduzida da amostra em estudo. O facto de esta ser uma amostra clínica e pelo facto de se limitar a uma única região geográfica poderá ajudar a explicar que, ao contrário do esperado, as variáveis sociodemográficas não mostraram por si só exercer uma influência significativa na sintomatologia ansiosa. Apesar disso, alguns estudos obtiveram resultados semelhantes aos deste estudo.

Assim, é possível concluir que os resultados deste estudo não são suficientes para contestar os resultados de outros estudos, mas sim para lhes acrescenta importância.

Em suma, compreende-se que, neste estudo, existe uma relação entre os perfis afetivos dos indivíduos e a sintomatologia ansiosa, no entanto, depreende-se que as variáveis

sociodemográficas, escolaridade, estado civil, género e idade, não estão associadas a sintomatologia ansiosa.

Limitações e implicações para a prática clínica

Este estudo não está isento de limitações.

A primeira limitação prende-se com o facto de o tamanho da amostra ser muito reduzido, tendo apenas 95 indivíduos. Assim, torna-se evidente que uma amostra menor dificulta a emergência de efeitos significativos, uma vez que mesmo que houvesse um efeito significativo das variáveis nos níveis de ansiedade, o tamanho da amostra poderia não ser suficiente para que esse efeito fosse evidenciado estatisticamente. Por outro lado, também é evidente que quanto maior for a amostra, mais representativa será da população em geral.

Ao mesmo tempo, outra limitação prende-se com a área geográfica, ou seja, os dados explorados reportam-se apenas a indivíduos da zona norte do país e de um único hospital. Os resultados obtidos neste estudo seriam mais robustos se a amostra fosse mais representativa das características de toda a população portuguesa.

Outra limitação prende-se com a utilização da Medida de Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 para Adultos, que se constituiu como uma medida primária na avaliação da presença ou ausência da sintomatologia ansiosa e que inclui apenas três questões.

Apesar da amostra deste estudo ser considerável atendendo à sua especificidade em termos de uma amostra clínica, é evidente que foram incluídas neste estudo mais mulheres do que homens o que, conseqüentemente, pode ter tido impacto nos resultados obtidos. Torna-se, assim, evidente a necessidade de um maior balanceamento no género dos participantes.

A dificuldade em encontrar investigações sobre esta matéria limitou um pouco interpretações mais detalhadas e minuciosas.

Por fim, importa referir que este estudo, para além de limitações apresenta também contribuições que podem ser importantes para prática clínica futura.

Uma contribuição importante prende-se com a Medida de Autoavaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 (APA, 2014), que se constituiu como uma medida de avaliação primária da presença ou ausência da sintomatologia ansiosa. Isto pode servir como guia para uma investigação adicional e seguimento para determinar se é necessária uma

avaliação mais minuciosa, o que pode incluir a Medida de Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 2 (APA, 2014).

Outra contribuição prende-se com o facto deste estudo se constituir como uma das investigações iniciais acerca deste tema em Portugal, sendo que fornece informações adicionais aos profissionais que, através da avaliação dos perfis afetivos, podem iniciar um trabalho mais preventivo do que remediativo em relação à sintomatologia ansiosa.

Conclusão

O presente estudo tinha como objetivo principal perceber de que forma os perfis afetivos se relacionam com a sintomatologia ansiosa. Para tal, partiu-se da premissa de que os perfis afetivos, que representam a dimensão emocional do bem-estar subjetivo, poderiam estar associados a uma maior ou menor propensão para desenvolver um quadro de sintomatologia ansiosa. O outro objetivo deste estudo, prendeu-se com o facto de compreender de que forma as variáveis sociodemográficas, género, idade, escolaridade e estado civil se relacionam com os quadros de sintomatologia ansiosa dos participantes

Assim, procurou-se examinar as diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função dos perfis afetivos, destacando que sujeitos com perfis afetivos *self-fulfilling* e *low affective*, apresentam menor tendência para desenvolver sintomatologia ansiosa, enquanto que sujeitos com os perfis afetivos *high affective* e *self-destructive*, apresentam maior predisposição para desenvolver esta sintomatologia.

Por outro lado, procurou-se examinar as diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa em função de variáveis sociodemográficas, como o género, a idade, a escolaridade e o estado civil, para perceber se estas variáveis influenciariam a sintomatologia ansiosa. Concluiu-se que, nesta amostra, nenhuma das variáveis sociodemográficas em estudo influenciam o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa.

