

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
MÉDICO-CIRURGICA  
1ª EDIÇÃO

Cristina Maria da Costa Moreira Martins

Bem-estar subjetivo em doentes  
cardíacos: fatores determinantes



Viseu, dezembro de 2011



Cristina Maria da Costa Moreira Martins

Bem-estar subjetivo em doentes  
cardíacos: fatores determinantes

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
1ª edição

Estudo efetuado sob a supervisão de:  
Professor Doutor João Carvalho Duarte  
Mestre António Madureira Dias



Viseu, dezembro de 2011



*Emoções positivas orientadas para o passado:  
satisfação, contentamento, orgulho e serenidade.*

*Emoções positivas para o futuro:  
otimismo, esperança, confiança em nós próprios,  
confiança nos outros e fé.*

Martin Seligman



Aos meus pais e aos meus queridos filhos.

Ao meu marido.



## AGRADECIMENTOS

Para atingir esta meta, não me posso esquecer as pessoas que me rodearam e ajudaram.

Em primeiro lugar, agradeço à minha família que me apoiou, desde o primeiro momento, nesta odisséia: aos meus pais, ao meu marido e aos meus filhos.

Agradeço aos meus orientadores, professor doutor João Carvalho Duarte e professor António Madureira Dias.

Uma palavra especial para o meu coordenador de mestrado, professor doutor Daniel Silva, que me deu sempre uma palavra de encorajamento.

Outra palavra especial vai para os professores da Escola Superior de Saúde de Viseu que, desde a minha formação de base (1º Curso de Bacharelato 90-93), passando pelo curso de complemento de formação (4º Curso de Complemento de Formação - 2003), até à presente data me acolheram com simpatia e profissionalismo.

Agradeço a todos os meus verdadeiros amigos, pelo conforto, compreensão, escuta, companheirismo e pela ajuda que me deram nos momentos mais difíceis.

Uma última palavra de agradecimento para os doentes que colaboraram comigo na recolha dos dados, possibilitando, desta forma, a apresentação dos resultados.



## RESUMO

**Enquadramento:** O BES é constituído por duas dimensões: uma dimensão cognitiva, e uma afetiva. A dimensão cognitiva é a Satisfação com a Vida. A dimensão afetiva é composta pelos Afetos positivos e pelos Afetos negativos, e o balanço afetivo obtêm-se pela diferença entre os Afetos positivos e negativos.

**Objetivo:** Identificar se as variáveis socio-demográficas influenciam o BES do doente cardíaco internado numa UCIC; analisar se o stress, a ansiedade e a depressão influenciam o BES; aferir se outras patologias associadas, o uso de medicação anti-depressiva e/ou cardíaca, influencia o BES; aquilatar se hábitos de saúde influenciam o BES.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal, descritivo – correlacional. Realizado em 90 doentes internados em unidades de cuidados intensivos coronárias, sendo 64,4% do sexo masculino e 35,6% do sexo feminino. A recolha de informação inclui um questionário composto pelo questionário de bem-estar – PANAS, (Watson, Clark & Tellegen, 1988), escalas de ansiedade, depressão e *stress* – EADS, (Lovibond, P., & Lovibond, S, 1995), dados pessoais e alguns estilos de vida adotados, pertinentes para o estudo.

**Resultados:** Verificaram-se significâncias estatísticas para os AP: nos indivíduos com idades  $\leq 48$  anos e os indivíduos entre 62-70 ( $p=0,018$ ) e os indivíduos de 71-78 anos ( $p=0,009$ ); entre os indivíduos com limitação física para atividades quotidianas e os que possuem acentuada limitação física ( $p=0,038$ ).

**Conclusão:** Confirma-se parcialmente a hipótese relativamente aos AP e balanço afetivo relativamente à idade; AP e limitação física.

Confirma-se totalmente relativamente ao rendimento auferido.

### **PALAVRAS CHAVE**

Bem-estar subjetivo, afetos positivos, afetos negativos, balanço afetivo, doença cardiovascular.



## ABSTRACT

**Background:** The subjective well-being consists essentially of two dimensions: a cognitive dimension and an affective dimension. The cognitive dimension can be termed as satisfaction with life. The affective dimension is composed of the positive affect and negative affect, and emotional balance of the individual are obtained by the differences between positive and negative affect.

**Goal:** In order to identify if the socio-demographic variables influence the SWB in a hospitalized patient's heart UCIC, to analyze how the stress, the anxiety and the depression can influence the SWB; to assess whether other disorders, the use of antidepressant medication and / or cardiac influences the SWB; to assess how health habits influence the SWB.

**Methodology:** Quantitative analysis, cross-sectional, descriptive - correlational. Performed in 90 patients admitted to coronary care units, being 64.4% male and 35.6% female. The collection of information includes a survey questionnaire composed of well-being - PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988), scales of anxiety, depression and stress - SADS (Lovibond, P., & Lovibond, S, 1995) , and some personal lifestyles that were relevant to the study.

**Results:** We found statistical significance for the PA, in individuals aged  $\leq 48$  years old and individuals 62-70 years old ( $p= 0.018$ ) and individuals of 71-78 years old ( $p=0.009$ ), among individuals with physical limitations for daily activities and those with severe physical limitations ( $p = 0.038$ ).

**Conclusion:** This confirms the hypothesis in part on the PA and emotional balance in relation to age, physical limitation and PA. It is confirmed for the full earned income.

**KEYWORDS:** Subjective well-being, positive affect, negative affect, emotional balance, cardiovascular disease.



## ÍNDICE

pág.

INDICE DE FIGURAS	
INDICE DE QUADROS	
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
ÍNDICE DE SÍMBOLOS	
1 - INTRODUÇÃO.....	23
2 - BEM-ESTAR SUBJETIVO .....	25
2.1- ESTRUTURA DO “BEM-ESTAR SUBJETIVO” .....	30
2.2 - MENSURAÇÃO DO “BEM-ESTAR SUBJETIVO” .....	33
2.3 - TEORIAS E FATORES ASSOCIADOS AO “BEM-ESTAR SUBJETIVO” .....	34
3 - DOENÇA CARDÍACA.....	45
3.1 – FATORES DE RISCO .....	46
3.2 – ESTILOS DE VIDA .....	49
3.3- FATORES PSICOLÓGICOS .....	51
3.4- MEDICAMENTOS E DOENÇA CARDÍACA.....	52
4 - METODOLOGIA.....	55
4.1 – ENQUADRAMENTO DO TEMA.....	55
4.2 - PARTICIPANTES .....	59
4.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	62
<b>4.3.1 – Estudo psicométrico das escalas PANAS e EADS-21 .....</b>	<b>63</b>
4.4 – PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DOS DADOS .....	67
4.5 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS .....	68
5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	71
5.1- ANÁLISE DESCRITIVA .....	71
5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL .....	79
6- DISCUSSÃO .....	89
6.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	89
6.2 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	90
7 - CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	101
APÊNDICES.....	107

APÊNDICE 1	
OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS .....	109
APÊNDICE 2	
TABELAS DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA .....	117
APÊNDICE 3	
INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	121
APÊNDICE 4	
ESTUDO PSICOMÉTRICO DAS ESCALAS BES E EADS-21 .....	103
APÊNDICE 5	
TABELAS DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA - VARIÁVEIS SOCIO-FAMILIARES .....	111
APÊNDICE 6	
TABELAS DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA - VARIÁVEIS CLÍNICAS .....	115
APÊNDICE 7	
TABELAS DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA - VARIÁVEIS HÁBITOS DE SAÚDE .....	121
APÊNDICE 8	
TABELAS DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA - VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS .....	127
APÊNDICE 9	
TABELAS DE ESTATÍSTICA INFERENCIAL - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIO- DEMOGRÁFICAS E BEM-ESTAR SUBJETIVO .....	131
APÊNDICE 10	
TABELAS DE ESTATÍSTICA INFERENCIAL - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIO- FAMILIARES E PSICOLÓGIAS E BEM-ESTAR SUBJETIVO .....	135
APÊNDICE 11	
TABELAS DE ESTATÍSTICA INFERENCIAL - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CLÍNICAS E BEM-ESTAR SUBJETIVO .....	139
APÊNDICE 12	
TABELAS DE ESTATÍSTICA INFERENCIAL - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTILOS DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO .....	143

## INDICE DE FIGURAS

	<b>pág.</b>
<b>Figura 1</b> - Tradicional <i>versus</i> não tradicionais fatores de risco da doença cardíaca.....	47
<b>Figura 2</b> – Esquema de investigação.....	58



## INDICE DE QUADROS

	<b>pág.</b>
<b>Quadro 1-</b> Representação e enquadramento do conceito de bem-estar subjetivo.....	29
<b>Quadro 2 -</b> Fatores de risco associados aos acidentes cardiovasculares.....	46
<b>Quadro 3-</b> Manifestações clínicas cardiovasculares produzidas por fármacos .....	53
<b>Quadro 4 –</b> Classificação do grau de dispersão segundo o coeficiente de variação.....	69
<b>Quadro 5 –</b> Regressão múltipla entre Afetos positivos e variáveis psicológicas e socio-familiares.....	83
<b>Quadro 6 -</b> Regressão múltipla entre Afetos negativos e variáveis psicológicas e socio-familiares.....	84
<b>Quadro 7 -</b> Regressão múltipla entre balanço afetivo e variáveis psicológicas e socio-familiares.....	85
<b>Quadro 8 -</b> Classificação do Apegar Familiar.....	111
<b>Quadro 9 -</b> Classificação funcional da insuficiência cardíaca.....	113
<b>Quadro 10 –</b> Classificação do IMC.....	114



## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHA - American Heart Association

AN- Afetos negativos

ANOVA – Análise de variância

AP – Afetos positivos

BES – Bem-estar subjetivo

cf - conferir

cit. – Citado

Cv – Coeficiente de variação

et al. – e outros

F – Teste de anova

Fem – Feminino

HIV - Human Immunodeficiency Virus

IMC – Índice de massa corporal

Kg – Quilogramas

Kg/m<sup>2</sup> – Quilogramas por metro quadrado

Kw/error – Kurtosis/error (Curtose)

Masc – Masculino

Máx – Máximo

Mean-Whitney U – Teste Mean- Whitney

Mín – Mínimo

N.<sup>o</sup> / n.<sup>o</sup> – Número

OM – Ordenação Média

p – Nível de significância

r – Correlação

R<sup>2</sup> – Coeficiente de determinação

s – Desvio padrão

s.d - sem data

SIDA – Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida

Sw/error – Skewness/error (assimetria)

SWB - Subjective Well-Being

t – Valor de t de Student

WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

X<sup>2</sup> – Kruskal Wallis Test (teste de Kruskal Wallis)



## ÍNDICE DE SÍMBOLOS

€ – Euro

= – Igual

> – Maior

≥ – Maior ou igual

+ – Mais

$\bar{X}$  – Média

- – Menos

< – Menor

≤ – Menor ou igual

% – Percentagem



## 1 - INTRODUÇÃO

Na nossa vida quotidiana agimos, trabalhamos e vivemos sempre em busca da felicidade, evitando os dissabores, as tristezas, a dor e os desgostos. A infelicidade e o medo de sofrermos ou fazermos sofrer aqueles que nos rodeiam, que amamos e que gostam de nós, é um fantasma que desejamos nunca visualizar ou sentir. Há momentos, porém, que, perante as adversidades da vida, julgamos que a felicidade não passa de uma palavra do léxico, uma utopia, algo que nos transmitiram mas que, porventura, não existe. Na literatura e na filosofia são muitas as passagens que falam da vida como tragédia, sofrimento ou infelicidade. Todos os dias, somos agredidos com notícias tristes e violentas, observamos imagens de pessoas que sofrem, sentimos infelicidade ao observar a infelicidade daqueles que sofrem. Por vezes, pensamos, que só se “comercializa” infelicidade.

E a felicidade? O que sabemos sobre a felicidade? Como se constrói, o que possibilita a existência desta emoção? O que podemos fazer para ser mais felizes, para construir emoções positivas e mais duradouras ao longo da nossa vida? Longe do hedonismo, onde apenas os bons momentos são importantes, e, por sua vez, são a medida da nossa qualidade de vida. Efetivamente, entramos no campo da Psicologia Positiva, procurando o significado dos momentos felizes e infelizes. Segundo Galinha (2010), existem duas formas de encarar a felicidade: “a primeira é como se fosse um traço pessoal, ou uma disposição para experienciar o Bem-Estar, independentemente das condições externas; a segunda é como sendo um estado, uma experiência subjetiva transitória e reativa a eventos momentâneos ou a condições do ambiente.” São estes momentos que “tecemos”, com as forças e virtudes que possuímos, fruto da experiência individual, que perfazem a Satisfação com a Vida e os Afetos, ou seja, o Bem-Estar Subjetivo.

A crença de que podemos acreditar em atalhos para a felicidade, para o prazer, para o conforto, sem utilizarmos as nossas forças pessoais e virtudes, pode conduzir ao vazio, à falta de autenticidade e à depressão.

Nesta dissertação abordaremos o tema do “bem-estar subjectivo” que, embora seja um conceito recente, é, várias vezes, confundido com a qualidade de vida ou a satisfação com a vida do indivíduo.

O estudo que apresentamos foi desenvolvido ao longo de um percurso teórico-prático, decorrente do estágio que realizámos numa unidade de cuidados intensivos coronária.

Neste contexto, podemos afirmar que a cardiologia é uma área de grande riqueza epistemológica e clínica. Segundo Porto (2005), a relação entre os fatores biológicos, psicológicos, culturais e sociais, no que diz respeito ao coração, “aparece com muita clareza na saúde e na doença.” Acrescenta o autor que existem inúmeras relações fisiológicas resultantes de estados emocionais como a raiva, a ansiedade, o medo, a excitação, que incluem manifestações fisiológicas como a taquicardia, sudorese, aumento da pressão arterial e até mesmo a paragem cardiorespiratória. O nosso “bem-estar” psicológico advém da forma como as experiências, passadas e atuais, são percebidas e registadas individualmente. Desta forma, surgiu a nossa questão: que fatores influenciam o bem-estar subjetivo dos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos coronárias? Pretendemos, assim, atingir, de uma forma geral, o seguinte objetivo: analisar se as variáveis sócio-demográficas, psicológicas, clínicas e alguns estilos de vida dos doentes cardíacos influenciam o seu bem-estar subjetivo.

Como já tínhamos referido, a temática do bem-estar subjetivo será, indubitavelmente o ponto fulcral da nossa dissertação. Deste modo, por uma questão de organização e coerência interna, dividimos o nosso estudo em duas partes essenciais mas, obviamente complementares: uma fundamentação teórica e uma vertente prática e investigativa. Se na primeira visamos a revisão primorosa da bibliografia existente, já na segunda parte, apresentamos a investigação empírica.

Após termos delineado a *macro-divisão* do estudo, apresentamos os capítulos em que este se divide. Assim, verificamos que a dissertação se desenvolve ao longo de sete capítulos. No primeiro, relacionaremos o conceito de bem-estar subjetivo com algumas teorias e fatores associados ao bem-estar subjetivo. No segundo capítulo, iremos abordar a doença cardíaca, fatores de risco, estilos de vida, fatores psicológicos, e o uso de terapêutica, relacionando-a com os portadores dessa patologia. O quarto capítulo é consagrado à metodologia que utilizamos. O quinto e o sexto capítulo dizem respeito, respetivamente, à apresentação dos resultados obtidos e à sua discussão.

Terminaremos o estudo, com a apresentação, de forma breve, das conclusões a que a investigação levou.

De salientar que procuramos, ao longo deste estudo, utilizar uma bibliografia de suporte atualizada e pertinente, privilegiando as fontes primárias e os autores mais consagrados na área do bem-estar subjetivo e doença cardiovascular. No que concerne à investigação, foram omitidas as fontes uma vez que foram dados colhidos pelo investigador.

## 2 - BEM-ESTAR SUBJETIVO

No campo das ciências, durante muito tempo, podemos afirmar que a psicologia revelou mais incidência em questões relacionadas com a doença e o sofrimento que ela acarreta, do que com saúde e a felicidade daqueles que a possuem. A infelicidade foi estudada e abordada em larga escala em detrimento do funcionamento positivo da personalidade. A psicologia “negativa” tentava reparar os danos psíquicos sofridos pelo indivíduo. É neste contexto que surge a denominada psicologia positiva. É seu intuito dar mais importância ao funcionamento positivo da personalidade e ajudá-lo a viver feliz. Para Oliveira (2004), falar de psicologia positiva, significa “falar de emoções positivas, de valores, de virtudes, de positividade, qualidade de vida, funcionamento humano positivo, assertividade Acrescenta ao conceito, Seligman (2008), como presidente da American Psychological Association, que a psicologia positiva surge “como uma mera alteração de foco na psicologia, do estudo de algumas das piores coisas da vida para o estudo daquilo que faz com que a vida valha a pena ser vivida.” Esta dimensão positiva da saúde mental deve ajudar os indivíduos, não apenas a superar o mal-estar, mas a definir estratégias para promover níveis superiores de Felicidade e de Satisfação com a Vida. Este mesmo autor afirma que a Psicologia Positiva assenta em três pilares: “o primeiro, seria o estudo da emoção positiva; o segundo, o estudo do carácter positivo, as forças e virtudes cujo exercício regular produz emoção positiva”. O terceiro pilar, acrescenta, ainda Seligman (2008), refere-se ao “estudo das instituições positivas.” A democracia, a família, as comunidades fortes, a liberdade de comunicação, a educação e as redes de segurança económica são exemplos destas instituições positivas.

Decorrendo desta nova abordagem, apresentamos o conceito de “bem-estar subjetivo.” Este pode ser considerado como uma componente importante da psicologia positiva. Surge, diversas vezes, para avaliar em que medida a Felicidade Humana está sob o controlo do indivíduo. Para o compreender, também necessitamos de “compreender as forças pessoais e as virtudes”. Desta forma, “quando o bem-estar advém do facto de nos comprometermos com as nossas forças e virtudes (características positivas que causam um sentimento agradável e gratificação), as nossas vidas ficam imbuídas de autenticidade.”(SELIGMAN, 2008).

Além de pertencer à dimensão positiva da Saúde Mental e da psicologia positiva, o conceito de bem-estar subjetivo, é considerado por Galinha (2010) “(...) simultaneamente, um conceito complexo que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva e um

campo de estudo que integra parcialmente outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a Qualidade de Vida e o Afeto.”

O conceito de “bem-estar subjetivo” é particularmente recente, se tivermos em conta a tese de Wilson, datada de 1960, onde este aborda, pela primeira vez, o termo “bem-estar”, propondo-se a estudar duas hipóteses de “bem-estar”, relacionando os conceitos de Satisfação e Felicidade com duas perspetivas: uma perspetiva base topo, ou seja, a satisfação imediata das necessidades produz felicidade e a sua não satisfação produz infelicidade; e uma perspetiva topo-base, ou seja o grau de satisfação necessário para a Felicidade, depende da adaptação ou do nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com os outros, pelos valores pessoais, entre outros (GALINHA 2010).

Já Diener (1984), refere que “ (...) os especialistas da psicologia ignoram largamente o bem-estar subjetivo, no entanto, a infelicidade humana foi profundamente explorada.”<sup>1</sup> Acrescenta, ainda, que, “em 1973, (a) *Psychological Abstracts International* começou por listar a felicidade como um termo de Index e, em 1974, o jornal *Social Indicators Research* foi fundado com um extensivo número de artigos consagrados ao bem-estar subjetivo.”<sup>2</sup> e, salienta autores como Chekola (1975), Culberson (1977), Jones (1953), Tatarkiewicz (1976), Wessman (1957) e Wilson (1960) como excelentes críticos da história e da filosofia da felicidade e termos relacionados. Em suma, o estudo do “bem-estar subjetivo” procura compreender a avaliação que os indivíduos fazem das suas próprias vidas.

DIENER (1984), refere ainda que as definições de “bem-estar” e de “felicidade” se podem agrupar em três categorias: a primeira, como “virtude ou santidade<sup>3</sup>”, isto é, o bem estar pode ser concebido através de critérios externos, tais como a virtude e a santidade; nas definições normativas de felicidade, esta não é considerada como subjetiva, mas sim como possuidora de uma qualidade desejável. O autor baseia-se em Aristóteles, no que concerne ao conceito de eudonomia, diferenciando-a do conceito vulgar de felicidade.

A segunda categoria da definição de “bem-estar”, formulada por teorizadores sociais, está relacionada com a investigação da questão sobre o que leva as pessoas a avaliar as suas vidas em termos positivos. Esta definição subjetiva de “bem-estar” é comumente denominada de “satisfação com a vida”, e tem a ver com a maneira como cada pessoa entende o que é uma vida feliz. A terceira categoria referida por Diener, relaciona-se com o modo como o termo “bem-estar” é utilizado no discurso diário, e apresenta-o como uma

---

<sup>1</sup> “Yet for decades psychologists largely ignored positive subjective well-being, although human unhappiness was explored in depth” in **Subjective Well-Being**. p. 543

<sup>2</sup> In 1973 *Psychological Abstracts International* began listing happiness as an index term, and in 1974 the journal *Social Indicators Research* was founded, with a large number of articles devoted to subjective well-being (SWB) *ibid*

<sup>3</sup> “external criteria such as virtue or holiness” *ibid*

relação de “preponderância” do Afeto Positivo em relação ao Negativo. De salientar que os Afetos Positivos e a Satisfação com a Vida, bem como o modo como se relacionam entre si, são objeto de estudo no contexto do “bem-estar subjetivo”.

Citando ainda o mesmo autor e o mesmo artigo, podemos referir que existem três aspectos do “bem-estar subjetivo” que devem ser destacados: o primeiro, é a subjetividade, uma vez que, de acordo com Campbell e Diener(1984), esta subjetividade reside no âmago da experiência individual; o segundo aspecto, consiste na aceção de que o “bem-estar” inclui medidas positivas e não apenas a ausência de fatores negativos; o terceiro aspecto alusivo ao “bem-estar subjetivo”, destaca a sua globalidade, em contraponto com a ideia de que possa ser limitado apenas a um único aspecto da vida.

Por sua vez, Pavot e Diner (1993), referem que estudos anteriores identificaram dois conceitos amplos de “bem-estar subjetivo”: a componente afetiva mais vulgarmente conhecida pelos Afetos Positivos e os Afetos Negativos e uma componente cognitiva, ordinariamente conhecida como a Satisfação com a Vida. Os mesmos autores, acrescentam ainda, que a componente afetiva e a cognitiva não existem por si só, ou seja, não são independentes; bem pelo contrário, apresentam alguma lógica e inclusivamente podem fornecer informações complementares, mesmo quando separados.

Outros autores, como Ryan e Deci (2000), enfatizaram a importância da auto-realização para o “bem-estar”, mas também identificaram o cumprimento de três necessidades psicológicas básicas: competência, autonomia e relacionamento. Estas necessidades são essenciais para o crescimento psicológico, a integridade e o “bem-estar.”

Acrescentam outros autores, como Diener, Scollon e Lucas (2003) que o “bem-estar” é um construto multidimensional composto por quatro fatores: a) avaliação global da vida, que inclui a satisfação com a vida, o sucesso, a sensação de preenchimento e o significado com a vida; b) satisfação em domínios específicos, tais como o casamento, o trabalho, a saúde e o lazer; c) afetos positivos que incluem a alegria, o contentamento, o amor, entre outros; d) afetos negativos: tristeza, raiva, preocupações, *stress*, entre outros.

Também Ryff e Keyes (1995), citados por Pavot e Diener (2004), apresentaram um modelo de “bem-estar” composto por seis aspectos: “autonomia, crescimento pessoal, auto-aceitação, sentido com a vida, domínio do ambiente, relação positiva com os outros<sup>4</sup>”. De acordo com Galinha (2010), este modelo de “bem-estar” iniciou outro campo de estudo, o “bem-estar psicológico”, definindo-se este como um “construto multidimensional, mais abrangente, que inclui um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo na

---

<sup>4</sup> “*autonomy, growth, self-acceptance, life purpose, mastery, and positive relatedness*” in **The Subjective evaluation of Well-Being in adulthood: Finding and implications**. p.115

idade adulta, avaliadas por seis escalas”. Acrescenta a autora que as dimensões do “bem-estar psicológico” referem-se à autoaceitação, à autorrealização e personalidade adulta, à autonomia, à independência das pressões externas e autocontrole do comportamento, ao controlo sobre o meio, às relações positivas, ao propósito da vida como a capacidade de ter um projeto ou sentido para a vida, e ao desenvolvimento pessoal como funcionamento ótimo da personalidade.

Nos seus estudos, Pavot e Diner (2004), definem “bem-estar subjetivo” como “uma categoria ampla de fenómenos que inclui respostas emocionais das pessoas, satisfações de domínio, e os julgamentos globais de satisfação com a vida”. As componentes afetivas do “bem-estar” (que englobam o humor e as emoções) incluem os Afetos Positivos (AP) e os Afetos Negativos (AN). As componentes afetivas do “bem estar”, representam as avaliações e as reações de um indivíduo a uma situação atual. Para os mesmos autores, “a componente cognitiva do «bem-estar» representa os juízos de valor sobre a qualidade da vida”. Esses julgamentos são geralmente referidos como a Satisfação com a Vida ou os domínios focados em avaliações de facetas específicas da vida, dos quais se destacam: o trabalho, o casamento, ou o lazer. Mais, os julgamentos de Satisfação Global da Vida representam a avaliação cognitiva baseada na vida como um todo. As componentes afetivas do “bem-estar subjetivo” variam frequente e independentemente umas das outras e, paralelamente, de forma independente em relação à Satisfação com a Vida.

Após esta resenha de conceitos e teorias apresentadas relativas ao conceito do “bem-estar subjetivo”, podemos concluir que existe um consenso entre os vários autores quanto às seguintes dimensões: “uma dimensão cognitiva em que existe um juízo avaliativo, normalmente exposto em termos de Satisfação com a Vida, em termos globais ou específicos, e uma dimensão Afetiva emocional (positiva ou negativa) expressa também em termos globais ou específicos” (GALINHA 2010).

Neste contexto, Albuquerque e Tróccoli (2004) definem Afeto Positivo como um “contentamento hedónico puro experimentado num determinado momento como um estado de alerta, de entusiasmo e de atividade”. Definem, igualmente, o conceito de Afeto Negativo como “um estado de distração e engajamento desprezível que também é transitório, mas que inclui emoções desagradáveis como a ansiedade e a depressão, a agitação, o aborrecimento, o pessimismo e outros sintomas psicológicos aflitivos e angustiantes.” A Satisfação com a Vida, para os mesmos autores, é considerada um “processo de juízo e avaliação geral da própria vida.”

**Quadro 1** – Representação e enquadramento do conceito de bem-estar subjetivo

<b>Saúde mental</b>	<b>Dimensão positiva</b>	<i>Bem-estar psicológico</i>	Autonomia Controlo sobre o meio Desenvolvimento pessoal Relações positivas com os outros Projeto de vida Autoaceitação	
		<i>Bem-estar subjetivo</i>	Dimensão cognitiva	Satisfação com a vida
	Dimensão afetiva		Afeto positivo Afeto negativo	
	<b>Dimensão negativa</b>	<i>Perturbação mental</i>		

**Fonte:** GALINHA, Iolanda Costa – Bem-estar subjetivo: Fatores cognitivos, afetivos e contextuais. 2ª edição. Lisboa: Placebo Editora, 2010. p.331. ISBN: 978-989-8463-11-1 (p.19).

Segundo Fiquer (2006), justifica-se o estudo do “bem-estar subjetivo” pelo facto de: “a) ter-se mostrado um bom indicador de benefícios relacionados com a saúde ; b) por se ter tornado uma medida de avaliação da qualidade de vida da população em diferentes sociedades, quando considerado em conjunto com indicadores socio-económicos; c) ser um construto que apresenta relativa estabilidade em diferentes situações e ao longo da vida, mesmo perante mudanças momentâneas de pensamento, planos, assim como outros fatores transitórios que podem afetar o julgamento da satisfação com a vida de um indivíduo.”

Também Galinha (2010), justifica a pertinência do estudo no campo do “bem estar subjetivo.” A autora refere três características consideradas chave para a importância deste estudo do bem-estar: primeiro, porque o estudo do “bem-estar” não dá ênfase apenas aos estados indesejáveis e as diferenças individuais nos níveis de “bem-estar positivo” também são importantes; segundo, o “bem-estar” é definido pelas experiências internas do indivíduo, e não somente pelos critérios ou avaliações externas; terceiro, o campo de estudo do “bem-estar” é de longo termo, e não apenas momentâneo. Salientamos, neste ponto, que embora o humor do indivíduo possa “flutuar” em função das situações da vida, o estudioso que pretenda estudar o “bem-estar subjetivo”, deverá estar atento ao humor da pessoa ao longo do tempo e não basear o seu estudo apenas em emoções passageiras.

## 2.1- ESTRUTURA DO “BEM-ESTAR SUBJETIVO”

Concluimos a partir da nossa pesquisa que o “bem-estar subjetivo” é uma categoria que alberga vários “fenómenos”: as respostas emocionais dos indivíduos, o julgamento de Satisfação com a Vida e domínios de satisfação. É uma variável ampla mas que exige cuidado na comparação com outras variáveis, uma vez que possui múltiplas facetas que devem ser estudadas de forma diferente. A avaliação que um indivíduo faz sobre a sua vida, pode assumir a forma de cognição, quando o faz de uma forma global ou de uma forma específica (um aspecto específico da vida). Mas a avaliação da vida do indivíduo pode também manifestar-se sob a forma de afeto, isto é, quando as pessoas expressam emoções positivas ou negativas quanto à sua vida.

Mais, podemos afirmar que quanto mais frequentemente um indivíduo experiencia Satisfação com a Vida e “emoções positivas” e menos vezes sofre “emoções negativas”, como tristeza e agressividade, melhor será o seu nível de “bem-estar subjetivo”. Por outro lado, um indivíduo que manifeste insatisfação com a vida, mostre pouca alegria ou Afeto positivo, se abordar frequentemente “emoções negativas” como a agressividade ou a ansiedade, o seu nível de “bem-estar subjetivo” é reduzido. Acrescenta Galinha (2010), que “a dimensão cognitiva e afetiva do «bem-estar subjetivo», revelam-se amplamente correlacionadas e, apenas recentemente, se começa a compreender a relação entre os seus vários componentes.”

### **Dimensão cognitiva do “bem-estar subjetivo”**

Como já referimos, a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo pode ser denominada pela forma de “satisfação com a vida”. A “satisfação com a vida” é parte de um conceito amplo que é a “qualidade de vida”. Embora possam parecer sinónimos, a diferença entre eles prende-se com critérios de subjetividade/objetividade: a “satisfação com a vida” refere-se à dimensão psicológica subjetiva da “qualidade de vida”; “qualidade de vida”, por sua vez, inclui dimensões objetivas, como as condições de vida e as circunstâncias sociais (GALINHA 2010). Atualmente, definimos o conceito “qualidade de vida” dependente da saúde do indivíduo, dos bens económicos que ele possui, das suas crenças espirituais, do meio sócio-cultural em que ele está inserido e da realização pessoal. Acrescentamos que a “qualidade de vida” depende, igualmente, do otimismo e da personalidade do indivíduo e das suas capacidades para ultrapassar obstáculos, bem como da sua maior ou menor capacidade para ajudar os que lhe são mais próximos.

Contudo, para Veenhoven (1996), citado por Galinha (2010), a qualidade de vida apresenta dois significados: a presença de condições consideradas necessárias para uma vida boa – qualidade de vida presumida - e a experiência de viver uma vida boa – qualidade de vida manifesta.

Por outro lado, para Simões et al (2000), a “qualidade de vida” inclui duas dimensões específicas: as condições da vida (que se referem a um conjunto de fatores como o rendimento, o estado civil, entre outras características socio-demográficas, que influenciam o modo como os indivíduos vivem e avaliam a sua vida e a experiência de vida. Esta última dimensão, constitui, para este autor, o domínio do “bem-estar subjetivo” designadamente a Satisfação com a Vida.

Sistematizando, e de acordo com Galinha (2010), o conceito de “qualidade de vida” partilha o campo de estudo do “bem-estar subjetivo” mas transcende-o. A qualidade de vida subjetiva ou manifesta, vulgarmente designada por Satisfação com a Vida, é a medida em que a pessoa avalia a satisfação com a sua vida.

### **Dimensão afetiva do “bem-estar subjetivo”**

O conceito de afeto é efetivamente complexo, uma vez que comporta várias dimensões e níveis de análise. Para a maioria dos investigadores, o Afeto é a componente emocional do “bem-estar subjetivo.” O Afeto faz parte do dia a dia de todos os indivíduos, que tentam promovê-lo positivamente de forma a atingir o “bem-estar.” São as emoções que o indivíduo manifesta, em cada momento, a intensidade e a duração das emoções positivas sobre as negativas. Na razão de o Afeto ser questão de investigação em vários domínios da psicologia, este tornou-se um construto multifacetado.

Noutros estudos, tendo por base a dimensão temporal do afeto, podemos encontrar denominações de Afeto estado (momentâneo), ou seja o bem-estar nos indivíduos, as emoções positivas e negativas, sobre o humor (episódio) e o Afeto traço (longo termo), como por exemplo, estudos sobre fatores da personalidade.

Relativamente à estrutura do Afeto, de acordo com Galinha (2010), encontramos duas abordagens principais: a abordagem do afeto específico e a abordagem dimensional. A primeira, defende que existem muitos tipos de afeto, cada um com características e padrões de resposta específicos embora relacionados. As emoções que resultam dessa abordagem, como sejam a alegria, a tristeza, o medo e o remorso, são entendidas separada e independentemente umas das outras. Nesta abordagem, e ainda segundo Galinha (2010), cada estado emocional tem padrões de respostas fisiológicas específicos. No que concerne à abordagem dimensional do Afeto, podemos afirmar que se trata de uma abordagem

recente em termos históricos, e que propõe a existência de dimensões de Afeto, geralmente duas dimensões afetivas centrais. Desta forma, as emoções específicas são consideradas uma combinação das duas dimensões afetivas centrais. As emoções específicas são consideradas como combinações das duas dimensões centrais. Um exemplo, são as cores básicas que se cruzam (simbolizando as dimensões centrais) e formam uma infinidade de tonalidades (emoções específicas).

Muitos autores já se debruçaram sobre a relação, a **interação** ou **interdependência** entre a dimensão positiva e negativa do Afeto.

Num estudo longitudinal, onde se procurava a relação entre as duas dimensões do Afeto, realizado por Billings et al (2000), e citado por Galinha (2010), demonstrou-se que os indivíduos podem manifestar níveis de Afeto positivo significativamente elevados em momentos de *stress* crónico extremo, o que demonstra a independência entre as duas dimensões. Quando o Afeto positivo ocorre em simultâneo com o Afeto negativo, num período crítico intenso, este assume um papel importante adaptativo.

Outra perspetiva da relação entre os dois tipos de Afeto, revela que o Afeto positivo aumenta o espectro da atenção e do repertório comportamental, produzindo, assim, recursos físicos, sociais e intelectuais importantes.

A importância de estudar o Afeto positivo e o Afeto negativo em separado, deve-se ao facto de ambas serem componentes importantes do “bem-estar subjetivo” e, ao serem estudadas e abordadas separadamente, permite-nos tirar conclusões distintas. Alguns investigadores podem até obter “balanços afetivos”. O “balanço afetivo” é obtido quando aos Afetos positivos se subtraem os Afetos negativos. Desta forma, podemos concluir que um indivíduo tem um elevado nível de “bem-estar subjetivo”, é um indivíduo que apresenta uma “preponderância de Afeto positivo sobre o Afeto negativo (GALINHA 2010).

Segundo Fredrikson (2001), citado por Galinha (2010), as emoções positivas predis põem os indivíduos a ampliar e a construir os seus recursos individuais. Dessa forma, quando a vida corre de uma forma positiva, as pessoas podem expandir os seus recursos e amizades, investindo nas suas competências para o futuro ou, então, descansar e relaxar para reparar energias depois de um esforço. Nesta linha de pensamento, concluímos que as emoções positivas ajudam os indivíduos a prepararem-se para novos desafios.

Neste contexto, podemos referir que características relacionadas com o Afeto positivo, como a confiança, o otimismo, a autoeficácia, a abertura, as representações positivas dos outros, a sociabilidade, a atividade e a energia, o comportamento pró-social, a imunidade e o bem-estar físico, estilos de *coping* eficazes perante o desafio e o *stress*, a originalidade e a flexibilidade, predis põem o indivíduo a envolver-se ativamente com o meio

e a lutar pelos seus objetivos. Esta opinião é defendida pelos investigadores Lyubomirsky, King e Diener (2005), citados por Galinha (2010).

## 2.2 - MENSURAÇÃO DO “BEM-ESTAR SUBJETIVO”

O estudo do “bem-estar subjetivo” possui os seus fundamentos em estudos empíricos, caracterizados por medidas de auto-relato (DIENER, 1984) onde o indivíduo julga a satisfação que possui com relação à sua vida e relata a frequência das emoções afetivas recentes de prazer e desprazer (DIENER; OISHI & LUCAS, 2003). O “bem-estar subjetivo”, por ser de grande importância nos estudos de qualidade de vida nas décadas de 1960 e 1970, era avaliado através de medidas de um único item em grandes pesquisas sociais gerais (DIENER, 1984). Geralmente, era colocada uma questão específica sobre Felicidade ou Satisfação com a Vida. O Index de “Bem-Estar” de Campbell, Converse e Rodgers (1976) era, entre as medidas de único item, sobre satisfação de vida, a mais utilizada (GIACOMONI, 2004). Para facilitar a barreira de língua, e conseguir obter estudos noutras culturas, foram utilizadas outras escalas como a de CANTRIL (1967) que desenvolveu a Escala da Escada, e Andrews e Withey (1976), com o mesmo objetivo, elaboraram a Escala de Faces, composta por sete faces, cujas expressões variam de “muito positivo” a “muito negativo”, onde era questionado ao sujeito qual das fisionomias era a mais próxima para expressar como se sentia com a sua vida. Para além das escalas de felicidade e de satisfação descritas, outros tipos de escalas foram desenvolvidas e muito utilizadas.

Atualmente, os instrumentos da mensuração do “bem-estar subjetivo” mais utilizados em pesquisas com adultos são a Escala de Satisfação com a Vida, de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) e as Escalas PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) de Watson, Clark & Tellegen (1988).

A escala de PANAS foi validada para a população portuguesa por Galinha & Ribeiro (2005), procurando, desta forma, chegar aos vinte itens descritores das emoções positivas e negativas, “que fossem mais representativas do léxico emocional dos portugueses” (GALINHA & RIBEIRO, 2005). Estes autores tiveram sempre a preocupação de serem fiéis à estrutura da escala original. Para avaliar os estados afetivos específicos (positivo ou negativo) foram utilizadas listas de adjetivos, que descrevem estados emocionais, e os indivíduos inquiridos devem indicar se as emoções descritas pelos adjetivos refletem o seu estado atual.

### 2.3 - TEORIAS E FATORES ASSOCIADOS AO “BEM-ESTAR SUBJETIVO”

A investigação e o desenvolvimento do estudo do “bem-estar subjetivo”, segundo Galinha (2010), ocorreu em três grandes fases. Na primeira fase, procuraram encontrar-se características das pessoas felizes relativamente aos fatores socio-demográficos. No final dessa fase, concluiu-se que este tipo de variáveis não eram as mais pertinentes para explicar a diferença no “bem-estar subjetivo” dos indivíduos. Numa segunda fase, foram desenvolvidas novas teorias compreensíveis e modelos conceituais, desenvolvendo-se, também, durante esta fase trabalhos de validação das medidas de “bem-estar”. Durante esta fase, estudaram-se variáveis relativas ao temperamento, à realização de objetivos pessoais, à capacidade de adaptação e de critérios de comparação dos indivíduos.

Atualmente, e de acordo com Galinha (2010), vivemos uma terceira fase que consiste em “explorar as explicações teóricas sobre os diversos processos psicológicos que estão subjacentes às diferentes medidas de bem-estar subjetivo”.

Pretendemos, neste ponto, abordar, de forma sistemática, algumas teorias relacionadas com o “bem-estar subjetivo” e alguns fatores que a investigação identificou como associados a ele. Dividimos estes em fatores: contextuais, afetivos, cognitivos e culturais.

#### **Abordagens base-topo e topo-base do “Bem-Estar Subjetivo”**

As abordagens base-topo e topo-base, marcaram os desafios iniciais da investigação no campo do bem-estar subjetivo.

WILSON (1967), citado por Fiquer (2006), classificou as teorias sobre a felicidade em télicas, de prazer e dor, de atividade, associativistas e teorias de *down-up* e *up-down*. Estas últimas são dois grandes blocos opostos denominados *bottom-up* versus *top-down*.

Por sua vez Diener et al (1991), citados por Giacomoni (2004), referem que as primeiras teorias do “bem-estar” procuravam esclarecer e identificar como os fatores externos, as situações e as variáveis socio-demográficas afetavam a felicidade. Estas abordagens são conhecidas como *bottom-up*, uma vez que mantêm como base o pressuposto de que existe uma série de necessidades humanas universais e básicas, e que a satisfação, ou não, destas viabiliza a felicidade. Outros fatores associados a essas teorias são as experiências de situações agradáveis, relacionadas com o “afeto positivo”, assim como o seu oposto, situações desagradáveis associadas a Afetos negativos. Desta forma, a satisfação e a felicidade resultariam da acumulação desses momentos específicos e dessas experiências felizes.

As abordagens *topdown* surgem como tentativa de estudar os aspetos intrínsecos ao indivíduo que determinam a forma como os acontecimentos são percebidos. Nesta linha, Giacomoni (2004), afirma que “as abordagens *top-down* do “bem-estar subjetivo” assumem que as pessoas possuem uma predisposição para interpretar as situações, as experiências de vida, de forma tanto positiva quanto negativa, e essa propensão influenciaria a avaliação da vida”. Acrescenta, ainda, a autora que uma pessoa aproveita os prazeres da vida porque é feliz e não são os prazeres da vida que a tornam feliz.

Existem, hoje em dia, algumas teorias que investigam como ocorre este processo de interpretação dos eventos e as suas relações com a nossa avaliação da vida. Três grandes blocos de teorias compõem esta área de estudos: as teorias da personalidade e seus diferentes modelos, as teorias de discrepância e as teorias relativas aos processos de adaptação e *coping*.

### **Fatores contextuais**

Quando abordamos os fatores contextuais que podem influenciar a variabilidade do “bem-estar subjetivo”, estamos a reportar-nos a “condições objetivas em que as pessoas vivem, medidas pelas variáveis socio-demográficas, como a idade, o sexo, a situação face ao emprego, face ao casamento e face à escolaridade” (GALINHA 2010). Contudo, e de acordo com a mesma autora, dentro dos fatores contextuais, podemos ainda considerar os acontecimentos positivos e negativos relevantes acontecidos durante o ciclo da vida (nascimentos, mortes, casamentos).

Para melhor compreender a influência das variáveis socio-demográficas no “bem-estar”, temos de ter presente a teoria da satisfação das necessidades de Maslow, pois, de acordo com Iolanda Galinha, quando as necessidades básicas não estão asseguradas, “os níveis de «bem-estar subjetivo» estão fortemente comprometidos.”

Durante as últimas décadas, muitos foram os estudos que tentaram relacionar as variáveis socio-demográficas com o “bem-estar subjetivo”. Tal processo deve-se ao facto de este tipo de variáveis terem, provavelmente, efeito nos processos psicológicos como metas, habilidades de *coping* e outros. De seguida, abordaremos, sucintamente, algumas variáveis relacionando-as com o estudo do “bem-estar”.

De acordo com Pavot e Diener (2004), quando se estuda o “bem-estar subjetivo” dos **homens versus mulheres** verificam-se diferenças ténues ou praticamente não existentes, e quando as diferenças surgem, os homens apresentam melhor “bem-estar”. Por outro lado, Seligman (2008), referindo-se a estudos realizados previamente, afirma que as mulheres vivenciam quantidades maiores de emoções positivas, pois “têm vidas emocionais mais

extremas” do que os homens. Paralela ao mesmo estudo, Galinha (2010), afirma que simultaneamente as mulheres apresentarem níveis mais elevados de mal-estar (pois as depressões prevalecem mais neste sexo) e níveis mais elevados de “bem-estar”, pois tudo leva a crer que estes dois níveis se equilibram, resultando num “bem-estar global” idêntico ao dos homens.

No que concerne à **idade**, em 2004, Diener e Pavot referiam que os jovens tendem a ter um nível mais elevado de “bem estar”; porém, Seligman (2008), referindo-se a estudos mais recentes, contrapõe esta ideia, tendo em conta a longevidade e a melhoria da qualidade de vida ao longo dos tempos. Este autor refere que a Satisfação com a Vida “sobe ligeiramente com a idade, o afeto agradável desce ligeiramente e o afeto desagradável não muda.” Acrescenta, também, que o que muda quando envelhecemos, “é a intensidade das nossas emoções: tanto o «sentir-se no topo do mundo» como estar «nas profundezas do desespero» tornam-se menos comuns com a idade e a experiência.” Contudo, quanto à associação da idade à Satisfação com a Vida, Galinha (2010), afirma que os resultados empíricos não são conclusivos.