Os perfis afetivos podem ser um bom indicador da presença de sintomatologia ansiosa, o que permite na prática desenvolver um trabalho mais preventivo do que remediativo. Portanto, e dada a possibilidade de apurar qual o perfil afetivo em que cada indivíduo se enquadra, torna-se, ainda, a partir desses dados, possível planear a intervenção no sentido preventivo.

Em conclusão, fica patente o contributo deste estudo para o trabalho científico em Portugal sobre este tema, uma vez que se caracteriza como uma abordagem diferenciada das investigações realizadas até ao momento atual, sendo um dos primeiros estudos a abordar estas variáveis em conformidade.

Lista de referências

- Almeida, C. O. (2019). Ensaios: da amostra ao teorema do limite central. Um pouco dos fundamentos e uma aplicação prática. *Embrapa Mandioca e Fruticultura-Documentos* (INFOTECA-E). <http://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/infoteca/handle/doc/1109183>
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2017). Metodologia da investigação em psicologia e educação. *Psiquilibrios*.
- Almeida, O. P. (1999). Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 12-18.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Climepsi Editores.
- Andersson Arntén, A-C., Algafoor, N. A., Nima, A. A., Schütz, E., Archer, T., & Garcia, D. (2015). Police personnel affective profiles: Differences in perceptions of the work climate and motivation. *Journal of Police and Criminal Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s11896-015-9166-5>.
- Apóstolo, J.L.A., Figueiredo, M.H., Mendes, A.C., & Rodrigues, M.A. (2011). Depression, anxiety and stress in primary health care users. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 348-353. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200017>.

- Apóstolo, J.L.A., Mendes, A.C., Antunes, M.T.C., Rodrigues, M.A., Figueiredo, M.H. & Lopes, M. C.F.G. (2011). Perturbações afetivo-emocionais em contexto de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem*, 3, 67-74.
http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Apóstolo, J.L.A., Tanner, B.A., & Arfken, C.L. (2012). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale-21. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, 1-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300022>.
- Archer T., Adrianson L., Plancak A., & Karlsson E. (2007). Influence of affective personality on cog- nition-mediated emotional processing: Need for empowerment. *European Journal of Psychiatry*, 21(4), 248-262.
- Arthaud-Day, M., Rode, J., Mooney, C., & Near, J. (2005). The subjective well-being construct: A test of its convergent, discriminant, and fatorial validity. *Social Indicators Research*, 74, 445-476.
- Beck, A.T., & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. *Basic books*.
- Carbonell, M. D. L. C. M., Marín, A. R., & Díaz, R. P (2015). Afectividad negativa y positiva en adultos cubanos con sintomatología ansiosa, depresiva y sin trastornos. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/1054>

- Cabrera, C. C., & Sponholz Júnior, A. (2005). Ansiedade e insónia. *In: N. J. Botega (Org.), Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*, 283-304. Artmed.
- Cloninger, C. R., & Garcia, D. (2015). The heritability and development of positive affect and emotionality. In M. Pluess (Ed.), *Genetics of psychological well-being: The role of heritability and genetics in positive psychology*, 97–113.
- Correia, F., & Mota, C. (2017). Papel do ambiente familiar no desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica em jovens adultos. *Psicologia Clínica*, 29(2), 253-271.
- Dalgalarondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- De Caroli, M. E., & Sagone, E. (2016). Resilience and psychological well-being: differences for affective profiles in Italian middle and late adolescents. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 149-159.
- Delfini, A. B. L., Roque, A. P., & Peres, R. S. (2009). Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermagem clínica. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(1), 12-22.
- DGS - Direção Geral de Saúde (2015). *Portugal: Saúde Mental em Números - 2015*.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

Diener, E., Lucas, R. E. & Oishi, S. (2005). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. Em C. R. Snyder & S. J. Lopez, Handbook of positive psychology, 63-73. Oxford University Press.

Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39, 391-406.

Diener E., Wirtz D., Tov W., Kim-Prieto C., Choi D., Oishi S., & Biswas-Diener R. (2010). New measures of well-being: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156.

Di Fabio, A. (2014). Career counseling and positive psychology in the 21st century: new constructs and measures for evaluating the effectiveness of intervention. *J. Counsel*, 1, 193–213.

Di Fabio, A., & Bucci, O. (2015). Affective profiles in Italian high school students: life satisfaction, psychological well-being, self-esteem, and optimism. *Frontiers in Psychology*, 6, 1310.