Relativamente ao **estado civil**, Seligman (2008), afirma que “o casamento está grandemente relacionado com a felicidade”. Para justificar esta ideia, o autor caracteriza o casamento como uma alegria permanente. A vantagem da felicidade para os indivíduos casados reside no controlo da idade e do rendimento, tanto para os homens como para as mulheres. Afirma também que as pessoas que já são felizes “têm maiores probabilidades de se casar e de manter-se casadas”, enquanto que as pessoas deprimidas “tendem a ser mais retraídas, irritáveis e centradas em si próprias e, por isso, podem arranjar parceiros menos atraentes.” Todavia, o autor salienta que os casamentos infelizes “minimizam o bem-estar” uma vez que aqueles que têm casamentos “não muito felizes”, apresentam um nível de felicidade mais baixo do que os que não são casados ou são divorciados.

Os investigadores tendem a comparar o **nível económico** do “bem-estar subjetivo” médio dos habitantes dos países ricos ao “bem-estar subjetivo” dos habitantes dos países mais pobres. Contudo, as comparações internacionais são difíceis de desvendar, pois as nações mais ricas também possuem níveis mais baixos de analfabetismo, melhores cuidados de saúde, mais educação, mais liberdade e mais bens materiais. Na globalidade, os estudos apontam que a pobreza extrema é um mal social e que as pessoas, em tal situação, sentem “menos «bem-estar» do que os afortunados”. Todavia, as pessoas pobres, consideram grande parte das suas vidas como satisfatórias (SELIGMAN, 2008). Podemos concluir que a importância que cada indivíduo dá ao dinheiro, mais do que o possuir, influencia a sua própria felicidade. Desta forma, o autor salienta que o materialismo parece

ser contraproducente pois “as pessoas que valorizam o dinheiro mais do que outros objetivos, estão menos satisfeitas com o seu rendimento e com as suas vidas.”

Outra perspetiva apresentada por Galinha (2010), é que a relação existente entre os rendimentos e o “bem-estar subjetivo” é fraca. A autora afirma que os indivíduos ricos são apenas ligeiramente mais felizes que os indivíduos pobres, mas que os indivíduos dos países ricos são significativamente mais felizes do que os indivíduos dos países pobres. Acrescenta a autora que as mudanças nos rendimentos dos indivíduos nem sempre alcançam os resultados esperados, ou seja, os mais ricos serem mais felizes.

A **educação**, no ponto de vista de Seligman (2008), é um meio que visa obter um rendimento mais elevado, o que pode ser considerado surpreendente, uma vez que não é um meio para uma felicidade maior. No ponto de vista de Galinha (2010), a escolaridade pode promover o “bem-estar” por dois lados: pelo progresso dos indivíduos em direção aos seus objetivos ou pela adaptação que permite à mudança no mundo que os rodeia; por outro lado, o aumento da escolaridade aumenta as aspirações, e talvez, por esse motivo, os indivíduos que possuem uma elevada escolaridade e se encontram no desemprego, apresentem maiores perturbações psicológicas do que os indivíduos com baixa escolaridade e se encontrem também em situação de desemprego. Concomitantemente, a autora refere que alguns estudos, apontam para a existência de uma relação positiva, embora reduzida, entre os níveis de escolaridade e o “bem-estar subjetivo.”

Segundo Galinha (2010), os estudos que visam estabelecer relação entre o “bem-estar subjetivo” e os benefícios do **emprego**, são essencialmente estudos sobre o desemprego e a reforma. A mesma autora, refere que estudos demonstram muitos aspetos do “bem-estar subjetivo” são afetados pelo estatuto profissional dos indivíduos especialmente “o Afeto positivo, a Satisfação com a Vida, a autoestima, a apatia, a satisfação com o salário, a saúde e a habitação.” O trabalho pode ainda estar relacionado com o “bem-estar subjetivo”, porque pode fornecer ao indivíduo relações sociais positivas e uma identidade pessoal. Paralelamente, os indivíduos desempregados possuem “um nível mais elevado de perturbações psicológicas, Satisfação com a Vida reduzida e níveis mais altos de suicídio do que as pessoas empregadas.” Acrescenta Galinha (2010), que o desemprego é uma das maiores causas de mal-estar, e os efeitos do desemprego sobre o indivíduo são maiores quando não existe suporte social. No que concerne às relações sociais, Diener e Pavot (2004), referem que a boa qualidade das relações sociais do indivíduo, representa muita influência ou até pode ser considerada um fator crítico para níveis elevados de “bem-estar”. A vida social mais preenchida das pessoas felizes, o facto de passarem menos tempo sozinhas e grande parte do tempo a sociabilizarem-se, terem

melhor relacionamento consigo próprias e também com os amigos, causa de uma maior felicidade, segundo o que é defendido por Seligman (2008).

Pensamos que é pertinente para o estudo, abordar os indivíduos reformados e o seu nível de “bem-estar subjetivo.” Estudos encontrados demonstram que os reformados são, de um modo geral, mais felizes em relação aos que trabalham (GALINHA 2010).

O estudo sobre os efeitos psicológicos da **religião** nos indivíduos são recentes. Segundo Seligman (2008), existem estudos norte-americanos sobre os benefícios da fé nos indivíduos. Estes demonstraram, de forma consistente, que as pessoas religiosas são um pouco mais felizes e estão mais satisfeitas com a vida do que as pessoas não religiosas. Também e segundo o mesmo autor, as religiões “dão esperança para o futuro e dão significado à vida.” De salientar, que, para efeitos de economia da investigação, este fator não foi objeto do estudo empírico.

A **saúde** e a **longevidade** são evidentes indicadores de uma boa condição física. A prática de exercício físico regular é um fator importante no “bem-estar” físico e psíquico dos idosos, na medida em que o exercício físico é um meio de prevenir e tratar a depressão (DIENER, PAVOT, 2004). Acrescentam estes autores que as pessoas felizes têm menor risco de mortalidade.

Concordando com esta ideia, Seligman (2008) afirma que a “emoção positiva é um presságio de saúde e longevidade”, uma vez que as emoções positivas protegem os indivíduos contra a tristeza provocada pelo envelhecimento. Realça, ainda, que as pessoas felizes possuem melhores hábitos de saúde, tensões arteriais mais baixas e sistemas imunitários mais fortes, em contraponto com as pessoas menos felizes.

Outras variáveis sócio-demográficas, tais como a etnia, ocupação de tempos livres e saúde, poderiam eventualmente ser consideradas neste estudo. Porém, por motivos de economia da revisão da literatura, optámos por não as considerar em termos práticos, e obviamente, não as desenvolver.

### **O impacto dos eventos da vida no “bem-estar subjetivo”**

Vários são os estudos que pretendem relacionar as consequências psicológicas causadas pelas contrariedades da vida, ou seja, pelos impactos dos eventos importantes que ocorrem ao longo da vida dos indivíduos. Neste contexto, os investigadores, abordam as teorias da adaptação como suporte teórico aos estudos sobre estes impactos negativos e o “bem-estar subjetivo”. De acordo com estas teorias, as emoções dos indivíduos reagem fortemente aos eventos da vida mas atenuam-se com o passar do tempo. Para este facto, a

teoria da adaptação explica que essa situação advém do facto de uma diminuição das respostas emocionais e estímulos repetidos continuamente.

O conceito de “eventos da vida” relacionado com o “bem-estar subjetivo”, pode ser definido segundo Wethington (2000), citado por Galinha (2010), como “uma ocorrência discreta que se acredita criar, por parte do indivíduo, uma necessidade de ajustamento ou emoções negativas e reações físicas e a avaliação desse evento perturbador, no seu bem-estar subjetivo.” Podemos afirmar, desta forma, que os eventos negativos da vida são caracterizados por “mudanças discretas, contextualmente observáveis” (GALINHA 2010). Estas mudanças tornam-se ameaçadoras porque, segundo a autora, obrigam a uma “necessidade de ajustamento na identidade ou nas rotinas diárias”, na medida em que deixam de poder ser consideradas contrariedades do quotidiano.

Outra autora, Giacomoni (2004), refere que os eventos de vida favoráveis “predizem modestamente aumentos de bem-estar subjetivo” e os adversos “predizem diminuição no bem-estar subjetivo”. A autora completa o raciocínio afirmando que os “indivíduos felizes podem lembrar mais eventos positivos e menos negativos, simplesmente devido à frequência com que eles experienciam esses eventos.”

Por sua vez, Seligman (2008), refere que “a grande vantagem que as pessoas felizes têm, quando se trata de formar recursos físicos, reside na maneira como lidam com acontecimentos não esperados”. Para este autor, as pessoas felizes suportam melhor a dor e tomam mais cuidados com a sua saúde e com a segurança quando a sentem ameaçada. Mais, com as suas “emoções positivas desfazem as emoções negativas.” Nesta perspetiva, Seligman (2008), acrescenta: as emoções positivas têm “um grande propósito na evolução” ou seja, as emoções positivas “alargam os nossos recursos intelectuais, físicos e sociais.” Efetivamente, estas emoções positivas formam “reservas das quais nos podemos socorrer quando uma ameaça ou oportunidade se apresenta”.

Quando questionamos se é a mudança ou o não desejo da mudança que é pertinente para a experiência de “bem-estar subjetivo”, a literatura revela que os eventos da vida classificados como negativos produzem efeitos mais visíveis no “bem-estar subjetivo” do que os eventos classificados como positivos nas várias dimensões do bem-estar subjetivo (Galinha 2010).

### **Fatores afetivos**

De acordo com Diener (1984), os fatores temperamentais têm um efeito poderoso no “bem estar-subjetivo”. Depois de abordarmos os fatores contextuais relacionando-os com o “bem-estar subjetivo”, iremos, de seguida, efetuar uma abordagem sistemática dos vários

domínios dos fatores afetivos, numa perspectiva diacrónica, e a sua pertinência no estudo do “bem estar subjetivo.”

Para descrever a relação entre o afeto positivo e o afeto negativo, as dinâmicas que existem entre si, e a relação que estabelecem com as outras variáveis do “bem-estar subjetivo” (Bem-estar subjetivo Global e Satisfação com a Vida), os autores utilizam as teorias do prazer e da dor. Segundo Galinha (2010), é sobre “a relação entre as dimensões de frequência e intensidade do afeto” que incidem as teorias citadas. Um exemplo desta teoria é referido por Galinha (2010): “quanto maior for a privação e assim o mal-estar, maior será o bem-estar quando se atingirem os objetivos”. No entanto, acrescenta a autora, que “a ideia de que suprir necessidades conduz à felicidade, é oposta à ideia de que todas as necessidades permanentemente preenchidas vão conduzir à felicidade máxima.”

O **Afeto positivo e o Afeto negativo estado**, são, como já referimos, uma dimensão do “bem-estar subjetivo” (dimensão afetiva) no tempo presente. De acordo com Galinha (2010), “níveis elevados de afeto positivo e níveis reduzidos de afeto negativo estado, representam níveis mais elevados de bem-estar subjetivo.” Quando o Afeto é medido em curtos períodos de tempo denomina-se Afeto estado. Deste modo, a relação existente entre a intensidade e a frequência é forte e inversa, sendo que a relação é mais forte quanto mais curtos, ou seja momentâneos, forem os períodos de tempo definidos.

Quando os autores pretendem afirmar a personalidade como um fator determinante do “bem-estar subjetivo” utilizam as teorias do equilíbrio dinâmico, uma vez que estas analisam a interação entre vários fatores na compreensão do “bem-estar subjetivo.” Estas não podem ser consideradas, por si só, teorias da personalidade, embora, de certa forma, tivessem sido as teorias pioneiras na sugestão de que a personalidade dos indivíduos determina o “bem-estar subjetivo.” Mais, as referidas teorias colocam a tónica nos fatores afetivos, considerando-os determinantes nos denominados níveis médios de “bem-estar subjetivo” dos indivíduos.

Vários estudos sobre o “bem-estar subjectivo” têm incluído também pesquisas sobre a relação entre a **personalidade** da pessoa e o seu bem-estar, procurando, desta forma, obter informações sobre a sua estrutura e funcionamento. De acordo com a Iolanda Galinha (2010), os traços da **personalidade** podem ser definidos como “tendências de resposta características nos indivíduos adultos, compostos por uma componente biológica e por uma componente adquirida.”

BERTOQUINI & RIBEIRO (2002), utilizando a escala NEO-FFI para avaliar os cinco factores da personalidade, a escala de PANAS para avaliar o Afeto, e a escala de SWLS para medir a Satisfação com a Vida, observaram que “dois dos cinco grandes traços da

personalidade que entraram na equação inicial [(AP-AN)+SWLS] mostraram associações substanciais com o BES, com as dimensões “neuroticismo” e “extroversão” a explicarem 47,9% da variância do BES.”

Também Heller, Komar, Lee (2007), realizaram um estudo relacionando os cinco grandes fatores (*Big Five*) da personalidade com o “bem-estar subjetivo.” Os autores, tendo por base a divisão afetiva do “bem estar subjetivo” (AP e AN), e a componente da Satisfação com a Vida, verificaram a existência de uma relação entre estas três componentes e a personalidade. Dizem estes investigadores: “descobrimos que a extroversão e o neuroticismo são relacionados com as flutuações nas três componentes do bem-estar subjetivo: satisfação com a vida, AP, e AN5.” Ou seja, níveis mais altos de extroversão foram associados a um aumento na Satisfação com a Vida, elevando o AP enquanto os níveis mais elevados de neuroticismo foram associados a uma diminuição na Satisfação com a Vida e aumento do AN.

Os mesmos autores afirmam que os resultados obtidos no seu estudo são consistentes com aqueles obtidos, por exemplo, por Heller et al., em 2004. Porém, estes acrescentam que estes processos operaram dentro dos indivíduos ao longo do tempo e que as mudanças nos estados da personalidade podem ter implicações para as variações do “bem-estar.” Nesta perspetiva, Giacomoni (2004) refere que “os processos de adaptação ou habituação em condições contínuas e a forma como lidamos com as situações de *stress* (*coping*) são apresentados como componentes centrais nas modernas teorias de bem-estar subjetivo.”

Por sua vez, Seligman (2008), afirma que os traços da personalidade são “características negativas ou positivas que podem ser recorrentes no tempo e em diferentes situações” quando abordada esta componente relacionando-a com o “bem-estar.”

O mesmo autor refere que indivíduos que possuem traços de otimismo tendem a interpretar “as suas perturbações como transitórias, controláveis e específicas de uma situação”, ao contrário dos pessimistas, que “acreditam que as suas perturbações duram para sempre, desvalorizam tudo o que fazem e são descontroladas” (SELIGMAN, 2008). Salienta, ainda, o mesmo autor, que o otimismo “é apenas uma de entre duas dúzias de forças que provocam um maior bem-estar.”

Entre as muitas variáveis que demonstram relação com o bem-estar subjetivo, as componentes da personalidade, “**extroversão**” e “**neuroticismo**”, demonstram ser as mais reais e fundamentais preditoras do “bem-estar subjetivo.” Segundo Diener e Pavot (2004), o

---

<sup>5</sup> “We found that state extraversion and state neuroticism were related to fluctuations in the three components of SWB: life satisfaction, PA, and NA” in **The Dynamics of Personality States, Goals and Well-Being**. p. 907

“neuroticismo” apresenta uma relação consistente com os Afetos negativos, e a “extroversão” como preditora dos Afetos positivos. Por outras palavras, podemos afirmar que o “neuroticismo” mostrou-se negativamente associado a medidas de felicidade, enquanto a extroversão mostrou-se positivamente relacionada com ela. Enquanto o “neuroticismo” apresenta características de ansiedade, irritabilidade, queixas físicas e sensibilidade interpessoal; a “extroversão”, por sua vez, apresenta características como a simpatia, a sociabilidade, a procura de estímulos, a atividade elevada e a dominância. Assim, desta forma, podemos afirmar que o “neuroticismo” inclui um conjunto alargado de pensamentos e emoções negativas. Por outro lado, a “extroversão” correlaciona-se com as emoções positivas (GALINHA, 2010). Estes dois aspetos da personalidade/temperamento têm sido inúmeras vezes caracterizados como *links* privilegiados entre a personalidade e o “bem-estar.”

De forma a estudar a relação entre o “humor negativo” e o “bem-estar subjetivo”, os investigadores utilizam as teorias do mecanismo homeostático, que partem das teorias do mecanismo hemodinâmico e colocam ênfase nos mecanismos de autorregulação dos indivíduos. É com base nestas teorias que se estudam as associações entre o “bem-estar subjetivo” e as variáveis de humor, como sejam a ansiedade e a depressão.

O “modelo de equilíbrio dinâmico” de Headey & Wearing (1992), citado por Pavot e Diener (2004), refere que o “bem-estar” é visto como uma relação entre os acontecimentos da vida, a adaptação e a personalidade/temperamento. De acordo com este modelo, a personalidade/temperamento é a fonte do “bem-estar subjetivo.” Acrescentam, ainda, os mesmos autores, que as situações da vida podem temporariamente criar um impacto dinâmico que age para direcionar a nossa experiência subjetiva numa direção positiva ou negativa. Porém, a nossa personalidade/temperamento exerce uma força de balanço que nos move de volta em direção ao equilíbrio ou do nosso normal *baseline* de “bem-estar subjetivo”. A capacidade de adaptação que as pessoas demonstram tem implicações no uso exclusivo de medidas subjetivas na avaliação da qualidade de vida (PAVOT, DIENER 2004).

A **depressão** e a **ansiedade** podem ser incluídos nos fatores afetivos porque, como refere Galinha (2010), “estes conceitos medem um estado de duração média do afeto e podem ser designados de humor negativo.” Segundo a autora, “existem evidências de que o bem-estar subjetivo está inversamente relacionado com a depressão.” Mais, “os níveis de bem-estar subjetivo são mais baixos nas pessoas que têm níveis elevados de depressão.”

Por sua vez, a Felicidade e o Afeto positivo, desempenham frequentemente um papel fulcral na saúde. Segundo Diener e Diener (1996), um nível positivo de “bem-estar subjetivo” faz com que a resposta a eventos da vida negativos seja mais rápida. Também

Seligman (2008), acrescenta que o otimismo e a esperança provocam “uma maior resistência à depressão quando somos atingidos por acontecimentos negativos.”

Durante este percurso teórico sobre o “bem-estar subjetivo”, utilizámos os vocábulos Felicidade e “bem-estar”, de forma a descrevermos os resultados esperados da psicologia positiva. As emoções negativas, tais como o medo, a tristeza e a raiva são a nossa primeira linha de defesa contra as “ameaças” externas, que nos chamam aos “nossos postos de batalha.” As emoções positivas alargam os nossos recursos intelectuais, físicos e sociais, formando “reservas” das quais nos podemos socorrer quando uma ameaça ou uma oportunidade nos surge. Em suma, podemos afirmar sem reservas que o campo de estudo do “bem-estar subjetivo” é amplo e complexo.



### 3 - DOENÇA CARDÍACA

Os cuidados de enfermagem na área da cardiologia são, sem sombra de dúvida, uma área que tem vindo a despertar cada vez mais interesse, e tem levado a que esta profissão tenha desenvolvido uma prática avançada no sentido da criação de conhecimento. Mais do que uma visão ligada aos avanços tecnológicos, a enfermagem cardíaca oferece a possibilidade “de inovação”, tendo por meta a “prestação de cuidados valorizados e competentes” (HATCHETT; THOMPSON, 2002).

Devemos ter consciência de que as doenças cardiovasculares são motivo de preocupação para a Organização Mundial de Saúde, uma vez que constituem uma das principais causas de morte e de morbilidade nas sociedades industrializadas. Efetivamente, estas produzem grande impacto a nível sociológico e humano. Em Portugal, segundo o Despacho nº 19 670, de 12 de Setembro de 2005, são a “a principal causa de morte entre nós e são, também, uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos.” Segundo o Guia de Reabilitação Cardíaca (2009), em Portugal, durante o ano de 2007 (de acordo com dados resultantes do Agrupamento em Grupos Diagnóstico Homogéneo – GDHs), ocorreram 11 909 episódios de internamento hospitalar por enfarte agudo do miocárdio, com 1 303 óbitos (10,94%), resultando em 10 606 altas hospitalares após enfarte do miocárdio.

A presente abordagem sobre esta a doença visa estabelecer, de forma sucinta, a ligação entre o “bem-estar subjetivo” e o doente possuidor de doença cardíaca. Assim, neste capítulo, iremos abordar a patologia cardíaca, relacionando-a com algumas variáveis presentes no nosso estudo.

A doença cardíaca envolve as perturbações circulatórias/vasculares incluindo o acidente vascular cerebral (AVC) e as doenças coronárias. Em diversa literatura, constatamos que, quando abordamos as doenças cardiovasculares, surgem expressões sinónimas: doença coronária, doença das artérias coronárias ou doença isquémica do coração. Na realidade, a maioria destas doenças têm em comum a sua origem: devem-se essencialmente à acumulação de gorduras na parede dos vasos sanguíneos (aterosclerose), um fenómeno que tem início numa fase precoce da vida e progride, silenciosamente, durante anos, e que habitualmente já está avançado no momento em que aparecem as primeiras manifestações clínicas. As consequências mais comuns e inesperadas do avanço das placas ateromatosas, são o enfarte do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a morte.

### 3.1 – FATORES DE RISCO

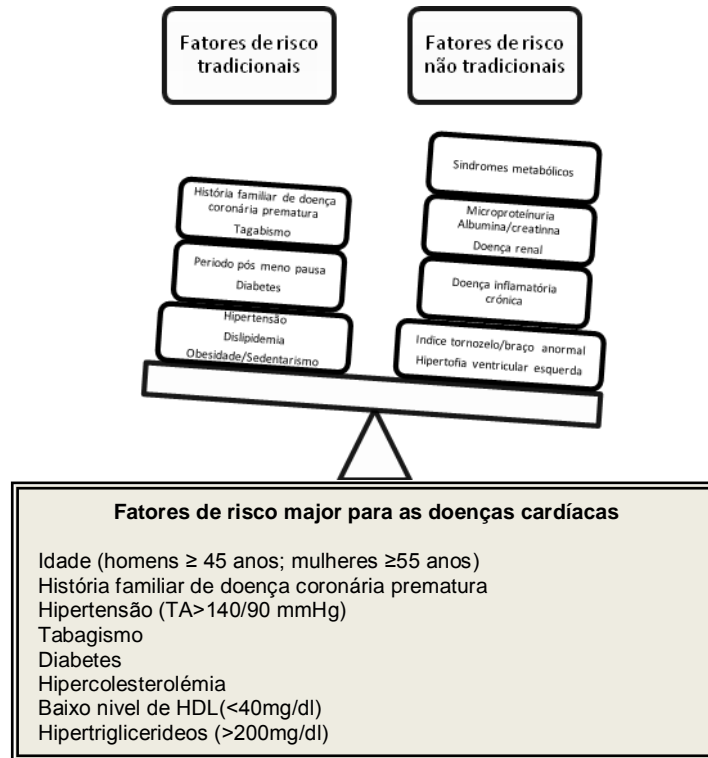
Segundo André (2005), a prevenção das doenças cardiovasculares “baseia-se na noção do conceito de risco e dos fatores de risco, isto é, de características que as pessoas saudáveis (ou não) podem apresentar e que predispõe ao aparecimento da patologia coronária.” Desta forma, podemos acrescentar que as doenças cardiovasculares resultam de um estilo de vida inapropriado e de fatores de risco modificáveis e o seu controlo torna-se uma mais valia para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares. Segundo a Carta Europeia para a Saúde do Coração (2007), que tem como principal objetivo “reduzir substancialmente o peso da doença cardiovascular na União Europeia e na Região Europeia da OMS e reduzir as desigualdades no peso da doença, dentro de cada país, e entre os vários países”, os fatores de risco associados aos acidentes cardiovasculares podem ser divididos em três categorias:

**Quadro 2** - Fatores de risco associados aos acidentes cardiovasculares

Biológicos	Associados ao estilo de vida	Outros fatores determinantes	
		Fixos	Modificáveis
Elevação de açúcar no sangue	Consumo de tabaco	Idade	Rendimentos
Elevação de colesterol no sangue	Dieta pouco saudável	Sexo	Educação
Excesso de peso/ obesidade	Consumo excessivo de álcool	Genética	Condições de vida
	Sedentariedade	Etnia	Condições de trabalho

Fonte: Carta Europeia para a Saúde do Coração (2007)

Segundo Boudi (2011), os principais fatores de risco dividem-se em dois grandes grupos, conforme figura seguinte:



**Figura 1:** Tradicional versus não tradicionais fatores de risco da doença coronária

**Fonte:** BOUDI, Brian F. Risk Factors for Coronary Artery. (2011). Adaptado

Para o nosso estudo, abordaremos, de forma sucinta, apenas os fatores de risco considerados *major* para as doenças cardíacas, segundo Boudi (2011).

Existem diferenças claras na ocorrência das doenças coronárias entre os gêneros e a idade (HATCHETT; THOMPSON, 2002). Para Filho et al (2002), a menopausa é um fator de risco a mais para a doença cardiovascular, já que a idade, acima de 55 anos nas mulheres (idade em que as mulheres, em média, já apresentaram a menopausa), e acima de 45 anos nos homens são fatores de risco independente. A menopausa significa a privação de estrogênios protetores contra a aterosclerose. Sabe-se que a aterosclerose se inicia na infância e geralmente manifesta-se após os 45 anos, nos homens, e 55 anos, nas mulheres. A idade avançada é uma marcadora da quantidade de placas ateroscleróticas estabelecidas e, quanto maior é a quantidade de placas maior o risco de doença cardíaca.

A história familiar de uma determinada doença reflete as consequências da suscetibilidade genética, meio ambiente e comportamentos comuns. Para Tavares (2008), existe uma propensão familiar para o desenvolvimento de doença cardíaca que começa muito cedo na vida. O risco familiar de doença cardíaca aumenta, segundo a mesma autora, de três formas: “1) o risco é aumentado quando um indivíduo é parente próximo de um

indivíduo que desenvolveu doença cardíaca. História familiar num parente de 1º grau (pais, irmãos e filhos) é mais importante em termos de risco de doença do que quando ocorre em parentes de 2º grau (avós e tios) ou de 3º grau (primos); 2) o risco aumenta proporcionalmente ao número de familiares com doença cardíaca; 3) idade do parente quando a doença se desenvolveu: quanto mais jovem, maior o risco.” O risco relacionado com a história familiar envolvendo pelo menos dois familiares é maior quando a doença cardíaca se desenvolve antes dos 55 anos de idade do que quando ocorre antes dos 65. Acrescenta Tavares (2008), que a agregação familiar de doença reflete “uma hereditariedade multifatorial na qual a suscetibilidade é determinada pelo efeito conjunto de um número de genes que interagem com o ambiente e com os estilos de vida.” O facto de que o risco de doença cardíaca num indivíduo possa estar associado à idade em que o evento ocorreu num familiar, sugere a hipótese de uma componente genética da história familiar que possivelmente condiciona o desenvolvimento da doença.

Sabe-se, há muito tempo, que a hipertensão arterial está associada com alta prevalência de doença vascular e torna-se um dos fatores mais potentes no desenvolvimento da doença aterosclerótica. Para caracterização de hipertensão, consideram-se valores de pressão arterial sistólica superiores ou iguais a 140 mmHg e/ou valores de pressão arterial diastólica superiores ou iguais a 90 mmHg. Para Carrageta (2005), a hipertensão leva a graves lesões no coração, nomeadamente a diminuição gradual das suas funções e a um fornecimento insuficiente de sangue, a um maior esforço de forma a bombear o sangue levando o *órgão nobre* à hipertrofia e à dilatação.

O tabagismo constitui o fator de risco mais importante para a doença coronária e a principal causa de morte evitável nos países desenvolvidos (ANDRÉ, 2005). De acordo com Porto (2005), os fumadores possuem um elevado risco de desenvolver aterosclerose, cardiopatia isquémica, doença pulmonar obstrutiva crónica e o cor pulmonare crónico como “consequência final no coração das lesões broncopulmonares provocadas pelo tabagismo.” O consumo de tabaco provoca alterações hemodinâmicas como o aumento da frequência cardíaca, que leva, por sua vez, ao aumento do débito cardíaco, ao aumento do trabalho do coração e ao consumo de oxigénio. Causa também vasoconstrição periférica que, por sua vez, é traduzida pelo aumento da pressão arterial sistólica e diastólica. Segundo André (2005), o risco coronário é duas a quatro vezes maior no fumador, em particular nos indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos. Acrescenta Porto (2005), que os danos causados pelo tabagismo são proporcionais ao número de cigarros consumidos, ao tempo de consumo e à idade com que se iniciou este hábito.

A diabetes, segundo Porto (2005), afeta o sistema cardiovascular, originando várias “anormalidades” metabólicas e homeostáticas que, por sua vez, aceleram o

desenvolvimento e a gravidade da aterosclerose. Além de maior risco para doença cardiovascular, o indivíduo diabético e portador de doença cardiovascular tem pior prognóstico, apresentando menor sobrevida em curto prazo, maior risco de recorrência da doença e pior resposta aos tratamentos propostos (SCHAAN, REIS, 2007).

Segundo Porto (2005), a dislipidemia é um desvio “anormal do valor de uma ou mais funções lipídicas do plasma” e o interesse pelo metabolismo lipídico em relação com as doenças cardiovasculares, surgiu com a sua identificação na construção das placas de ateroma. Os triglicerídeos predisõem a camada interna das artérias à penetração de partículas do colesterol (formação de placas de ateroma). Os níveis de colesterol séricos (triglicerídeos) superiores a 200 mg/dl, traduzem um risco acrescido de doença coronária, e o consumo de gorduras saturadas é o principal fator determinante do colesterol sérico. (ANDRÉ, 2005). O colesterol HDL é uma das partículas do colesterol que promove a saúde, pois remove o colesterol da corrente sanguínea, evitando o seu depósito nas artérias.

### 3.2 – ESTILOS DE VIDA

Quando abordamos os fatores de risco da doença cardíaca não podemos esquecer os estilos de vida adotados durante a vida. Segundo André(2005), um estilo de vida saudável “ é aquele em que a pessoa se empenha num modelo de atividades positivas, com regularidade diária.” O autor acrescenta que é importante identificar os fatores de risco da doença cardíaca, mas a prevenção deve conter estratégias de intervenção que reduzam definitivamente o risco. Atualmente, são variadas as campanhas desenvolvidas a nível mundial com o objetivo de promover a saúde e prevenir as doenças cardíacas. Para Pinto (2011), a prevenção primária das doenças cardíacas “é um desígnio mundial, através da correção dos factores de risco conhecidos.” A Carta Europeia para a Saúde do Coração (2007), no artigo 3º da Parte II, refere que as características associadas à saúde cardiovascular são:

- Não consumir tabaco;
- Atividade física adequada – pelo menos 30 minutos, 5 vezes por semana;
- Hábitos alimentares saudáveis;
- Ausência de excesso de peso;
- Pressão arterial inferior a 140/90mmHg;
- Colesterol inferior a 5mmol/L (190mg/dl);

- Metabolismo da glicose normal;
- Evitar *stress* excessivo.

De acordo com Gaspar (2004), o baixo nível de atividade física “representa um importante fator de risco no desenvolvimento de doenças crónicas degenerativas não transmissíveis, onde se destacam as doenças cardiovasculares.” Acrescenta o autor que apenas meia hora de exercício físico por dia pode levar a um decréscimo de 50% dos riscos de se contrair uma doença cardíaca, diabetes e obesidade. Este nível de atividade pode ser alcançado com movimentos corporais da vida diária, como caminhar para o trabalho, subir escadas e dançar, atividades de lazer e desportos recreativos. A atividade física/exercício físico trabalha com padrões biológicos múltiplos e, por isso, promove tanto a saúde como a função. Na opinião de Porto (2005), a prática do exercício físico é um recurso ímpar de promover a saúde em conjunto com outros estilos de vida saudável, como a adoção de hábitos alimentares saudáveis, controlo do *stress*, o não fumar ou consumir álcool.

Os hábitos alimentares saudáveis devem envolver a sociedade de uma forma transversal, ou seja, começarem na infância, estenderem-se às crianças, adolescentes, adultos e idosos; passar pelas creches, infantários e escolas. Uma dieta rica em fruta e legumes promove a saúde do coração. Em contrapartida, uma alimentação pobre em frutas e vegetais contribui em cerca de 20% para a doença cardiovascular a nível mundial. Em Portugal, quase metade da população, apresenta excesso de peso e perto de um milhão de adultos sofre de obesidade. Considerada, entretanto, pela Organização Mundial da Saúde como uma epidemia, a obesidade afeta a longevidade e a qualidade de vida.

Relacionado com os hábitos alimentares, pretende-se abordar o consumo do café e do álcool com as doenças cardíacas. No que concerne à toma de café, existem alguns estudos recentes na Holanda que afirmam que o consumo do café reduz em 1/3 o risco de problemas coronários. Porém, a maior parte dos estudos é unânime, tal como afirma Porto (2005) e Garabone et al (2007): os dados sobre hiperlipidémia e o consumo e/ou abstenção de café, não são consistentes, na redução ou no aumento das concentrações dos lípidos no sangue.

O consumo de álcool é um dos maiores problemas de saúde do mundo. A relação entre o álcool e a doença cardiovascular é complexa. Esta droga é considerada como um risco para a saúde. Hipertensão arterial, arritmias, distúrbios metabólicos (dislipidémias), aterosclerose e insuficiência cardíaca são, segundo Porto (2005), algumas das patologias cardíacas que surgem com mais frequência em indivíduos que ingerem bebidas alcoólicas de forma abusiva.

A obesidade, para além dos aspetos relativos à imagem corporal e à qualidade de vida, com impacto negativo na autoestima e na vida social, é diretamente responsável pela patologia cardiovascular, já que favorece o aparecimento ou o agravamento dos fatores de risco da aterosclerose, como a diabetes, hipertensão arterial, gorduras no sangue e potencia os mecanismos íntimos da doença: inflamação e formação de trombos dentro das artérias.

Quando a Carta Europeia para a Saúde do Coração (2007), aborda os fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares, faz referência, também, aos rendimentos das famílias, à educação, às condições de vida e trabalho, porque, na realidade, são as populações que vivem em piores condições socio-económicas as mais afetadas pela doença cardiovascular. Segundo Porto (2005), esta categoria consagra os aspetos psicossociais das doenças cardiovasculares. Efetivamente, “as situações económicas difíceis, condições insatisfatórias de trabalho e vida familiar tumultuada” são fatores de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares. Acrescenta o mesmo autor, relacionando as profissões e os tipos de trabalho com as doenças cardiovasculares, que “ruído excessivo e extremos de temperatura em câmaras frigoríficas ou altos-fornos de indústrias metalúrgicas aumentam a incidência de hipertensão arterial e de doenças vasculares periféricas.” A insatisfação no trabalho, o estado de tensão e conflito e excesso de horas de trabalho, ausência de férias ou descanso insuficiente, representam uma sobrecarga física e emocional, e na opinião de Porto (2005), a doença coronária surge como “válvula de escape e de exteriorização.”

Um outro aspeto que pretendemos focar no nosso estudo, prende-se com uma componente individual, nomeadamente o *stress*, a ansiedade e depressão e as doenças cardiovasculares.

### 3.3- FATORES PSICOLÓGICOS

Desde há algum tempo que se aborda a relação entre a depressão, a ansiedade e a doença cardiovascular. A depressão é um termo muito utilizado, mas que possui uma certa ambiguidade na sua terminologia. Segundo Andréo (2010), a depressão é “um transtorno do humor com critérios diagnósticos que a diferenciam de qualquer outro e incluem sintomas somáticos e afetivos.” Por sua vez, a ansiedade patológica, segundo a mesma autora, surge quando é “desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objetivo específico ao qual se direcione.” A ansiedade é um sintoma comum da depressão e, por vezes, complica o tratamento da depressão, por serem duas modalidades do mesmo problema – os distúrbios psicológicos.

Estudos relatados por Lemos (2005), afirmam que os fatores psicológicos podem predispor e precipitar distúrbios como:

- Transtornos do ritmo (mais concretamente arritmias), por influências emocionais;
- Problemas arteriais e coronários, por influência do *stress* (em situações de *stress* pode existir uma vasoconstrição e libertação de colesterol podendo existir obstrução das artérias coronárias e levar ao enfarte);
- Hipertensão arterial, por influência de *stress* e ansiedade.

O interesse dos cardiologistas pelo *stress*, para além de ser um fator de risco por si só, de acordo com Porto (2005), gera ou aumenta outros fatores de risco, nomeadamente, pode causar a retenção de sódio, perda de potássio, aumento dos níveis de colesterol e glicose, obesidade, hipertensão arterial, isquémia do miocárdio, arritmias cardíacas e morte súbita.

A interrelação entre estes distúrbios é complexa e bidirecional. Por um lado, podem tornar-se fatores de risco para a doença cardiovascular; por outro lado, quando as doenças cardiovasculares surgem, podem causar sintomas depressivos, de *stress* e ansiosos.

### 3.4- MEDICAMENTOS E DOENÇA CARDÍACA

No que concerne às doenças cardiovasculares consideramos pertinente para o nosso estudo abordar sumariamente a interação de alguns medicamentos e o sistema cardiovascular. Para tal, apresentamos, o seguinte quadro:

**Quadro 3-** Manifestações clínicas cardiovasculares produzidas por fármacos

<b>Fármaco</b>	<b>Manifestações clínicas cardiovasculares</b>
Bleomicina	<b>Dor torácica aguda não isquêmica</b>
Ergotamina e metisergida Hormona tiroideia Ocitocina e vasopressina	<b>Exacerbação de angina</b>
Adriamicina e doxorubicina Atropina Anticolinesterásicos Lítio Fenotiazina em especial tioridazina Simpaticomiméticos Terfenadina Teofilina Antidepressivos tricíclicos	<b>Arritmias</b>
Adriamicina Daunorubicina Lítio Fenotiazinas Sulfonaminas Simpaticomiméticos	<b>Cardiomiopatia</b>
Carbenoxolone Estrogeneos Indometaciana Fenilbutazona Corticosterosteroides	<b>Retenção de líquidos (edema, predisposição para insuficiência cardíaca)</b>
Interleucina Levodopa Fenotiazinas Protamina	<b>Hipertensão arterial</b>
Anticoncepcionais hormonais	<b>Predisposição para tromboembolismo</b>

**Fonte:** PORTO, Celmo Ceneno; Lemos, Arnaldo, ed. lit – Doenças do coração: prevenção e tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cop. 2005.XLVI, 1116 p.. ISBN 85-277-1004-8 p.233.

Sem sombra de dúvida que, ao abordarmos a doença cardíaca, não podemos deixar de abordar os fatores de risco, os estilos de vida, os fatores psicológicos dos indivíduos, nomeadamente a ansiedade e depressão, bem como o uso de algum tipo de medicação.

Pensamos que, após esta sistematização teórica, relativa a este tema, poderemos dar continuidade ao nosso estudo, onde pretendemos debruçar-nos sobre o “bem-estar subjetivo” numa amostra específica, a partir de doentes possuidores de doença cardíaca.

## 4 - METODOLOGIA

É nosso objetivo descrever, neste capítulo, a metodologia utilizada ao longo da nossa investigação, começando pelos métodos utilizados, o tipo de estudo, os participantes e as variáveis em estudo. De seguida, a descrição do instrumento de recolha de dados, os procedimentos que lhe estão subjacentes e as considerações de natureza ética e, no final, o tratamento efetuado aos dados recolhidos.

### 4.1 – ENQUADRAMENTO DO TEMA

Alguns estudos por nós consultados têm-se debruçado sobre o “bem-estar subjetivo” relacionando-o com a saúde ou a sua ausência. Segundo Lima (2009), existem alguns estudos que investigam ou relacionam o efeito da doença ou da saúde com a qualidade de vida e o “bem-estar subjetivo”, tanto em crianças como em adultos. O mesmo autor, salienta a importância do estudo do “bem-estar subjetivo” como forma de averiguar o modo como as pessoas se mostram satisfeitas consigo mesmas e com o meio em que vivem, bem como a maneira como equilibram as experiências conflituosas e felizes de suas vidas. Reforça ainda que “o bem-estar subjetivo pode ser entendido como a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas, com relação ao funcionamento e experiência psicológica adequadas, não significando que, tal experiência, seja a ausência de enfermidades ou de experiências desagradáveis, mas que há estado de satisfação consigo e com o ambiente no qual a pessoa está inserida.”

GOMES e RIBEIRO (2001) efetuaram um estudo que relacionava o “Autoconceito e o bem-estar subjetivo” em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de “*bypass* aorto-coronário.” Nesse estudo, participaram 30 indivíduos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 40 e os 77 anos que tinham sido submetidos a cirurgia de “*bypass* coronário.” O estudo demonstrou uma relação estatística positiva e elevada entre o autoconceito e o “bem-estar subjetivo”, bem como com a percepção geral da saúde. Salientam os autores que, “melhorar o autoconceito facilitaria o bem-estar subjetivo pós-operatório, e uma percepção de saúde atual mais positiva e expectativas futuras mais positivas.” Acrescentam, ainda, que “os níveis de bem-estar subjetivo modificam-se quando eventos de vida recentes (positivos ou adversos), como a realização de uma intervenção cirúrgica, se desviam dos padrões normais, exigindo do indivíduo uma resposta adequada.”

Também Lima, Saldanha e Oliveira (2009), efetuaram um estudo que compreendeu uma amostra de conveniência, composta por 30 mães, com idades compreendidas entre os 19 a 39 anos e, que teve por objetivo, verificar o “bem-estar subjetivo” em mães seropositivas com crianças com diagnóstico sero positivo interrogado para o HIV, atendidas num Serviço de Atendimento Especializado Materno-Infantil de um hospital público na cidade de João Pessoa, do estado de Paraíba, Brasil. No estudo efetuado, concluíram pelos resultados obtidos, a existência de “instabilidade” no que dizia respeito ao “bem-estar subjetivo” das mães em questão, “possivelmente decorrente da vivência de uma situação de interrogação que emana sentimentos diversos, bem como dos próprios rumos atuais que o tratamento do HIV/SIDA tem tomado.” Acrescentam os autores que “a experiência de situações que geram instabilidades emocionais, também afetam, de forma bastante expressiva, o bem-estar subjetivo das pessoas.”

Concomitantemente, Viridana [et al] (2010), efetuaram um estudo descritivo correlacional, a 114 pacientes internados no serviço de cardiologia do Hospital General do México, investigando o “Impacto da la depresión y ansiedad en la calidad de vida relacionada com la salud de pacientes com insuficiéncia cardíaca.” Os autores afirmam que “à medida que a doença progride, ocorrem ajustes internos que preservam a satisfação que a pessoa sente com a vida”, razão pela qual podemos encontrar pessoas com problemas cardíacos graves que a limitam fisicamente, mas que consideram boa a sua qualidade de vida. Como conclusão do estudo, Viridana [et al] (2010), consideram pertinente o “planeamento e a implementação de estratégias psicológicas” nos doentes cardíacos, tendo como objetivo “melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde” dos doentes cardíacos.

Estes estudos confluem para a pertinência do da investigação no campo do “bem-estar.” Para além da definição da Organização Mundial de Saúde, onde o “bem-estar” é a palavra chave para definir saúde, no nosso entender, existem fatores como uma doença cardíaca, um problema respiratório, ou outros que podem produzir transtornos afetivos, ultrapassados ou não pelas experiências anteriores da vida. A nossa, como profissional de enfermagem, tem demonstrado que o conceito de “bem-estar” difere de indivíduo para indivíduo e a sua percepção difere nas diferentes fases da vida, em diferentes momentos de dificuldade e doença. Face a esta problemática questionamo-nos:

- Que fatores influenciam o “bem-estar subjetivo” dos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos coronárias?

Como resultado da nossa experiência e das nossas inquietações pessoais, emerge a motivação para este estudo, perante um tema atual mas pouco desenvolvido no contexto português. O mesmo é objetivado no enunciado das nossas questões de investigação:

- Em que medida as variáveis sócio-demográficas influenciam o “bem-estar subjetivo” do doente cardíaco?

- De que forma as variáveis psicológicas e sócio-familiares interferem com o “bem-estar subjetivo” do doente cardíaco?

- Que relação existe entre as variáveis clínicas, estilos de vida e o “bem-estar subjetivo” do doente cardíaco?

Desta forma, para as questões formuladas, tentaremos dar uma resposta efetiva mas tendo, sempre presente os limites impostos por um estudo desta natureza. Neste contexto, o objetivo geral do estudo, é analisar se as variáveis socio-demográficas, psicológicas, clínicas, e os estilos de vida do doente cardíaco influenciam o seu bem-estar.