Duckworth, L. A., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology* 1(1), 629-651.
<http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154>

Freud, S. (1936). The problem of anxiety. Norton.

Galinha, I, & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I - Abordagem teórica ao conceito de afeto. *Análise Psicológica*, 23(2), 209-218.

Galinha, I, & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – *Estudo psicométrico*, 23(2), 219-227.

Galinha, I. & Ribeiro, J. (2008). Structure and Stability of Subjective Well-Being: a Structure Equation Modelling Analysis. *Applied Research in Quality of Life*, 3, 293-314.

Garcia, D. (2017). Affective Profiles Model. In V. Zeigler-Hill & T. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1-7).
https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_2303-1.

Garcia, D., Adrianson, L., Amato, C., & Rapp-Ricciardi, M. (2020). Affectively Motivated: Affective Profiles, Motivation, Stress and Energy. *Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology*, 2(2), 21-32. <https://www.researchgate.net/publication/326693872>

Garcia D., & Archer, T. (2016). Affectivity profiling in relation to exercise: Six-months exercise frequency, motivation, and basic psychological needs fulfillment. *Clin Exp Psychol*, 2, 128. <https://doi.org/10.4172/2471-2701.1000128>.

- Garcia, D., Ghiabi, B., Rosenberg, P., Nima, A. A., & Archer, T. (2015). Differences between affective profiles in temperament and character in Salvadorians: the self-fulfilling experience as a function of agentic (self-directedness) and communal (cooperativeness) values. *Int. J. Happiness Dev*, 2, 22–37. <https://doi.org/10.1504/IJHD.2015.067592>.
- Garcia, D., Kjell, O. N. E., Sikström, S. & Archer, T. (2016). Using language and affective profiles to investigate differences between individuals. *Clinical and Experimental Psychology*, 2, 123. <https://doi.org/10.4172/2471-2701.1000123>.
- Garcia, D., Sailer, U., Nima, A. A., & Archer, T. (2016). Questions of time and affect: A person's affectivity profile, time perspective, and well-being. <https://doi.org/7717/peerj.1826>.
- Garcia, D., & Siddiqui, A. (2009b). Adolescents' psychological well-being and memory for life events: influences on life satisfaction with respect to temperamental dispositions. *J. Happiness Stud*, 10, 387–503. <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9096-3>.
- Gazalle F., Lima M.S., Tavares B. & Hallal P. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista Saúde Publica*, 38(3), 65-71.
- Gomes, G. L. L., Fernandes, M. D. G. M., & da Nóbrega, M. M. L. (2016). Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 940-945. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0116>

- Kashdan, T.B., & Roberts, J.E. (2004). Social Anxiety's Impact on Affect, Curiosity, and Social Self-Efficacy during a High Self-Focus Social Threat Situation. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 119-141. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000016934.20981.68>
- Laurent J., Catanzaro S., Joiner Jr., Thomas E., Rudolph K.D., Potter K., Lambert S., Osborne L., & Gathright T. (1999). A measure of positive and negative affect for children: scale development and preliminary validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 326-338.
- Lazarus, R. S. (1976). *Psychological stress and the coping process*. McGraw- Hill.
- Leão, A. M., Gomes, I. P., Ferreira, M. J. M., & Cavalcanti, L. P. D. G. (2018). Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um grande centro urbano do Nordeste do Brasil. *Revista brasileira de educação médica*, 42(4), 55-65. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180092>.
- Marcolino, J., Suzuki, F., Cunha, L., Gozzani, J., & Mathias, L. (2007). Medida de ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório: Estudo comparativo. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(2), 157-166.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios Edições.

- Melo, V., Leal, I., & Faria, C. (2006). Depressão, ansiedade e stress em sujeitos inférteis. In I. Leal, J.P. Ribeiro, S.N. Jesus (Eds.), *Actas do 6o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 241-246. http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/livros_actas/depressao_sujeitos_inferteis.pdf
- Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A., & Simões, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Archives of Clinical Psychiatry*, 40(2), 71-76. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000200004>
- Moreno, D. H., Dias, R. S., Kerr-Corrêa, F., & Moreno, R. A. (2004). Transtornos do humor. In: T. A. Cordás & F. T. Salzano (Orgs.), *Saúde mental da mulher*, 105-140.
- Naragon, K. & Watson, D. (2009). Positive affectivity. Em S. J. Lopez (Ed.). *Encyclopedia of positive psychology*, 2, 707-711). Malden, MA: Wiley-Blackwell Publishers.
- Nardi, A. E. (2004). Transtornos de ansiedade. In: T. A. Cordás & F. T. Salzano (Orgs.), *Saúde mental da mulher*, 141-159.
- Norlander T., Bood S.A., & Archer T. (2002). Performance during stress: affective personality age, and regularity of physical exercise. *Social Behavior and Personality*, 30, 495-508.
- Norlander T., Johansson A., & Bood S.A. (2005). The affective personality: Its relation to quality of sleep, well-being and stress. *Social Behavior and Personality*, 33(7), 709-722. <https://doi.org/10.2224/sbp.2005.33.7.709>.