Paralelamente, no delinear da pesquisa, emergem os seguintes objetivos:

- Identificar se as variáveis socio-demográficas influenciam o “bem-estar subjetivo” do doente cardíaco internado num serviço de cuidados intensivos;

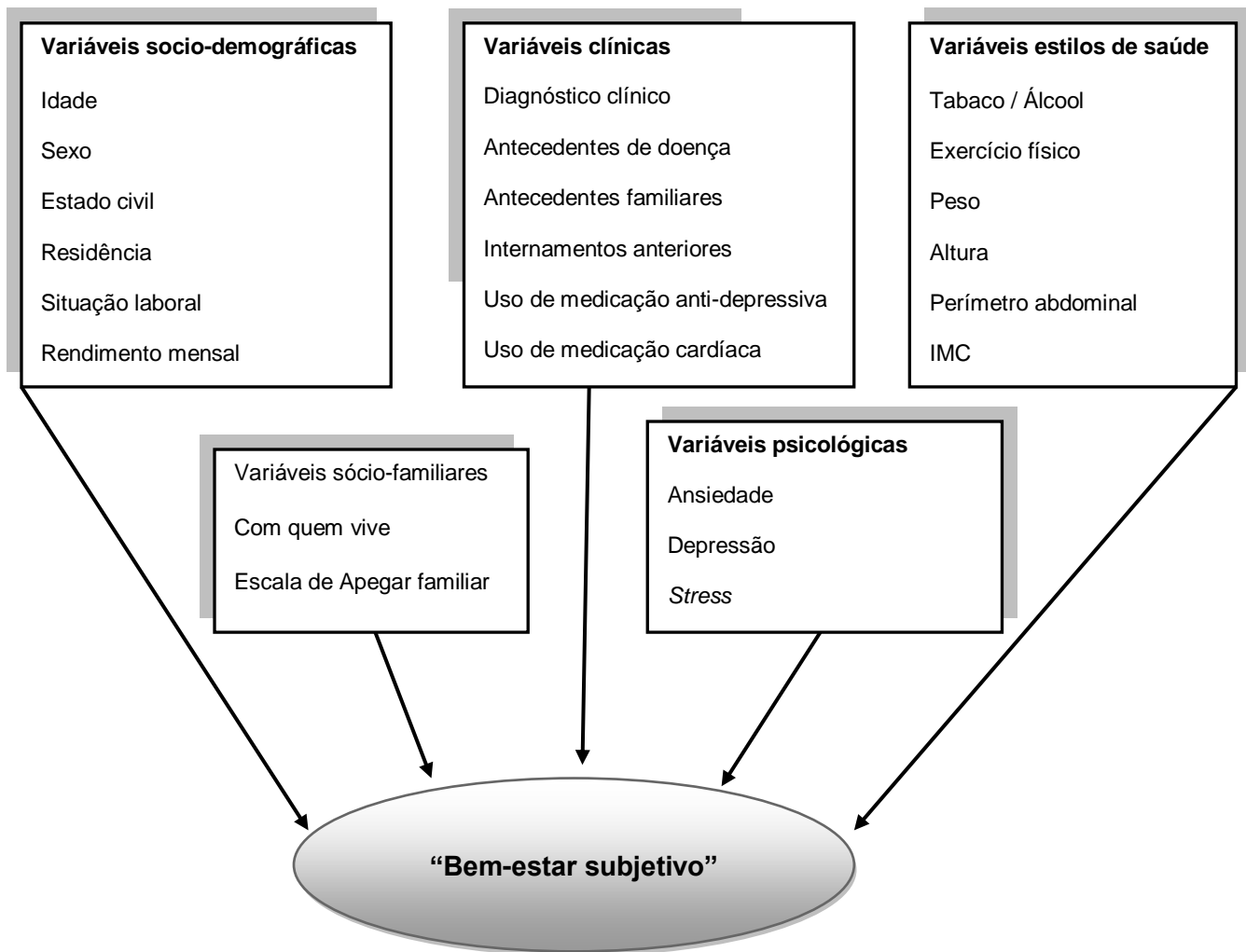
- Analisar se as variáveis psicológicas (*stress*, ansiedade e depressão) influenciam o “bem-estar subjetivo” do doente;

- Aferir se as variáveis clínicas (patologia associada, uso de medicação anti-depressiva, uso de medicação cardíaca e número de internamentos anteriores) influenciam o “bem-estar subjetivo” do doente;

- Aquilatar se as variáveis relacionadas com estilos de vida (tabaco, álcool e exercício físico) influenciam o “bem-estar subjetivo” do doente.

O estudo do afeto e dos seus determinantes é pertinente no que concerne aos vários domínios da psicologia, uma vez que faz parte do quotidiano de todos os indivíduos, que se esforçam no sentido de o promover, garantindo, desta forma, o seu “bem-estar.” Também esta ciência tem reconhecido a importância de estudos de investigação amplos e ativos sobre o afeto nas suas diferentes dimensões (GALINHA, 2005).

De forma a dar resposta às questões de investigação e objetivos formulados, apresentamos o esquema pictográfico que procura estabelecer a relação entre as variáveis:



**Figura 2-** Esquema de investigação

Nesse sentido, delineámos, para esta pesquisa, um estudo quantitativo, transversal, descritivo- correlacional, com o qual se procura estudar o modo como variáveis psicológicas, os estilos de vida, as variáveis clínicas, e as socio-demográficas afetaram o “bem-estar” dos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos coronária. Desta forma, trata-se de um estudo quantitativo, na medida em que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Estamos na presença de um estudo transversal, uma vez que se caracteriza pelo facto de “a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo” (Campana et al., 2001, p.129); por último, apresenta as características de um estudo descritivo e correlacional porque, por um lado, recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e

características, oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, e, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Sampieri et al., 2003) ou, ainda, como refere Fortin (1999, p.371) “assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente de modo a influenciar estas variáveis”.

#### 4.2 - PARTICIPANTES

Um dos aspetos que se prendeu com a nossa opção por esta amostra deveu-se ao facto de termos frequentado, em contexto de estágio, duas unidades hospitalares diferenciadas: uma unidade de cuidados intensivos coronários e um serviço de urgência.

Para o desenvolvimento deste estudo, recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por doentes internados, no período compreendido entre fevereiro e junho de 2011, nas unidades de cuidados intensivos coronários do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (com 30 participantes) e no Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE, (com 60 participantes).

Definimos como critérios de inclusão neste estudo:

- Idade maior ou igual a 18 anos na data da realização do questionário;
- Saber ler e escrever (para poder responder ao questionário sem auxílio);
- Doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários;
- Pessoas que não tenham participado em estudo análogo.

Caracterização socio-demográfica da amostra (Apêndice 2 – tabelas 1, 2 e 3).

A nossa amostra é constituída por 90 doentes internados em unidades de cuidados intensivos coronários.

A tabela 1 reporta-se às estatísticas da idade em função do sexo.

Como notamos, a idade mínima no sexo masculino que representa 64,4% para a totalidade da amostra, é de 28 anos e a máxima de 88 anos, sendo a amplitude de variação de 68 anos.

No sexo feminino, com uma representatividade de 35,5%, a idade mínima é de 28 anos e a máxima de 86 anos, registando-se, por tal facto, uma menor amplitude de variação que se situa nos 58 anos. Para a totalidade dos inquiridos, as idades mínimas e máximas

são respetivamente de 20 e 88 anos, com uma amplitude de variação de 68 anos. A idade média dos homens ( $M= 63,02$  anos) apesar da maior amplitude registada ser ligeiramente inferior à das mulheres ( $M= 66,25$ ), mas conduz a um maior desvio padrão ( $dp=16,23$  vs  $dp=14,99$ ). O teste de U Mann Whitney (UMW) não apresenta significância estatística (UMW= 833,000;  $p=0,423$ ).

Continuando a analisar a amostra, na sua globalidade, notamos que a idade média se situa nos 64,17 anos com um desvio padrão de 15,79 anos, situando-se o intervalo de confiança a 5% a oscilar entre os 60,86 anos e os 67,48 anos.

O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) indicia uma distribuição normal, quer para a totalidade dos participantes ( $p= 0,091$ ), como para ambos os sexos com igual probabilidade ( $p=0,200$ ) revelando os valores de assimetria e curtose, curvas normocúrticas mas com tendência para enviesamento à direita. Os coeficientes de variação revelam uma dispersão moderada face às idades médias encontradas (cf. tabela 1).

Dada a elevada amplitude variação encontrada para melhor visualização dos resultados, procedemos ao seu agrupamento em classes homogéneas com base nas frequências absolutas. Através da análise da tabela 2, extrai-se que 38,9% têm idade igual ou inferior a 61 anos e destes, 20,0% registam idade inferior ou igual a 48 anos. Por outro lado, cerca de 4 em cada 10 participantes no estudo tem idade superior ou igual a 71 anos, recaindo a maior percentagem (43,8%), nas mulheres. Entre os grupos, as diferenças de idades não são estatisticamente significativas ( $\chi^2= 2,001$ ;  $p= 0,736$ ).

Na tabela 2, faz-se também referência ao estado civil, constatando-se que a grande maioria (66,7%) é casada e destes, a maior percentagem, com cerca de 8 em cada 10 dos inquiridos, pertencem ao sexo masculino. No sexo feminino, metade da amostra também goza deste estatuto, mas é entre elas que encontramos o maior percentual (31,3%) de viúvas. O teste de qui quadrado revela diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2= 8,581$ ;  $p=0,035$ ), observadas entre os homens casados e nas mulheres viúvas.

Por necessidade de tratamento estatístico posterior, efetuamos a recodificação desta variável constituindo-se apenas dois grupos: solteiros/viúvos/divorciados por considerarmos que o estatuto é em tudo similar, e os casados/união de facto, pelos motivos acima enunciados. Deste modo, observamos que o percentual dos participantes do estudo com o estado civil de solteiro/viúvo ou divorciado, ascende aos 33,3%, sendo que destes 50,0% são mulheres e 24,1% homens. O teste de qui quadrado continua a revelar significância estatística ( $\chi^2=6,207$ ;  $p=0,013$ ).

Relativamente ao local de residência, é similar o valor percentual dos participantes no estudo que vivem na aldeia (41,1%) e dos que vivem na cidade (37,85). Quando analisamos os resultados por sexo, denota-se que entre os homens a maior percentagem recai nos que vivem na aldeia (44,8%) e no referente às mulheres é notória a sua preferência para residirem na cidade (40,6%). As diferenças entre o local de residência e sexo não são significativas ( $X^2=8.303$ ;  $p=0.016$ ) (cf. tabela 2).

No referente à situação académica, maioritariamente (43,3%) os inquiridos possuem, como habilitações literárias, a 4ª classe, o que estará de acordo com o exigido, para a época, como habilitações mínimas obrigatórias. Detentores dum curso superior são encontrados 12,2% dos inquiridos, sendo que 5,6% possuem curso de bacharelato e 6,7% licenciatura. De notar que 20,0% do total da amostra a que correspondem 21,9% de mulheres e 19,0% de homens apenas sabem ler e escrever. Entre os grupos, as diferenças não são estaticamente significativas ( $X^2=2,309$   $p=0,805$ ) (cf. tabela 2).

Procedemos, para esta variável, à sua recodificação constituindo-se três grupos: até 4ª classe, 5º ano ao 12º ano, e curso superior. Dos resultados obtidos, verifica-se que, com habilitações até à 4ª classe, o percentual é superior a 60,0% revelando maior iliteracia o sexo feminino (65,6% vs 62,1%), mas com 24,4% encontramos os que possuem como habilitações literárias entre o 5º e o 12º anos, sendo que a maior percentagem recai para o sexo masculino. Também não se vislumbram pelo teste de qui quadrado significâncias estatísticas entre os grupos ( $X^2=1,170$ ;  $p=0,557$ ).

Tornando-se difícil quantificar com objetividade o rendimento mensal do agregado familiar, utilizamos níveis de mensuração que permitissem aos inquiridos escalonar esse rendimento de forma mais objetiva possível. Assim, mais de metade dos inquiridos (57,1%) classificaram o rendimento mensal com valores percentuais semelhantes (56,3% vs. 57,8%) tanto no sexo masculino, como feminino. Com valores menos significativos, encontramos os que o consideram médio alto (20,4%), médio baixo (14,8%) e baixo (5,1%), recaindo a menor percentagem (2,7%) nos que o consideram alto. As diferenças percentuais são estatisticamente significativas, ( $X^2=11,255$ ;  $p=0,024$ ), revelando os valores residuais que as mesmas se situam no sexo masculino e, para os que auferem um rendimento alto (cf. tabela 2).

Entretanto, com a recodificação efetuada a esta variável, na qual se considerou apenas três grupos, inferior a 485 euros, entre 485 e 970 euros e superior ou igual a este valor, os resultados evidenciam que mais de metade da amostra auferem um rendimento abaixo dos 485 euros, continuando a registar-se um maior percentual entre os inquiridos do sexo masculino. Com rendimento superior ou igual a 970 euros, surgem, agora, 20,0% da

totalidade da amostra, sendo que, neste particular, a maior incidência recai entre os sujeitos do sexo masculino, com 22,4%. Continuam a não se registarem significâncias estatísticas.

A tabela 2 reporta-se ainda à situação profissional dos participantes no estudo. Como se verifica pelos resultados apresentados, cerca de 6 em cada 10 dos inquiridos, goza de uma situação profissional de aposentado (reformado), com maior incidência entre as mulheres (7 em cada 10) do que entre os homens (6 em cada 10). Aliás, numa análise mais profunda, verificamos que existe uma clara sectorização, porquanto são encontrados dois grupos; os empregados ativos e baixa médica, que constitui, 31,1% da amostra, e reformados com a percentual acima referido. É insignificante o número de desempregados ou com outra situação profissional. As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=3,773$ ;  $p=0,438$ ).

Para uma melhor sistematização e compreensão de dados relativos às profissões dos inquiridos da nossa amostra, optámos pela utilização da “Classificação Portuguesa das Profissões de 2010” (p.25).

A leitura da tabela 3 permite-nos identificar que são os trabalhadores especialistas em atividades intelectuais e científicas e os trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, as duas categorias profissionais que surgem com maior prevalência, seguidas pelo pessoal administrativo. No que respeita ao sexo masculino nota-se que a categoria profissional que encerra maior número de participantes é a de pessoal administrativo com 22,2%, enquanto nos inquiridos do sexo feminino, são os especialistas das atividades intelectuais e científicas com 37,5%

#### 4.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para a seleção do instrumentos de colheita de dados, tivemos em consideração os objetivos do estudo que pretendemos realizar bem como as características da nossa amostra. Deste forma, o instrumento que seleccionamos é constituído por um questionário onde pretendemos conhecer as características sociais e demográficas do entrevistado e duas escalas aferidas para a população portuguesa. (Apêndice 3 – Instrumento de recolha de dados).

A primeira parte é dedicada à caracterização socio-demográfica da amostra, seguindo-se a segunda onde se colhem dados referentes ao contexto familiar, enquanto na terceira parte pretendemos colher dados referentes a algumas variáveis clínicas que pensamos pertinentes para o estudo em questão.

A primeira parte (caracterização socio-demográfica) é composta por 7 questões que permitem colher informação acerca da idade, sexo, estado civil (solteiro, casado, divorciado e viúvo), residência (aldeia, vila ou cidade), habilitações literárias (sabe ler e escrever, 4ª classe, 9º ano escolaridade, ensino secundário, bacharelato, ensino superior/licenciatura), rendimento mensal líquido (inferior a 485 euros, entre 485–970 euros, entre 970–1455 euros, entre 1455–1940 euros, superior a 1940 euros) e situação profissional (empregado ativo, desempregado, aposentado, com baixa médica).

A segunda parte, relativa às variáveis de contexto familiar, é constituída por uma questão única referente à pessoa com quem vive e é utilizada paralelamente com a escala de apegar familiar.

No que concerne às variáveis clínicas presentes na terceira parte do questionário, pretendemos saber o diagnóstico atual, se houve internamentos anteriores, o tempo do internamento anterior, o tempo de internamento atual, qual a medicação habitual (nenhuma, ansiolíticos, anti-depressivos ou outra), se sofre de outras doenças (hipertensão arterial, diabetes, dislipidémia ou outra), se possui familiar com doença cardíaca (e o respetivo grau de parentesco), grau de limitação física segundo da “New York Heart Association (NYHA)” (doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em atividades rotineiras; limitação física para atividade quotidiana, acentuada limitação física para atividades simples, severas limitações e sintomas presentes, mesmo em repouso), medidas antropométricas (peso, altura e perímetro abdominal), prática de exercício físico/desporto, presença ou ausência de hábitos tabágicos, presença ou ausência de hábitos de café, presença ou ausência de hábitos etílicos.

A quarta e a quinta parte de questionário, dizem respeito à escala de “bem-estar subjetivo” (PANAS), e à “escala de ansiedade, depressão e *stress*” (EADS-21).

#### **4.3.1 – Estudo psicométrico das escalas PANAS e EADS-21**

##### **Escala Afeto Positivo e Afeto Negativo Estado** (Apêndice 4- Tabelas 4, 5 e 6)

Para a amostra em causa, efectuámos a avaliação das propriedades psicométricas da escala de “bem-estar subjetivo”, (PANAS) mais concretamente os estudos de fiabilidade, de forma a avaliar a consistência interna ou homogeneidade dos itens. Determinados para o efeito o coeficiente alpha de Cronbach e o coeficiente de bipartição de split-half.

O coeficiente alpha de Cronbach, é um indicador que permite estimar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator pertencentes a uma mesma escala. Os valores oscilam entre zero e um (1), sendo que de

acordo com Pestana & Gageiro (2005), um valor de 0,8 revela uma consistência interna classificada de  *muito boa*.

Obtivemos, ainda, o coeficiente de bipartição ou método das metades *split-half*. Este coeficiente que procura substituir o “teste-reteste” divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos, isto é, procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o construto como a outra metade (cf. tabela 4).

Tendo em consideração os resultados obtidos e apresentados na tabela 5, mostramos as estatísticas (médias e desvios padrão) e os valores de alpha de Cronbach. Os valores médios para os 20 itens que constituem a escala que possui 5 opções de resposta, oscilam entre 1,320 “repulsa” e os 3,08 no item 1 “interessado” o que nos permite afirmar que os dados estão bem centrados, já que o primeiro item referenciado respeita ao fator negativo e, o segundo, ao fator positivo da escala.

Ao calcularmos os valores de alpha de Cronbach notamos que variam dentro dos intervalos considerados bons pois situam-se para o alpha sem item entre 0,750 no item 16 “nervoso” e 0,783 no item 1.” Interessado” Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que os itens 1, 2, 10 e 20, são os que apresentam menor valor correlacional, podendo não se revelarem, por tal facto, homogêneos face a outros itens.

No que se refere à proporção da variância de cada variável, explicada pelos fatores que é designada por comunalidade, pode classificar-se de razoável já que oscila entre os 33,0% no item relacionado com a “repulsa” e 83,3% no item relacionado com o “orgulho.”

Quanto aos coeficiente de bipartição ou índice de fiabilidade de *split half* que se obtêm dividindo a escala em duas metades e relacionando-a uma com a outra, apesar deste indicador ter tendência a produzir valores de fiabilidade mais baixos, uma vez que tem em consideração um número mais reduzido de itens, notamos que os valores de alpha de Cronbach na primeira metade é “fraca” ao situar-se no 0,543 e, na segunda metade, pode considerar-se “razoável” ao apresentar um valor de alpha de 0,678, valores estes com ligeiro decréscimo face ao valor global da escala (0,774) Quanto ao Coeficiente de Correlação Intraclasse<sup>6</sup> - ICC ou coeficiente de reprodutibilidade (R) que traduz uma estimativa da fração da variabilidade total de medidas devido a variações entre os indivíduos, poderemos classificá-lo de “excelente” ao situar-se no 0,774.

Ainda no prosseguimento do estudo de fiabilidade, obtivemos os valores de alpha Cronbach para os itens de cada sub-escala. Como notamos pelos resultados apresentados na tabela 5, verifica-se um ligeiro aumento dos valores de alpha nas duas escalas quando

---

<sup>6</sup> *Intraclass correlation coefficient*

comparados com os obtidos para a amostra global. Efetivamente, na primeira sub-escala, os valores mínimos e máximos, oscilaram entre 0,783 no item relativo ao “orgulhoso” e o 0,819 no item “excitado” e na segunda sub-escala ainda se configuram mais elevados ao situarem-se entre os 0,828 no item “assustado” e os 0,847 no item “perturbado.” Também os valores de alpha global se revelam mais elevados podendo classificar-se de bons, uma vez que, para a primeira escala, foi de 0,815 e, para a segunda, de 0,909. Estes valores aproximam-se dos obtidos para a versão portuguesa quando apresenta uma consistência interna de 0,86 para a escala de Afetos positivos e de 0,89 para a escala de Afetos negativos. Já no estudo de Galinha (2010), ao aplicar a escala em dois momentos distintos, a consistência interna foi de 0,87 e 0,88 para o Afeto negativo no momento I e no momento II, e o afeto positivo foi de 0,82 e 0,89 respetivamente.

Na tabela 6, são apresentadas as correlações entre as respostas dadas pelos participantes no estudo a cada um dos itens e o resultado em cada uma das sub-escalas. Como se nota, a correlação é sempre maior com o resultado da sub-escala do qual o item faz parte. Aliás, também é notório que na maioria dos itens a correlação é negativa com a sub-escala oposta.

No que concerne à correlação entre a sub-escala Afectos positivos e sub-escala Afectos negativos, notamos a existência de uma correlação negativa fraca (-0,060) tal como era esperado, indicando a tendência de independência entre as sub-escalas.

#### **Escala de Ansiedade, Depressão e Stress** (Apêndice 4- Tabelas 7 a 10)

Para o estudo psicométrico da nossa amostra, a tabela 7 apresenta os resultados da fiabilidade, ao mostrar as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada sub-escala e o índice global, o que nos dá uma ideia da forma como cada sub-escala se combina com esse índice.

Quanto aos valores de alpha de Cronbach podem considerar-se de muito bons pois oscilam entre 0,901 no item 13: “Senti-me desanimado e melancólico” e 0,915 no item 2 “Senti a minha boca seca”. Em relação aos coeficientes de correlação item total corrigido os itens 2 “Senti a minha boca seca” e o item 19 “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico”, parecem os mais heterogéneos em relação aos restantes dados. Apresentam correlações de 0,118 e 0,242 respetivamente. Para os restantes itens, as correlações oscilam entre os 0,318 no item 1 “Tive dificuldades em me acalmar”, e 0,728 no item 13 “Senti-me desanimado e melancólico”. Os valores médios e respetivos desvios padrões permitem-nos observar alguma variabilidade entre itens, nomeadamente no item 1 “Tive dificuldades em me acalmar”, no item 12 “Senti dificuldade em me relaxar”, no item 18

“Senti que por vezes estava sensível” e no item 19 “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.”

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alpha de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alpha para a globalidade da escala (0,909) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0,814 e para a segunda de 0,804 (cf. tabela 8).

O coeficiente de correlação intraclasses também revela um valor bastante elevado ( $r=0,909$ ).

Dando continuidade ao estudo da fiabilidade da escala, apresentamos, na tabela 9, os parâmetros de validade e de precisão das sub-escalas de stress, ansiedade, e depressão.

Em relação ao *stress*, obtêm-se valores de alpha classificados entre o “razoável” e o “bom”, uma vez que oscilam entre os 0,794 no item “Senti dificuldade em me relaxar” e 0,845 no item “Tive dificuldades em me acalmar “ com um valor global para o total da escala de 0,841 (cf. tabela 9 ), que é ligeiramente inferior ao obtido para o valor global da escala. Os valores de *split-half* são inferiores quer na primeira ( $\alpha=0,737$ ), quer na segunda metade ( $\alpha=0,739$ ), mas continuam a constituir-se como razoáveis indicadores da consistência interna da sub-escala. Pelos valores correlacionais o item “ senti dificuldade em me relaxar” é o que está mais correlacionado com o stress ( $r=0,746$ ) e o que melhor representa esta sub-escala uma vez que a sua variabilidade se situa nos 63,5% e o menor é o item “senti dificuldades em me acalmar” ( $r=0,413$ ).

Analisando a ansiedade, em termos médios, o melhor resultado verifica-se no item “senti-me desanimado/ melancólico” mas o que apresenta maior variabilidade de resposta é o item “senti que não tinha valor como pessoa”. Em relação à consistência interna, obtiveram-se valores de alpha a oscilarem entre 0,826 e 0,883, podendo classificar-se de muito bons (cf. tabela 9). Já o alpha total para esta sub-escala pode considerar-se de “razoável” ao obter um valor de 0,719, e os valores de *split-half*, são razoáveis, pois situam-se na primeira metade em 0,566 e na segunda metade em 0,579 (cf. tabela 9).

Na sub-escala depressão nota-se, pelos valores médios, homogeneidade nas respostas, na medida em que os itens têm uma pontuação que oscila entre os 0,47 e 0,84. Já no que respeita à variabilidade de resposta, esta ocorre em maior grau no item “senti que não tinha valor como pessoa” e a menor no item “ não consigo sentir nenhum sentimento positivo.”

Os coeficientes de alpha de Cronbach que oscilaram entre 0,826 e 0,883 e o coeficiente alpha global (0.866), indicam-nos uma muito boa consistência interna (cf. tabela

9), mas já o coeficiente de *split-half* (0,739) para a primeira metade e (0,788) para a segunda, revela razoável consistência interna. O item que mais se correlaciona com os restantes é o item 13 ( $r=0,782$ ) “Senti-me desanimado e melancólico” com cerca de 62,5% da variabilidade deste item a ser traduzido pelos restantes, o que comprova a forte correlação e importância dos seus resultados para esta sub-escala, mas o de maior variabilidade (65,1%) é o item “senti que não tinha valor como pessoa.”

Procurámos, ainda, saber como os diferentes itens se correlacionam com as três sub-escalas. Pela tabela 9, denota-se que para o *stress* os valores correlacionais situam-se entre os 0,038 no item 2 “Senti a minha boca seca”, pertencente à sub-escala de ansiedade e à correlação mais elevada ( $r=0,833$ ), no item 12 “Senti dificuldade em me relaxar” da sub-escala *stress* do qual o item faz parte.

Em relação às correlações para a sub-escala ansiedade, o menor valor correlacional também se situa no item 2 ( $r= 0,273$ ) “Senti a minha boca seca” e o maior no item 7 “Senti tremores (por ex., nas mãos)” pertencente a esta sub-escala. No que diz respeito à escala de depressão, os valores correlacionais oscilaram entre 0,110 no item 1 “tive dificuldades em me acalmar” que pertence à escala de *stress* e o mais elevado no item 13 ( $r= 0,855$ ) “Senti-me desanimado e melancólico”, pertencente a esta sub-escala. Aliás, parece-nos que, de um modo geral, os itens se correlacionam de forma mais elevadas com as sub-escalas dos quais fazem parte.

Também importante para o estudo da validade da escala é a determinação da matriz de correlação entre os diversos fatores da escala. De acordo com os resultados apresentamos na tabela 10, verificamos que as correlações, são positivas e significativas, oscilando entre ( $r=0,537$ ) na relação depressão vs. *stress*, e ( $r=0,691$ ) na ansiedade vs. *stress*.

#### 4.4 – PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DOS DADOS

Procurando reger a nossa atuação em todo o processo de investigação por uma rigorosa conduta ética, solicitámos a autorização formal para aplicação dos instrumentos de recolha de dados ao Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e ao Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE.

Obtidas as respetivas autorizações por parte dos Conselhos Administrativos, contatamos os senhores enfermeiros-chefe dos serviços de cuidados intensivos coronários de ambas as unidades, a quem foram dados a conhecer, em traços gerais, os objetivos do trabalho, as razões científicas do nosso interesse e as implicações práticas do mesmo.

Comprometemo-nos dar garantia à completa confidencialidade, quaisquer que sejam os resultados, e do consentimento voluntário do doente para a participação no estudo.

#### 4.5 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Para a análise dos dados, utilizamos a estatística descritiva e a estatística analítica ou inferencial. Com a estatística descritiva determinamos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central como médias e medidas dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento.

No que concerne às medidas de assimetria Skewness (SK), obtêm-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre  $-2$  e  $2$ , a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a  $-2$ , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a  $+2$ , a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana e Gajairo, 2005). Para as medidas de achatamento, curtose (K), o resultado também se obtém através do quociente com o erro padrão (EP). Deste modo, se K/EP oscilar entre  $-2$  e  $2$  a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário, se K/EP for inferior a  $-2$ , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a  $+2$ , a distribuição é leptocúrtica. Os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis serão aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Relativamente à análise bivariada, aplicaremos o teste da percentagem residual (resíduos ajustados), que nos dará as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de qui quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub-amostras não permitiria o uso do referido teste.

Tal como referem Pestana & Gajairo (2005, p.141), o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que "(...) os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis", ou (...) "os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis". Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0,05, os seguintes valores de referência:

- $\geq 1,96$  diferença estatística significativa;
- $< 1,96$  diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados do seguinte modo:

**Quadro 4** – Classificação do grau de dispersão segundo o coeficiente de variação

Coeficiente de variação	Classificação do grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

**Fonte:** PESTANA, Maria Helena ;GAGEIRO, João Nunes - Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS. 4ªed. rev. e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. 690 p.. ISBN 972-618-391-X. Adaptado.

Com a estatística inferencial prevemos usar testes paramétricos e não paramétricos nomeadamente:

- Testes t de Student para amostras independentes - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

- Teste t de student para amostras emparelhadas – permite determinar se duas amostras emparelhadas (aos pares) são significativamente diferentes. Usamo-lo para avaliar uma alteração no mesmo grupo de sujeitos em que as medidas antes e após a intervenção formativa, neste caso, constituem os pares de dados.

- Coeficiente de correlação de Pearson – é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Ainda em relação às correlações de Pearson que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2005,) sugerem que:

- $r < 0,2$  – associação muito baixa;
- $0,2 \leq r \leq 0,39$  – associação baixa;
- $0,4 \leq r \leq 0,69$  – associação moderada;
- $0,7 \leq r \leq 0,89$  – associação alta;
- $0,9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta.

- Teste de qui quadrado ( $X^2$ ) - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores

observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência, ou seja, os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1,96 e 1,96, para  $p=0,05$  (Pestana & Gageiro, 2005, p.127, 128 e 131).

Na análise estatística utilizar-se-ão os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa;
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa;
- $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa.

A apresentação dos resultados efectuar-se-á com o recurso a tabelas e gráficos, onde se apresentarão os dados mais relevantes.

Todo o tratamento estatístico para o estudo será processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0 (2009) para *Windows*.

## 5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

É nossa intenção apresentar, neste capítulo, a relação entre o “bem-estar subjetivo” e a doença cardíaca. Para isso, iremos analisar e interpretar os resultados obtidos. Dividimos este capítulo em dois sub-capítulos. No primeiro, iremos apresentar uma análise descritiva e, no segundo, uma análise inferencial. Esta apresentação será realizada a partir de tabelas, de forma a sistematizar e facilitar a compreensão. Salientamos, ainda, que as tabelas são omissas na fonte, pois os dados foram colhidos pelo investigador.

### 5.1- ANÁLISE DESCRITIVA

A nossa análise descritiva irá debruçar-se sobre as variáveis sócio-familiares, variáveis clínicas, variáveis sobre os hábitos de vida e um perfil psicológico dos doentes inquiridos (Apêndice 4 e 5).

#### **Caracterização sócio-familiar** (Apêndice 5 -tabelas 11, 12 e 13)

No referente à coabitação, notamos, pelos valores aduzidos na tabela 11, que cerca de 4 em cada 10 dos inquiridos vive com o cônjuge, o que aliás, nos parece perfeitamente normal tendo em consideração a média de idades verificada. Para este valor contribuíram os 44,8% dos homens e os 34,4% das mulheres. Realça-se os 34,4% que afirma viver numa família restrita, provavelmente com um ou mais filhos, com percentagem igual dividida por homens e mulheres. É restrito o número de sujeitos que vivem institucionalizados/dama de companhia (2,2%) ou que vivem com um irmão (1,1%).

Na tabela 12, estão expostas as estatísticas obtidas com a escala de apegar familiar, concretamente, a funcionalidade familiar. No que respeita ao sexo masculino, o índice mínimo é de 0 e o máximo de 10, sendo a média de 8,14 ( $\pm 2,55$  d.p.). O sexo feminino, com valores mínimos e máximos de 4 e 10, apresenta um índice ligeiramente superior, já que a média é de 9,06 ( $\pm 2,44$  d.p.). Os valores de assimetria e curtose sugerem a existência de curvas leptocúrticas e envezadas à direita, e as probabilidades do teste de aderência à normalidade (KS) são sugestivas de uma distribuição não normal. Os coeficientes de variação, ao apresentarem valores superiores a 15,0%, revelam uma dispersão moderada para o sexo feminino e totalidade da amostra e alto para o sexo masculino. Efetuado o teste de U Mann Whitney, no sentido de saber se a funcionalidade familiar se relacionava com o

sexo, os resultados permitiram-nos verificar a inexistência de significância estatística ( $UMW=743,000$ ;  $p=0,091$ ).

Ainda na continuação da análise da variável, procurámos saber, face aos resultados obtidos, e tendo por base os pontos de corte sugeridos pelos autores da escala, qual a tipologia de família mais prevalente na amostra. Dos resultados observados, notamos que ponderam as famílias ditas altamente funcionais com 86,7%, secundadas com igual percentagem (6,7%), pelas famílias moderadamente funcionais ou com disfunção acentuada. Entre as famílias altamente funcionais, o maior percentual (93,8%) recai nas famílias do sexo feminino. As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=3,611$ ;  $p=0,164$ ), sendo o mesmo demonstrado pelos resíduos ajustados onde é possível a sua aplicação (cf. tabela 13).

#### **Caracterização clínica** (Apêndice 5 - tabelas 14 a 25)

As patologias clínicas são múltiplas e variadas, visualizando-se na tabela 14 que o **diagnóstico clínico** que ocorreu com maior frequência foi o enfarte agudo do miocárdio, em 55,6% dos doentes internados e que foram objeto de estudo. Saliente-se que este acontecimento acometeu mais os homens (58,6%) do que as mulheres (50,0%). Menos frequente foi a angina instável com 10,0% dos casos, mas com percentual semelhante entre homens e mulheres seguidos de bloqueio aurículo ventricular, este com maior incidência no sexo feminino. Os restantes diagnósticos não têm valor expressivo e digno de registo, pois, na sua maioria, tratam-se de casos isolados.

No que concerne aos diagnósticos encontrados, procedemos, para esta variável, à sua recodificação constituindo-se sete grupos: cardiopatias isquémicas, valvulopatias, insuficiência cardíaca e cardiopatias, arritmias, doenças vasculares, cardiopatias congénitas, patologias do pericárdio e endocárdio. Pela observação da tabela 15, verificámos que a cardiopatia isquémica, que engloba as patologias angina estável crónica, os síndromes coronários agudos tais como a angina instável e enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST e o enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST, é a mais representativa (66,0%), seguida das doenças que provocam alterações do ritmo (16,5%). Na nossa amostra não encontramos patologias ligadas às cardiopatias congénitas.

A caracterização clínica do doente levou-nos a questionar os participantes sobre a **presença de patologia cardíaca noutros familiares**. Os resultados que se apresentam na tabela 16 indicam-nos que 31,0% dos sujeitos do sexo masculino e 37,5% do feminino têm familiares com antecedentes de doença cardíaca: as diferenças entre os que possuem e não possuem familiares com doença cardíaca não é estatisticamente significativa ( $x^2=0,388$ ;  $p=0,533$ ).

Para os que responderam afirmativamente, procurámos saber qual a **patologia mais frequente nos seus familiares**. Dos resultados que se apresentam na tabela 17, sobressai que, no sexo masculino, metade da amostra tem familiares que sofreram de enfarte de miocárdio, mas as insuficiências cardíacas também são de salientar pela percentagem encontrada que é de 22,2%. No sexo feminino, ponderam os familiares com patologia de insuficiência cardíaca (16,7%), seguidos da hipertensão arterial e angina de peito associada a insuficiência cardíaca com igual percentagem (8,3%).

A tabela 18, alude à distribuição dos participantes no estudo sobre a existência de **internamentos anteriores**, não especificando, contudo, se os mesmos ocorreram em unidades similares às desenvolvidas no estudo ou em outras unidades/serviços hospitalares por outro tipo de diagnóstico. Contudo, é assaz pertinente verificar que, cerca de sete em cada dez dos doentes internados, já passaram pela experiência de internamentos anteriores com percentagem de 70,7% e 65,6% para homens e mulheres respetivamente, o que não toma significância estatística. Entre os sujeitos que experienciaram pela primeira vez o internamento, denota-se um maior percentual, mas também não significativo, entre as mulheres (34,4% vs 29,3%), a que correspondem 31,1% da amostra.

Para os que responderam afirmativamente, procurámos saber em que serviços o mesmo se processou. Dos resultados, na tabela 19, notámos que 17,7% estão referenciados como doentes com patologia cardíaca, uma vez que já ocorreram a unidades específicas de cardiologia e, curiosamente, regista-se que todos são homens. O internamento em outros serviços verificou-se em 82,3% do total da amostra sendo que destes 73,2% são homens e 100,0% são mulheres.

As estatísticas do **tempo de internamento anterior** para os 62 doentes que estiveram internados anteriormente, indicam, no mínimo, um dia, e um máximo de 90 sendo que a média de dias de internamento é de 10,24 dias para a totalidade da amostra. Os homens apresentam uma maior amplitude no que se refere ao internamento já que, o tempo mínimo foi um, e o máximo 90, a que corresponde uma média de 11,47 dias. Por sua vez, o tempo de internamento, no sexo feminino, oscilou entre um dia e 30 dias, registando, por conseguinte, um valor médio mais baixo. A diferença entre o sexo não é estatisticamente significativa, comprovada pelo teste de U Mann Whitney (UMW=408,000; p=0,737). Dado o facto das dispersões serem bastante elevadas, tanto para o sexo masculino, como para a totalidade da amostra, denotavam-se coeficientes de dispersões altíssimos, pois situam-se acima dos 100%. Os valores de assimetria e curtose indiciam leptocúrticas e enviesadas à esquerda e o teste de aderência à normalidade configura uma curva não guassiana (cf. tabela 20).

Reportando-nos, agora, ao **tempo de internamento atual**, na tabela 21, verificámos que oscila, para ambos os sexos, e conseqüentemente para a totalidade da amostra entre 1 e 8 dias, com médias de cerca de três dias de internamento, coeficientes de variação considerados com dispersão baixa. O teste de aderência à normalidade não revela curva normal e os valores de assimetria e curtose indicam que são curvas leptocúrtica enviesadas à direita. Entre os grupos, mais uma vez, não encontramos significância estatística (UMW=848,500; p=0,484).

Tendo em consideração os grupos etários com que lidámos neste estudo, parece-nos óbvio que a **toma de medicação** seja uma necessidade, tanto mais que podem haver patologias de outra índole associadas. Nesse sentido, não será de estranhar que 81,1% do total dos inquiridos afirmem tomar medicação, sendo que se verifica uma maior incidência (84,4%) para o sexo feminino. São os homens que, em maior percentagem, não tomam medicação (20,7%). As diferenças entre grupos não é estatisticamente significativa, conforme resultado do teste de qui quadrado ( $\chi^2=0,345$ ; p=0,557), (cf. tabela 22).

De igual modo, para os que afirmaram tomar medicação, procurámos indagar qual a **medicação habitual**. A tabela 23 indica, apenas, os que responderam afirmativamente ao tipo de medicação indicada no questionário. Como se observa, a medicação do foro cardíaco é tomada por 60,9% dos homens e 39,1% das mulheres. É também este grupo que mais toma medicação ansiolítica e dislipidémica. Referenciada como a toma de outra medicação, encontramos 64,8% e 35,2% de homens e mulheres respetivamente. Normalmente, os utentes tomam medicação associada, razão pelo qual os percentuais encontrados não representam qualquer significado aparente. Destaca-se, porém, a toma de medicação para a hipertensão arterial e anti-diabéticos orais.

Ainda na seqüência dos diagnósticos que levaram ao internamento dos participantes no estudo, procurámos averiguar se sofriam de **outro tipo de patologia associada**. Denota-se que 65,6%, do total dos inquiridos, sofre de outro tipo de doença, sendo estas, mais frequentes, no grupo das mulheres com 75,0%. Cerca de 6 em cada 10 homens também refere outras patologias. Contudo, a diferença entre os grupos pelo teste de qui quadrado não é significativa ( $\chi^2=1,962$ ; p=0,161), embora os resíduos ajustados revelem diferenças entre os homens não portadores de outra doença e as mulheres portadores de outra doença (cf. tabela 24).

Ainda no intuito de caracterizar clinicamente os inquiridos, questionámo-los sobre a existência de **limitações físicas**, segundo a classificação funcional da New York Heart Association (NYHA), cujo conhecimento é fundamental para quem estuda este tipo de patologia.

Assim, no que concerne à limitação física, 47,8% dos participantes referiram que a doença cardíaca é assintomática e não lhes acarreta qualquer limitação em atividades rotineiras. Há que registar que destes, metade da amostra é do sexo masculino e 43,8% são do sexo feminino.

A limitação física para atividades quotidianas, tais como andar rápido, subir escadas, carregar compras, etc, observa-se em 41,1% dos inquiridos e, destes, a maior percentagem recai sobre os sujeitos do sexo masculino (43,1% vs 37,5%). Com acentuada e severa limitação física encontramos 11,1% dos participantes no estudo com maior prevalência entre as mulheres (18,8%) e, com significância estatística, conforme resultado dos resíduos ajustados (cf. tabela 25).

### **Caracterização sobre os hábitos de saúde (Apêndice 7 – tabelas 26 a 41)**

A **imagem corporal** é uma percepção subjetiva que temos de nós próprios e o que idealizamos ao pensarmos nos nossos corpos e na nossa aparência física. Pode ser influenciada por padrões estipulados pela sociedade e pela cultura que nos rodeia, bem como pela nossa família e por experiências individuais. Nesse sentido, questionámos os nossos participantes, no propósito de saber a sua opinião. Podemos observar, pela análise da tabela 26, que cerca de 7 em cada 10 considera-se uma pessoa normal, mas esta percentagem decresce para cerca de 6 em cada 10 quando temos em consideração o sexo feminino. Em 20,0%, a percepção da sua imagem é de que é “gordo” notando-se uma vez mais uma maior prevalência entre os inquiridos do sexo feminino. Efetivamente, entre os grupos não se encontraram significâncias estatísticas.

Por outro lado, as estatísticas relativas aos dados antropométricos, revelam para a amostra global, que relativamente ao peso, os valores mínimos e máximos oscilam entre os 50 e 119 quilos com uma média de 74,87 kg e desvio padrão de 15,94 kg com um coeficiente de variação moderado relativamente à média. Quanto à altura, a mínima é de 1,35 m e a máxima de 1,95m, com um coeficiente de variação baixo ao situar-se nos 5,18%. Destas duas variáveis resultou o IMC que apresenta um índice mínimo de 17,58 e um máximo de 44,44, sendo a média de 26,84 e desvio padrão de 4,45, o que traduz uma dispersão moderada. Finalmente, quanto ao perímetro abdominal, encontramos uma cintura com um índice mínimo de 72 cm e um máximo de 200 cm, a que corresponde uma média de 99,29cm e desvio padrão de 17.26 cm com dispersão moderada. Os valores de assimetria e curtose revelam curvas leptocúrticas para todas as variáveis em estudo e enviesadas à direita para o peso, IMC e perímetro abdominal (cf. tabela 27).

Efectuado o teste t de student para amostras independentes entre os dados antropométricos e sexo, notamos, pela tabela 28, que os homens apresentam índices mais

elevados no que respeita ao peso, altura, IMC e perímetro abdominal do que o sexo feminino. Assumindo igualdade de variâncias para as variáveis em estudo, apenas o IMC e o perímetro abdominal não revelam significância estatística

Ainda no referente ao IMC, e tendo em consideração o peso e altura, procedemos à classificação dos participantes de acordo com os critérios adoptados pela Organização Mundial de Saúde. Os resultados expressos na tabela 29 revelam que o excesso de peso figura em 45,6% da totalidade da amostra, sendo que, destes 48,3%, são homens e 40,6% mulheres. É baixo o percentual dos classificados com baixo peso (2,2%), mas dos 17,7% com obesidade (grau 1, grau 2 ou grau 3) são encontradas em ambos os sexos percentagens similares.

Para melhor compreendermos e analisarmos a amostra face à classificação do IMC, recodificámos a variável constituindo apenas dois grupos: o dos possuidores de baixo peso ou peso normal, e o dos que apresentavam excesso de peso. Confrontando os resultados apresentados na tabela 30, verificamos que a maioria dos inquiridos (63,3%) apresenta excesso de peso, com maior prevalência para o sexo masculino (65,5%). Dos que revelam peso normal (36,7%), 40,6% são do sexo feminino. Pelos resíduos ajustados e teste de qui quadrado não encontramos significância estatística entre os dois grupos.

Terminamos a análise desta variável comparando a opinião sobre a imagem corporal e a classificação do índice de massa corporal (recodificado). Os valores revelam que dos 14,4% que referiram ser “magros”, 5,3% são do sexo feminino. Entre os que opinaram que tinham peso “normal” (65,6%) com percentagem semelhante (69,7% vs 63,2%) são homens e mulheres. Entre os “gordos” que correspondem a 20,0% da totalidade dos inquiridos é do sexo feminino. As diferenças entre os grupos é estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 19,630$ ;  $p=0,000$ ), situando-se entre os que têm peso normal e opinaram ser “magros” e os com excesso de peso e “gordos” (cf. tabela 31)

Ainda no seguimento dos resultados da tabela anterior, procurámos saber o comportamento entre o perímetro abdominal e o IMC (recodificado). Dos resultados, apresentados na tabela 32 denota-se que, mais de metade dos inquiridos (51,1%) apresentam perímetro abdominal considerado normal, mas destes 40,4%, estão classificados com excesso de peso. Por outro lado, há concordância em 59,6% entre os que apresentam perímetro abdominal tendente para a obesidade e que efetivamente, são classificados com excesso de peso. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ( $\chi^2=7,203$ ;  $p=0,007$ ) sendo que os resíduos ajustados indicam a existência de significância estatística entre os de “peso normal” e “perímetro abdominal normal” e “perímetro abdominal obeso” e “excesso de peso.”