- Noronha, A., Martins, D., Campos, R. & Mansão, C. (2015). Relações entre afetos positivos e negativos e os cinco fatores de personalidade. *Estudos de psicologia*, 20(2), 92-101. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20150011>
- Pinheiro, D., Carvalho, P. S., & Silva, C. M. (2020). Ansiedade e Adesão ao Tratamento em indivíduos com Hipertensão Arterial. In *13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde-Atas*, 105-113. Edições ISPA.
- Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T. & Oliveira, A. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, saúde & doenças*, 16(2), 148-163. <https://doi.org/10.15309/15psd160202>
- Pinto, T. R., Amaral, C., Silva, V. N. D., Silva, J., Leal, I. P., & Paiva, T. (2012). Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: que relação?. *12.º Colóquio Internacional de Psicologia e Educação: Educação, aprendizagem e desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática*, 990-1006. <http://hdl.handle.net/10400.12/1616>
- Sanmartín, R., Vicent, M., Gonzálvez, C., Inglés, C. J., Reinoso-Pacheco, R., & García-Fernández, J. M. (2020). Factorial Invariance, Latent Mean Differences of the Panas and Affective Profiles and Its Relation to Social Anxiety in Ecuadorian Sample. *Sustainability*, 12(7), 2976. <https://doi.org/10.3390/su12072976>
- Santos, D. G. D. (2017). *Relação entre sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva, comportamentos agressivos e hipertensão*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas]. Reportório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/9326>

- Santos, M. M. B. D., Martins, J. C. A., & Oliveira, L. M. N. (2014). A ansiedade, depressão e stress no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 7-15.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Souza, G., Alves, R., Souza, L., & Rosa, A. (2018). Prevalência de sintomas depressivos e/ou ansiosos em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes Mellitus. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 20, 43-50.
- Schütz, E., Garcia D., & Archer T. (2014). Affective state, stress, and Type-A personality as a function of gender and affective profiles. *International Journal of Research Studies in Psychology*, 3(1), 51-64.
- Terracciano, A., McCrae, R., & Costa, P. T. (2003). Factorial and Construct Validity of the Italian Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 131–141.
- Vasconcelos, A. da S., Costa, C., & Barbosa, L. N. F. (2008). Do transtorno de ansiedade ao Câncer. *Revista SBPH*, 11(2).
- Veiga, J. & Gonçalves, M. (2009). A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress. www.psicologia.com.pt

Veras, R. P., & Murphy, E. (2004). The mental health of older people in Rio de Janeiro.

International Journal of Geriatric Psychiatry, 9(4), 285-295.

Warner, R. M., & Rasco, D. (2014). Structural equation models for prediction of

subjective well-being: Modeling negative affect as a separate outcome. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 2(1), 34-50.

Watson, D. (2005). Positive affectivity: the disposition to experience pleasurable emotional

states. Em C. R. Snyder & S. J. Lopez, *Handbook of positive psychology*, 106-119.

Oxford University Press.

Watson, D., & Clark, L. (1997). Measurement and mismeasurement of mood: Recurrent and

emergent issues. *Journal of Personality Assessment*, 68, 267–296.

Watson D., & Clark L. (1994). The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect

Schedule-Expanded Form. *Ames: The University of Iowa*.

Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures

of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social*

Psychology, 54, 1063-1070.

World Health Organization. (2009). Mental health: new understanding, new hope.

Genova, 53-93. <http://www.who.int/whr/2001/en/>

Zamignani, D. R., & Bonaco, R. A. (2005). Um panorama analítico- comportamental sobre os

transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental*, 7(1).

Zanon, C. & Hutz, C. S. (2010). Relações entre bem-estar subjetivo, neuroticíssimo, ruminação, reflexão e sexo. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2), 118-127.