Por outro lado, procurámos saber o tipo de relacionamento entre o perímetro abdominal e o sexo. Dos resultados obtidos, infere-se, que 63,8% dos inquiridos do sexo masculino apresentam um perímetro abdominal normal. Em oposição, 71,9% das mulheres têm um perímetro abdominal que as permite classificar como obesas. As diferenças são significativas ( $\chi^2=10,500$ ;  $p=0,001$ ) para os grupos referenciados, conforme resultados dos resíduos ajustados (cf. tabela 33).

Reportamo-nos, agora, às tabelas seguintes, no que diz respeito a alguns estilos de vida vivenciados pelos constituintes da amostra, mais concretamente à prática de exercício físico ou atividade desportiva e ao consumo de tabaco, café e álcool, aspetos estes considerados como fatores de risco nas doenças coronárias.

No que concerne à **prática do exercício físico** ou atividade desportiva, como seria de esperar, tendo em consideração o grupo etário em questão, aproximadamente três quartos da amostra revela-se como altamente sedentário, já que não pratica exercício físico ou atividade desportiva. Dos restantes, 32,8% dos homens e 21,9% das mulheres afirmam exercer atividade física. No entanto, as diferenças ente os grupos não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,189$ ;  $p=0,276$ ) (cf. tabela 34).

Não é muito diversificada a **prática desportiva**, pois como podemos observar pela tabela 35, 7,7% pratica atletismo, 11,5% faz ciclismo e a maioria (76,9%) procura a caminhada. Percentuais semelhantes (78,9% vs 71,4%) são encontrados em ambos os sexos.

Na tabela 36, encontrámos os respondentes relativamente ao **consumo de tabaco**. Como notamos, apenas 21,1% da amostra, afirma consumir tabaco, sendo que a maior percentagem e com significância estatística são pertença do sexo masculino. Os não consumidores e também com significância estatística figuram a quase totalidade das mulheres.

Para os que responderam afirmativamente, procurámos saber a média de cigarros fumados por dia e os resultados obtidos configuram que o consumo mínimo e máximo é de 1 e 50 respetivamente, sendo a média de 13,56 cigarros por dia com um desvio padrão de 12,06 cigarros.

Por outro lado, não é significativo o número de ex-fumadores já que apenas 6,7% afirmou ter deixado de fumar. Dentro deste grupo, o tempo mínimo ocorreu há menos de um mês e o máximo há 60 meses, ao que lhe corresponde uma média de 13,83 meses e um desvio padrão altamente elevado ao situar-se acima do valor médio ( $dp=22,93$  meses). Até 7 meses, encontramos 4,4% dos inquiridos.

É bastante similar (48,9% vs 51,1%) o percentual dos que não ingerem e dos que ingerem **café**. Entre os que costumam tomar café, cerca de 6 em cada 10 são homens e percentagem bastante menor (37,5%) é encontrada nas mulheres. Entre os grupos é encontrada uma significância marginal ( $\chi^2=3,682$ ;  $p=0,055$ ), (cf. tabela 37).

Para os que costumam tomar café, procurámos saber o número de cafés que habitualmente tomam por dia. As estatísticas revelam uma média de 2,33 cafés ( $\pm 1,35$ ) sendo o mínimo de um café e um máximo de 6 cafés por dia.

Os resultados da tabela 38 permitem-nos uma visão mais consistente da quantidade de cafés consumida por dia. Como notamos, a maior percentagem (37,0%) consome três ou mais cafés, com primazia para os homens (41,2%), quando comparada com as mulheres (25,0%), mas o percentual mais significativo (63,0%) situa-se entre os que consomem até dois cafés, sendo que destes, 32,6% apenas consome um café, sendo os percentuais semelhantes em ambos os grupos e sem significância estatística.

Analisamos, finalmente, o **consumo de bebidas alcoólicas** pelos participantes no estudo.

Dos resultados apresentados na tabela 39, verificámos que um pouco mais de metade da amostra afirma que consome bebidas alcoólicas, sendo que destes, 6 em cada 10, são homens, valores significativos quando comparado com as mulheres já que apenas 2 em cada 10 tem este hábito. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ( $\chi^2=16,060$ ;  $p=0,000$ ), situando-se de acordo com os resíduos ajustados entre os que não consomem bebidas alcoólicas e o sexo feminino e os que consomem e o sexo masculino.

Para os que ingerem bebidas alcoólicas, indagamos sobre o tipo de bebida consumida com mais frequência. Curiosamente, e apesar da grande oferta e diversidade no mercado, os participantes neste estudo, consumiram as bebidas ditas tradicionais concretamente o vinho, para a quase totalidade dos inquiridos (85,4%), e, em menor percentagem, a cerveja (10,4%) e as bebidas brancas (4,2%). São sobretudo os homens que dão mais primazia à ingestão do vinho (87,5%), mas, entre as mulheres, o percentual atinge o valor de 75,0%. Quanto ao consumo de cerveja, apenas uma mulher afirmou consumir e o mesmo ocorrendo com as bebidas brancas, o que não é significativo para a amostra (cf. tabela 40).

Instigados, ainda, a pronunciarem-se sobre a frequência com que bebem, os resultados evidenciam que sete dos inquiridos (14,58%) o faz ocasionalmente e, em média, dois a três copos ocasionalmente (média=2,57). Semanalmente, o álcool é consumido por apenas quatro participantes do estudo e a média ronda os três copos. Quanto ao consumo

diário, é observado em 37 sujeitos com uma média situada entre um a dois copos diários (cf. tabela 41).

### **Caracterização sobre variáveis psicológicas** (Apêndice 8– tabelas 42 e 43)

As estatísticas relativas ao *stress*, ansiedade e depressão, revelaram valores mínimos e máximos a oscilarem entre o zero para todas as sub-escalas e os 21 na escala de *stress* e depressão. Os índices médios situam-se nos 6,66 na escala de *stress* e os 4,35 na escala de depressão. Os valores de assimetria e curtose apresentam curvas leptocúrticas e enviesadas à direita e o teste de aderência à normalidade são indicadores de uma distribuição não normal (cf. tabela 42).

No intuito de determinar se o *stress*, a ansiedade e depressão se relacionavam com o sexo, efetuámos um teste *t* para amostras independentes. Os resultados revelam que o sexo feminino apresenta maiores índices de *stress*, ansiedade e depressão que o masculino. Assumindo igualdade de variâncias pelo teste de Levene, os valores de *t* não são estatisticamente significativos o que nos permite afirmar a relação de independência entre as duas variáveis (cf. tabela 43).

## 5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Apresentada a estatística descritiva no capítulo anterior, iremos, neste capítulo, proceder à análise inferencial, no sentido de dar resposta às questões de investigação que formulamos e que foram apresentadas no decurso da metodologia.

Neste contexto, a primeira questão procurava saber em que medida as variáveis socio-demográficas influenciam o bem-estar subjetivo do doente cardíaco.

### **Relação entre bem-estar subjectivo, e variáveis socio-demográficas (sexo, estado civil, idade, residência, rendimento mensal e situação profissional)** (Apêndice 9 – tabelas 44 a 50)

No intuito de saber se o **sexo** era determinante no bem estar subjetivo dos participantes da amostra, efectuamos o teste de UMW. Dos resultados apresentados, ressalta que o sexo masculino apresenta ordens médias mais elevadas, do que o feminino no que se refere às três sub-escalas mas as diferenças não são estatisticamente significativas, o que traduz uma relação de independência entre as variáveis em estudo (cf. tabela 44).

Procedemos de igual modo, a realização do teste de U Mann Whitney, para saber da influência do **estado civil** no bem-estar subjetivo do doente internado em cuidados intensivos coronários. Denota-se, pela tabela 45, que os solteiros apresentam índices mais elevados tanto de afetos positivos como de negativos e, conseqüentemente, também de balanço afetivo, do que os indivíduos casados ou em união de facto sem, contudo, se verificarem significâncias estatísticas, o que traduz a não relação entre as variáveis em estudo.

No referente à **idade**, o bem estar subjetivo apresenta maior ordenação média nos Afetos positivos para os mais jovens secundados pelos de maior idade, enquanto os Afetos negativos são sentidos mais pelos participantes no estudo com idades compreendidas entre os 71 a 78 anos e os 49 e 61 anos. Daí que o balanço afetivo recaia também nos grupos etários extremos, ou seja, nos mais jovens e nos mais velhos. O teste de Kruskal Wallis revelou significância estatística entre grupos para os Afetos positivos situando-se nos sujeitos com idade inferior ou igual a 48 anos e com os grupos de 62 a 70 anos ( $p=0,018$ ) e 71 a 78 anos ( $p=0,009$ ). Também o balanço afetivo apresenta significância estatística, mas dentro dos grupos etários, não são visíveis as diferenças, conforme o resultado dos testes *post-hoc* efetuados para as ordenações médias das sub-escalas. Face aos resultados obtidos, inferimos que os afetos positivos e o balanço afetivo são influenciados pela idade, o que confirma, parcialmente, a hipótese formulada (cf. tabela 46).

Analisando, agora, os resultados do teste de KW para as **habilitações literárias**, a partir da tabela 47 infere-se que os Afetos positivos se observam com significância estatística mais nos que possuem entre o 5º e o 12º anos de escolaridade. De igual modo, os Afetos negativos também são observados com maior pendor, mas sem significância estatística neste grupo, enquanto o índice mais elevado do balanço afetivo recai entre os que possuem a licenciatura. O teste *pot hoc* indica que as diferenças situam-se entre os que possuem até ao primeiro ciclo e o 2º e 3º ciclo. Dos resultados obtidos, os afetos positivos diferenciam-se face às habilitações literárias o que comprova a relação de dependência para esta sub-escala.

Procedemos, também, à comprovação da relação entre o bem-estar subjetivo e **local de residência** através do teste de KW, tendo os resultados (que se apresentam na tabela 48) evidenciado que os residentes na cidade apresentam índices mais elevados no que concerne aos Afetos positivos e negativos, todavia, menores em relação ao balanço afetivo, comparativamente aos residentes na vila ou aldeia. É entre os habitantes da aldeia que se observa um balanço afetivo mais elevado. As diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas pelo que inferimos que esta variável não é preditora do bem-estar subjetivo.

Também nos questionamos se o **rendimento** mensal influenciaria o bem-estar subjetivo do doente internado numa unidade de cuidados intensivos coronárias, já que o internamento poderia acarretar maiores dificuldades económicas. Dos resultados expressos na tabela 49, ressalta que, os que auferem maior rendimento mensal, têm melhores Afetos positivos, com significância estatística face aos outros grupos e melhor balanço afetivo, embora não se verifiquem diferenças estatísticas. Já os participantes no estudo de rendimento intermédio, são os que apresentam, mas de forma não significativa, mais Afetos negativos, sendo secundados pelos de rendimento mais baixo. As diferenças para os grupos de Afetos positivos, situam-se, de acordo com o teste *post-hoc* de Tukey, entre os grupos de rendimento baixo e elevado ( $p=0,019$ ). Infere-se, assim, que o rendimento mensal estabelece relação com os Afetos positivos, comprovando a hipótese no que respeita a esta variável.

Finalmente, procurámos aquilatar sobre a influência da **situação laboral** no bem-estar subjetivo. Os valores da probabilidade indicam independência entre as variáveis em estudo, não comprovando a hipótese formulada, mas as ordenações médias sugerem mais Afetos positivos e balanço afetivo para os que se encontram na situação de empregado, enquanto os Afetos negativos se observam nos desempregados (cf. tabela 50).

#### **Relação entre variáveis psicológicas (stress, ansiedade e depressão) e socio-familiares (funcionalidade familiar) e bem-estar subjetivo do doente cardíaco** (Apendice 10 - tabelas 51 a 55)

A segunda questão de investigação procurava indagar de que forma as variáveis psicológicas e sócio-familiares interferem com o bem-estar subjetivo do doente cardíaco.

Procurámos, em primeiro lugar, saber a influência da funcionalidade familiar no bem-estar subjetivo do doente cardíaco. Os resultados apresentados na tabela 51 indicam que os doentes cardíacos inseridos em famílias com disfunção acentuada são os que apresentam maior índice no que respeita aos Afetos positivos e negativos, enquanto que o balanço afetivo recai entre os que possuem famílias altamente funcionais. Dado que as diferenças não são estatisticamente significativas, não comprovámos a hipótese formulada, o que nos leva a inferir que não existe relação e dependência entre as variáveis.

Para o estudo da relação entre as variáveis psicológicas (*stress*, ansiedade e depressão) e para o valor global da variável sócio-familiar (funcionalidade familiar), efetuámos regressões múltiplas para cada uma das sub-escalas do bem estar subjetivo, dado que este é o método mais indicado para realizar análises multivariadas, quando se

pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente.

Como métodos de estimação, optámos pelo método de *stepwise*, ou seja, o método passo a passo que produz tantos modelos quantos os necessários até se conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente. Nos casos em que não foram encontradas variáveis preditoras, apresentamos os resultados tendo em consideração o método de entrada.

Postas estas considerações, apresentamos, em primeiro lugar, o estudo da relação entre os Afetos positivos e as variáveis psicológicas e sócio-familiares. A partir da tabela 52 notamos que a correlação que a variável endógena estabelece com as variáveis exógenas é ínfima e não significativa, sendo apenas positiva para o *stress*, o que nos permite afirmar que os maiores níveis de ansiedade, depressão e funcionalidade familiar e maior o nível de *stress*, estão associados mais afetos positivos.

Para as variáveis em estudo, efetuámos uma regressão múltipla, em que usámos o método de entrada. Os resultados apresentados no quadro 5 revelam que o conjunto destas variáveis explicam apenas 7,8% com um erro padrão de estimativa de 6,122. O valor de F não é estatisticamente significativo, o que nos induz a concluir que nenhuma das variáveis é preditora dos Afetos positivos, apesar da depressão surgir com um valor de *t* estatisticamente significativo, contudo, após uma a execução de uma regressão simples com esta única variável, o resultado confirma o acima exposto, isto é, a depressão não é preditora dos afectos positivos, pelo que podemos inferir que existe relação de independência entre as variáveis em estudo.

**Quadro 5 – Regressão múltipla entre afetos positivos e variáveis psicológicas e sócio-familiares**

Variável dependente = Afetos positivos					
R = 0.280					
R <sup>2</sup> = 0.078					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.036					
Erro padrão da estimativa = 6.122					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0.078					
F = 1.808					
p = 0.135					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	colinearidade VIF
<b>Constante</b>	23.721				
Funcionalidade familiar	-0.365	-0.134	-1.275	0.206	1.015
Stress	0.302	0.194	1.332	0.186	1.962
Ansiedade	0.119	0.069	0.424	0.673	2.470
Depressão	-0.476	-0.323	-2.293	0.024	1.833
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	271.100	4	67.775	1.808	0.135
Residual	3185.889	84	37.481		
Total	3456.989	89			

No que se refere aos afetos negativos e variáveis psicológicas e sócio-familiares, utilizamos o método *stepwise*, cujos resultados se apresentam na tabela 53 e quadro 6. Neste modelo de regressão, a variável que apresenta maior correlação com os Afetos negativos, em termos absolutos, é a ansiedade ( $r=0,481$ ) e a de menor correlação o funcionamento familiar ( $r=-0,310$ ). Apenas esta variável estabelece com os Afetos negativos uma correlação negativa e não significativa, o que nos permite afirmar que a um mais grave funcionamento familiar e menores os níveis de *stress*, ansiedade e depressão se associam a menores Afetos negativos

Foram três as variáveis que se tornaram como preditoras: a ansiedade, a funcionalidade familiar e a depressão. A primeira variável a entrar no modelo de regressão foi a ansiedade por ser a que, em termos absolutos, apresenta um maior valor correlacional. Esta variável explica, neste primeiro modelo, 23,1% da variabilidade e o erro estimado foi de 5,497. Nos dois passos seguintes, entraram para o modelo final as variáveis, funcionalidade familiar e depressão, que passaram a explicar na sua globalidade, 36,1% da variação dos Afetos negativos, sendo que o erro padrão diminuiu para 5,069. Os valores de F e t, ao apresentarem-se estatisticamente significativos, indicam que as variáveis que entraram no modelo, são preditoras dos Afetos negativos. Também não se denotam problemas de

colinearidade uma vez que os valores do VIF oscilam entre 1,01 na variável funcionalidade familiar e 1,790 na depressão (cf. quadro 6).

Os coeficientes padronizados beta sugerem-nos que a ansiedade é o que apresenta maior peso preditivo e a de menor peso é a depressão. Estas duas variáveis estabelecem uma relação positiva, enquanto que a funcionalidade familiar apresenta uma correlação negativa. Deste modo, podemos afirmar que a menores índices de ansiedade e depressão e a maiores disfuncionalidade familiar se associam maiores Afetos negativos.

**Quadro 6 – Regressão múltipla entre Afetos negativos e variáveis psicológicas e sócio-familiares**

Variável dependente = Afetos negativos					
R = 0.601					
R <sup>2</sup> = 0.361					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.339					
Erro padrão da estimativa = 5.069					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0.030					
F =4.043					
p = 0.047					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	colinearidade VIF
Constante	19.559				
Ansiedade	0.567	0.332	2.884	0.005	1.779
Funcionalidade familiar	-0.808	-0.296	-3.411	0.001	1.014
Depressão	0.341	0.232	2.011	0.047	1.790
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	1248.617	3	416.206	16.196	0.000
Residual	2210.006	86	25.698		
Total	3458.622	89			

Considerando as três variáveis preditoras, procurámos determinar se havia efeitos de interação entre as mesmas, pelo que procedemos à criação de novas variáveis. Os valores correlacionais obtidos nas interações indicam associações positivas moderadas e significativas (cf tabela 54). Face a estes resultados, o modelo de regressão entretanto efetuado, veio confirmar as três variáveis como preditoras, não existindo interação entre elas.

Deste modo, podemos afirmar que o modelo final apresenta a seguinte equação de regressão:

$$\text{Afetos negativos} = -19,559 + (0,567 \text{ ansiedade}) + (-0,808 \text{ funcionalidade familiar}) + (0,341 \text{ depressão})$$

Abordando o balanço afetivo, a tabela 55 dá-nos conta dos valores correlacionais obtidos neste modelo de regressão. A funcionalidade familiar é a única variável a apresentar correlação positiva e não significativa, sendo, porém, fraco o valor correlacional. Em

oposição, encontramos a depressão, que é de todas as variáveis a que se revela com maior valor correlacional. Face aos resultados, podemos afirmar que menores índices de *stress*, ansiedade e depressão e maior funcionalidade funcional se associam a um maior balanço afetivo.

Apenas a depressão se estabeleceu como preditora do balanço afetivo (cf. quadro 7). Esta variável explica 19,0% da variabilidade, com um erro estimado de 8,222. O valores de F e t são estatisticamente significativos não se denotando problemas de colinearidade uma vez que o valor do VIF é 1,000. Os coeficientes padronizados beta indicam que a depressão estabelece uma correlação negativa pelo que inferimos que a menores índices de depressão se associam a um maior balanço afetivo. A fórmula do modelo final ajustado para o balanço afetivo é a seguinte:

$$\text{Balanço afetivo} = 8,047 - (0,937 \text{ depressão})$$

#### Quadro 7 – Regressão múltipla entre balanço afetivo e variáveis psicológicas e sócio-familiares

Variável dependente = balanço afectivo					
R = 0.436					
R <sup>2</sup> = 0.190					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.181					
Erro padrão da estimativa = 8.222					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0.190					
F = 20.702					
p = 0.000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	colinearidade VIF
Constante	8.047				
Depressão	-0.937	-0.436	-4.550	0.000	1.000
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	1399.602	1	1399.602	20.702	0.000
Residual	5949.298	88	67.606		
Total	7348.900	89			

#### Relação entre bem-estar subjectivo, variáveis clínicas, e estilos de vida

A última questão formulada procurava estabelecer a relação existe entre as variáveis clínicas, estilos de vida e o bem-estar subjetivo. Consideramos que, para as variáveis clínicas, apenas os internamentos anteriores, a limitação física o IMC e o perímetro abdominal e, para os estilos de vida, a prática de exercício físico, o consumo de tabaco, o consumo de álcool e o consumo de café.

No que se reporta às **variáveis clínicas**, os resultados obtidos com a experiência anterior, revelam que os doentes que já experienciaram internamentos, apresentam mais Afetos positivos e melhor balanço afetivo, enquanto que os que não têm experiências de internamentos anteriores apresentam mais Afetos negativos. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas, inferindo-se assim que a experiência de internamento não afeta o bem-estar do doente (cf. tabela 56).

Procurámos, também, saber se o índice de massa corporal também afetava o bem-estar do doente. Constatamos, pelos resultados da tabela 57, que apesar dos doentes com peso normal apresentarem ordenações mais elevadas no que respeita aos afetos positivos e negativos, mas menor balanço afetivo, as diferenças encontradas não são significativas, pelo que se pode afirmar que as variáveis em estudo são independentes.

Ainda na continuação da análise da tabela anterior, e apesar de constatarmos que o IMC não afetava o bem-estar do doente cardíaco, analisamos, ainda, o seu comportamento face ao perímetro abdominal que nos permitiu classificar os sujeitos em normal e obesos. Os resultados da tabela 58 evidenciam que os obesos apresentam mais afetos positivos e melhor balanço afetivo e, os de peso normal, mais afetos negativos, mas nota-se, pelos valores das probabilidades, a inexistência de significância estatística.

Finalmente analisámos a relação entre o bem-estar subjetivo e a limitação física. Para o efeito, procedemos à recodificação desta variável constituindo apenas três grupos: grupo um, sem limitações; grupo 2, com limitações físicas para a atividade quotidiana e grupo 3, com acentuadas ou severas limitações físicas. Dos resultados da tabela 59, denota-se, pelo teste de Kruskal Wallis, que os participantes no estudo que apresentam limitações físicas para atividades quotidianas apresentam mais Afetos positivos e com significância estatística que se situa entre este grupo e os de acentuada /severa limitação física ( $p=0,038$ ). Os Afetos negativos ocorrem sobretudo nos inquiridos sem limitações físicas e o balanço afetivo nos de limitação quotidiana, mas sem significância estatística. Confirmamos, assim, a hipótese formulada apenas para os afetos positivos e infirmamos em relação aos afetos negativos e limitação física.

Aportando-nos aos **estilos de vida**, e no que se refere à prática de exercício físico, as ordenações médias indicam que os Afetos positivos surgem para os que não praticam exercício físico com significância estatística e os Afetos negativos ocorrem, fundamentalmente, nos que praticam exercício físico. É também sentido que o balanço afetivo prevalece entre os que não praticam exercício físico. As diferenças encontradas não são significativas, tanto para os Afetos negativos como para o balanço afetivo (cf. tabela 60).

No referente ao consumo de tabaco e ao consumo de café, tanto os Afetos positivos como negativos, ocorrem mais frequentemente nos fumadores e consumidores de café mas o balanço afetivo tende para os não fumadores e não consumidores, sendo que, as diferenças entre os grupos, não são estatisticamente significativas, o que não comprova a hipótese formulada.

Para terminar examinámos o comportamento dos consumidores de bebidas alcoólicas. O teste de UMW revela mais afetos positivos nos consumidores e melhor balanço afetivo e menos Afetos negativos. Porém, mais uma vez as probabilidades encontradas não são significativas.



## 6- DISCUSSÃO

Este capítulo, indubitavelmente importante do nosso estudo científico, permite-nos refletir sobre a investigação realizada, dar ênfase aos dados mais significativos encontrados e confrontá-los com a literatura científica por nós consultada.

Sistematizamo-lo em dois pontos: no primeiro, fazemos uma breve abordagem sobre as limitações ao nosso estudo, que, obviamente, não conseguimos evitar. No segundo ponto, efetuamos uma discussão mais profunda, dando especial atenção aos resultados mais significativos, confrontando-os em, simultâneo, com o quadro conceitual que deu suporte ao nosso estudo, com os objetivos e com as questões de investigação por nós formulados, efetuando uma comparação com os outros estudos publicados, de âmbito nacional e internacional, alusivos aos temas em estudo.

### 6.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Tendo em conta o tipo de estudo pretendido e os objetivos para ele traçados, delineamos uma estratégia metodológica. Para a atingir definimos uma amostra que conseguisse traduzir resultados fiáveis. Para tal, elegemos como instrumentos de medição questionários de auto-resposta. A nossa amostra, contudo, e devido às limitações de tempo para a concretização deste estudo, prendeu-se a uma amostra de conveniência.

Pensámos que o nosso estudo poderia ficar ainda mais rico, se fosse realizado em dois momentos distintos: durante o internamento na UCIC e num momento posterior, como por exemplo, durante as consultas de *follow-up* que habitualmente os doentes do foro cardíaco realizam. Desta forma, obteríamos resultados prospetivos e com vários momentos de avaliação.

Relativamente ao instrumento de recolha de dados, utilizámos o questionário, que, embora fosse construído com o objetivo de auto-respostas, a maior parte da população inquirida necessitou de ajuda no momento do seu preenchimento devido a vários fatores. De entre eles, salientamos a idade, a escolaridade, e a patologia cardíaca, que, por vezes, devido a intervenções como os cateterismos cardíacos e colocações de *stents*, obrigava ao repouso. Tendo em conta que os resultados dependem da sinceridade e da honestidade do inquirido, as respostas podem ser representativas de condutas desejáveis e não daquelas que na realidade sucedem. Desta forma, podemos afirmar, que a presença do investigador poderá, de alguma forma, ter condicionado as respostas e traduzir-se num viés ao estudo.

Outra limitação ao nosso estudo, prendeu-se com a demora da autorização pelo conselho de Ética, para a recolha de dados do CHTMAD. Esse facto, levou a que, apenas um terço da nossa amostra, fossem doentes internados naquela unidade hospitalar,

Desconhecemos a aplicação da escala de PANAS, na população portuguesa, em indivíduos em situação crítica, como os inquiridos da nossa amostra. Relativamente aos itens “agradavelmente surpreendido”, “entusiasmado” e “encantado”, nem sempre foram bem entendidos devido ao contexto onde foi realizada a recolha dos dados.

Salientamos que, durante os procedimentos desenvolvidos para a recolha de dados, tivemos em atenção o momento mais oportuno para aplicar o instrumento de colheita de dados, respeitando a vontade do inquirido, os momentos de refeição e de descanso. Para além da apresentação da investigadora, foi sempre esclarecido o objetivo do estudo, garantida a confidencialidade dos dados, obtendo assim, o consentimento informado do doente.

Todavia, mesmo tendo em conta as limitações inerentes ao nosso estudo, considerámos que os resultados obtidos, permitem-nos adquirir mais conhecimentos sobre a doença cardiovascular, relativamente às variáveis clínicas e hábitos de saúde e a sua influência no BES. Temos, igualmente, a presunção saudável que, este estudo, poderá constituir um contributo para a psicologia positiva, no estudo do indivíduo em situação crítica e a forma como ele encontra forças e virtudes para enfrentar o desafio da doença cardíaca.

## 6.2 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Há um equívoco generalizado de que a doença cardíaca é uma tipicamente relacionada com o sexo masculino. Todavia, devemos dissimular esta ideia. Efetivamente, a doença cardíaca é também um problema de saúde devastador para as mulheres. Contudo, ao longo dos últimos anos, muita atenção tem sido dirigida para uma melhor apreciação da influência do sexo sobre o risco de doença cardíaca e de gestão da doença. Afirma Ricciotti (2003), que “o coração das mulheres é diferente do dos homens”. Esta diferença baseia-se no facto de que as mulheres têm corações menores e artérias menores do que os homens, têm um ritmo diferente intrínseco ao *pacemaker* dos seus corações o que faz com que batam mais rápido, para além de que, o coração de uma mulher levar mais tempo para relaxar depois de cada batimento. No nosso estudo, embora a representatividade seja maior nos homens, o sexo feminino apresenta valores aproximados no que diz respeito às cardiopatias isquémicas (68% *versus* 62% respetivamente) e são os

problemas de ritmo que se destacam no sexo feminino (15.3% versus 18.6% respectivamente).

No nosso estudo, não encontramos diferenças estatísticas apreciáveis relativamente ao BES em homens e mulheres o que vem de encontro à nossa pesquisa bibliográfica.

Embora os homens e as mulheres partilhem muitos fatores de risco e sintomas comuns das doenças coronárias, o sexo desempenha um papel importante na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares. Segundo a American Heart Association (AHA) (2011), para além dos sintomas descritos por ambos os sexos, durante um ataque cardíaco, “as mulheres podem sofrer sinais menos comuns à doença cardíaca, que pode incluir dor abdominal, náuseas, falta de ar, sudorese, indigestão, ansiedade e fadiga inexplicável.” Além disso, as mulheres são menos propensas a relatar dor no peito, dando relevância a outros sintomas, o que pode contribuir para “diagnósticos errados” e atrasos no tratamento, logo a pior prognóstico. Assim, de acordo com o nosso estudo, poderemos entender que os homens têm maior atenção sobre os sintomas, sendo, por esse motivo, que, na nossa amostra, sejam estes os que apresentem maior número de internamentos anteriores (70,7%) e sejam eles que prevaleçam em unidades de cuidados intensivos coronários (26,8%). Acrescentamos, ainda, que, no nosso estudo, todas as mulheres se encontravam, pela primeira vez, numa unidade de cuidados intensivos.

Quando relacionámos o BES com as variáveis clínicas, nomeadamente a existência de internamentos anteriores, não encontramos significância estatística, entre homens e mulheres, nem entre as denominadas sub-escalas (afetos positivos, afetos negativos e balanço afetivo).

Também o fator idade é relevante para a doença cardiovascular. Relativamente às mulheres, estudos têm demonstrado que, após a menopausa, as mulheres experimentam um aumento do risco de doença cardíaca. A diminuição dos níveis de estrogénio durante o processo de menopausa, que começa por volta dos 50 anos, está associado a maiores níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL) e baixos níveis de lipoproteína de baixa densidade (LDL). De acordo com Rosenfeld (1992), a diminuição do estrogénio natural que ocorre na menopausa leva a um menor HDL e maior LDL aumentando assim o risco de doença cardíaca. Desta forma, podemos justificar, no nosso estudo, perante a opinião da autora, o aumento de doença coronária no sexo feminino a partir dos 49 anos.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> “For women, risk increases gradually in the five to ten years after the female hormone estrogen begins to dwindle, around age 50. Researchers believe that estrogen, which regulates menstruation, protects women against heart attack by increasing a substance in the blood called high-density lipoprotein(HDL), which prevents blockages in the arteries. HDL carries cholesterol away from the arteries and out of the body”. ROSENFEL, Lynda- “Women and Heart disease” (1992) p-237-246.

No que concerne à idade e BES nos doentes cardíacos, encontramos significâncias estatísticas entre alguns grupos etários, o que vem de acordo com nosso suporte bibliográfico relativamente à idade.

A obesidade é um forte preditor para doenças cardíacas, especialmente entre as mulheres. ROSENFELD (1992), refere um estudo realizado durante oito anos no Brigham and Women Hospital, em Boston,<sup>8</sup> onde se concluiu que mulheres que possuem apenas um ligeiro acréscimo de peso acima da média, apresentam um aumento do risco de ataque cardíaco mais do que em homens. Acrescenta a autora que, “em mulheres com, aproximadamente, 30% ou mais em relação ao peso ideal, 70 % de todos os ataques cardíacos poderiam ser devidos à obesidade.”<sup>9</sup> Quando estudamos o BES dos doentes com IMC elevado, não encontramos diferenças estatísticas de relevo.

Também segundo Ricciotti (2003), o local onde a gordura se instala no corpo também é um importante preditor do risco cardíaco. As mulheres que apresentam uma grande quantidade de gordura ao volta da cintura estão em maior risco do que aquelas que têm a gordura em torno dos quadris. Durante o nosso estudo, podemos concluir que 71,9% das mulheres apresentam perímetros abdominais superiores aos dos homens.

Um estudo publicado no *American Journal of Cardiology*, citado por Ricciotti (2003), concluiu que os níveis de HDL foram o mais importante preditor da saúde cardiovascular. Atualmente, os cuidados de saúde têm apresentado redobrada atenção no controlo dos níveis lipídicos e no controlo da hipertensão arterial como fator inequívoco para a doença cardiovascular. Esta última, se não for tratada, faz o coração trabalhar mais, acelera o endurecimento das artérias (aterosclerose), e aumenta o risco de ataque cardíaco, derrame e insuficiência renal. No nosso estudo, 81,1% tomava diariamente medicação (ansiolítica, dislipidémica, cardíaca ou de outro grupo farmacológico) e no que diz respeito às mulheres todas faziam diariamente medicação dislipidémica.

Concomitantemente, no nosso estudo, 66,7% da população feminina, habitualmente fazia medicação ansiolítica, em alguns casos para tratamento da depressão. Estudos por nos consultados, revelam, porém, que este tipo de distúrbio psicológico não afeta diretamente a saúde cardiovascular, mas a depressão pode afetar as mulheres no que concerne ao seguimento dos conselhos relativos à promoção da saúde cardiovascular. De acordo com novas diretrizes da AHA (2011), o rastreio de depressão deve fazer parte de uma avaliação global das mulheres para o risco cardiovascular.

---

<sup>8</sup> “An eight-year-long study from Brigham and Women’s Hospital in Boston indicates that for women, being even mildly overweight can increase heart attack risk dramatically, perhaps more than in men.” ROSENFELD, Lynda- “Women and Heart disease” (1992) p-237-246.

<sup>9</sup> “In women approximately 30 percent or more over ideal weight, 70 percent of all heart attacks could be traced to obesity. (Out of the 115,886 American women age 30 to 55 in the study group, there were 605 cases of some type of heart disease or heart attack, including 83 deaths.) ROSENFELD, Lynda- “Women and Heart disease”. (1992) p-237-246.

Por outro lado, fumar é um fator de risco para doença cardíaca em homens, e é, provavelmente o fator de risco mais significativo nas mulheres. Por cada cigarro fumado, o risco do ataque coração aumenta. Estudos mostram que fumar 3,59 cigarros por dia duplica o risco de uma mulher, e fumar mais de 25 por dia pode aumentar 5 a 15 vezes. O risco de ataque do coração é maior nas mulheres que pararam de fumar há menos de dois anos do que em não fumadoras. Um estudo do Nurses Health, publicado em 2002, pela Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nursing relatou que o número de cigarros fumados por dia foi positivamente associado com o risco de fatal de doença cardíaca coronária, ataque cardíaco não fatal, e angina de peito. Mesmo fumar 1-4 cigarros por dia foi associado ao dobro do risco de acidentes fatais e não fatais. Porém, quando efetuamos a nossa pesquisa e estudamos este fator de risco (para além do consumo de álcool, e do café) com as componentes do BES, não foram encontrados resultados apreciáveis.

Estudos recentes têm-se debruçado sobre o papel da atividade física na prevenção e/ou tratamento da depressão e dos sintomas depressivos. A prática de exercício físico com o propósito de analisar o bem-estar psicológico, a auto-estima e a depressão em indivíduos praticantes de atividade física regular tem levado a autores como Teychenne, Ball, & Salmon, (2008) citados por Vasconcelos-Raposo et al (2009) a desenvolverem estudos neste campo. VASCONCELOS-RAPOSO e RODRIGUES (2006), citados por Vasconcelos-Raposo et al (2009), realizaram um estudo com o propósito de analisar o bem-estar psicológico, a auto-estima e a depressão em indivíduos praticantes de atividade física regular. Para isso, questionaram 110 indivíduos e verificaram que metade destes acreditavam que a actividade física podia contribuir para um melhor bem-estar psicológico; sendo estes resultados mais acentuados nas mulheres, nos idosos e nos atletas. Deste modo, segundo os autores, “os indivíduos optam pelo exercício físico como estratégia para regular os seus estados depressivos e de forma a aumentarem os seus níveis de energia.”

Quando se questiona a importância do exercício físico regular associado a fatores psicológicos como a ansiedade e depressão e personalidade, em função do sexo, Vasconcelos-Raposo et al (2009), remetem-nos para o estudo de Moor, et al (2006), que verificou que os praticantes de exercício regular encontram-se em média menos deprimidos, menos neuróticos, menos ansiosos, mais extrovertidos e procuravam mais emoção e aventura, sendo mais desinibidos que os não praticantes.

JUARBE, et al (2005) citados por Vasconcelos-Raposo et al (2009), investigaram as mudanças e a associação entre os sintomas depressivos, atividade física e índice de massa corporal, concluindo que os sintomas depressivos, o aumento de peso e a inatividade física em 232 mulheres na pré-menopausa requerem intervenções focalizadas devido às alterações hormonais que ocorrem nesta fase.

No estudo da relação entre a depressão, o exercício físico e o IMC, Vasconcelos-Raposo et al (2009), concluíram que “a depressão e o exercício físico são duas variáveis que apresentam uma relação inversa. Quando uma das variáveis aumenta, a outra tende a diminuir significativamente.” Acrescentam os autores que “apesar da relação entre a depressão e o IMC não sugerir valores significativos, convém referir que o comportamento das médias sugere um aumento das médias da variável depressão conforme cresce o IMC” e que “a depressão é, em média, superior nos indivíduos que não atingem os níveis de exercício físico recomendado em relação aos que atingem os níveis recomendados.” Salientamos que, de acordo com o estudo que vimos a referir, “a depressão e o IMC não apresentam uma associação significativa, embora os valores médios tendem a diminuir e chegam mesmo a ser inferiores para os indivíduos com peso excessivo, enquanto o valor médio superior se verifica para a categoria magreza.” RAPOSO et al (2009).

No nosso estudo podemos observar que 71,1% da nossa amostra não pratica exercício físico, com valores mais elevados nas mulheres (78,1%), e 63,3% apresentam um IMC classificado de “excesso de peso” com valores também mais elevados no sexo feminino (59,4%).

Quando estudamos a relação existente entre o IMC dos inquiridos e os valores de depressão, na nossa amostra, podemos observar que é no sexo feminino que a depressão (Média=4,87), a não prática de exercício físico (78,1%), e o excesso de peso (59,4%), assume valores mais elevados. Podemos, desta forma, estar de acordo com os autores acima referidos.

Quando relacionamos o BES com a prática do exercício físico regular, não encontramos significância estatística, ou seja, não encontramos relação entre esta variável, pertencente ao grupo por não denominado variáveis de estilos vida e o bem-estar subjetivo. Porém durante a nossa pesquisa bibliográfica, alguns autores como Seligman (2008) defendiam que a prática de exercício físico regular é considerado um fator importante no bem-estar físico e psíquico.

VIEIRA e JESUS (2006) apresentaram um estudo realizado em contexto português, mais concretamente entre 526 professores, 66,5% do sexo feminino e 33,5% do sexo masculino, onde foram estudadas as “relações entre o bem-estar subjetivo, os objetivos profissionais e a motivação dos professores portugueses.” Nessa amostra, puderam verificar que as mulheres apresentavam diferenças significativas ( $p \leq 0,05$ ) na componente cognitiva do BES, “satisfação com a vida” ( $t=2,409$ ;  $p=0,016$ ). No mesmo estudo, verificou-se que são as mulheres que apresentam médias mais baixas no que concerne aos Afetos positivos

(37.50 vs 38.43) e valores mais elevados de Afetos negativos relativamente ao sexo masculino. (17,49 vs 16.50). Estas diferenças não são, contudo, significativas.

Todavia, convém referir que as depressões prevalecem mais no sexo feminino conforme se pode verificar na nossa pesquisa, o que confirma também os resultados práticos que encontramos.

De acordo com os nossos resultados, podemos afirmar que o nível económico influencia o BES. Estudos anteriores por nós consultados e citados, apontavam para uma fraca relação entre rendimentos e o bem-estar. Os resultados a que chegámos poderão revelar uma mudança de paradigma socio-económico, a que não será estranha a crise que assola o planeta. Mais, esta constatação é sinal inequívoco da atualidade da nossa dissertação.

Ao terminar este capítulo, temos a perfeita noção da relação estrita existente entre o suporte teórico e a investigação empírica no que concerne as duas temáticas complementares que temos vindo a aprofundar. No entanto, julgamos que a riqueza científica reside, não apenas nas similaridades e nos aspetos comuns e sobreponíveis, mas também, e sobretudo, nas *nuances* que encontramos e explanámos.



## 7 - CONCLUSÃO

Chegámos ao momento de terminarmos o presente estudo que nos fez debruçar, de uma forma profunda, nas temáticas do bem estar subjetivo e da doença cardíaca.

Sabíamos, *à priori*, que o estudo das emoções positivas se tem tornado cada vez mais frequente, no campo da ciência. O “bem-estar subjetivo” passou a despertar um grande interesse em teóricos e pesquisadores. Nas suas investigações e estudos, estes investigadores procuram ampliar os seus conhecimentos sobre as contribuições dos aspetos positivos no dia a dia dos indivíduos. Também nós, durante este tempo de pesquisa e investigação, procurámos alargar os conhecimentos subjacentes a esta temática, quer no campo da bibliografia consultada, quer no terreno, nos momentos de concretização da investigação empírica.

Estamos convictos de que este estudo acarreta, no seu âmago, uma perspetiva atraente para todos os que acreditam na importância do Afeto positivo, como uma das componentes afetivas do BES. Paralelamente, julgamos que este tipo de estudo permitiu uma abordagem que procurou compreender o ser humano a partir das suas potencialidades, ao invés das suas fraquezas, como o que tem acontecido em grande parte dos estudos que se têm realizado até ao momento. Imbuídos desta visão, decidimos centrar e desenvolver o nosso estudo na população com doença cardíaca e fragilizada pelo internamento numa unidade de cuidados intensivos coronários.

Durante o nosso estudo, conseguimos comprovar que os enfermeiros têm um impacto significativo sobre a saúde cardiovascular. Como maior grupo de prestadores de cuidados de saúde, os enfermeiros são frequentemente os primeiros e o pontos mais consistentes de contato nos cuidados de saúde. Possuem muitas oportunidades para aconselhar os indivíduos sobre os fatores de risco e, por outro lado, incentivar a prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares. A prevenção pode incluir mudanças dos estilos de vida, tais como o aumento da atividade física e nutrição melhorada, bem como terapias farmacológicas que permitam a redução da pressão arterial e da hiperlipidémia. Efetiva e indubitavelmente temos consciência de que necessário ajudar os indivíduos de forma a diminuir os fatores de risco para doenças cardiovasculares. Entre outros, sabemos que “parar de fumar” é fundamental.

Outro aspeto que podemos concluir durante o nosso “caminho” teórico, é que os estudos sobre a doença cardiovascular na mulher podem fornecer informações valiosas sobre as características únicas de doenças cardíacas em mulheres. Em fevereiro de 2011, a

American Heart Association (AHA) atualizou as orientações de prevenção da doença cardíaca para as mulheres em três pontos fulcrais: entender os fatores pessoais e socio-económicos como fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento das doenças cardíacas; incluir doenças como a lúpus, a artrite reumatóide e complicações na gravidez, como risco de doença cardíaca; ajudar as mulheres e os seus médicos a entender os riscos e tomar as medidas práticas que podem ser mais eficazes na prevenção de doenças cardíacas.

Para além das conclusões decorrentes da leitura e análise da bibliografia consultada, devemos dar, neste momento, ênfase especial às conclusões a que a investigação nos levou. Deste modo, os parágrafos seguintes procuram sintetizar os resultados decorrentes da investigação no terreno.

No que concerne às variáveis **socio-demográficas**, ressalvamos que o sexo masculino apresenta ordens médias mais elevadas, que o feminino no que se refere aos Afetos positivos, Afetos negativos e balanço afetivo, porém, as diferenças não são estatisticamente significativas, o que traduz, deste modo, uma relação de independência entre as variáveis em estudo.

Por outro lado, podemos afirmar que os indivíduos solteiros apresentam índices mais elevados tanto de afetos positivos como negativos do que os indivíduos casados ou em união de facto sem, contudo, se verificarem significâncias estatísticas o que se traduz a não relação entre as variáveis em estudo.

Podemos, ainda, referir que o bem estar subjetivo apresenta maior ordenação média nos afetos positivos para os mais jovens, enquanto os afetos negativos são sentidos mais pelos participantes no estudo com idades compreendidas entre os 71 a 78 anos.

Inferimos, neste contexto, que os afetos positivos e o balanço afetivo é influenciado pela idade, o que confirma parcialmente a hipótese formulada.

Podemos, igualmente, inferir que, nos afetos positivos, observa-se significância estatística nos que possuem entre o 5º e o 12º anos de escolaridade ( $p=0,021$ ). Em contrapartida, os Afetos negativos também são observados mas sem significância estatística, neste grupo, enquanto o índice mais elevado do balanço afetivo recai entre os que possuem a licenciatura. Em suma, decorrente dos resultados obtidos, podemos afirmar que os afetos positivos diferenciam-se face às habilitações literárias.

Outra conclusão obtida, prende-se com o facto comprovado de que os residentes na cidade apresentarem índices mais elevados de afetos positivos e negativos, todavia, menores em relação ao balanço afetivo, comparativamente aos residentes na vila ou aldeia. Efetivamente, é entre os habitantes da aldeia que se observa um balanço afetivo mais

elevado. Deste modo, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas pelo que somos levados a inferir que esta variável não é preditora do bem-estar subjetivo.

Ao mesmo tempo, podemos ressaltar que os indivíduos que auferem maior rendimento mensal têm melhores afetos positivos, revelando, assim, significância estatística face aos outros grupos ( $p=0,018$ ). Por sua vez, os participantes no estudo de rendimento intermédio são os que apresentam, contudo de forma não significativa, mais afetos negativos.

Um aspeto fulcral dos resultados obtidos, prende-se com o facto de que o rendimento mensal estabelece relação com os afetos positivos, comprovando a hipótese no que respeita a esta variável.

No tocante à situação laboral, as ordenações médias sugerem mais afetos positivos e balanço afetivo para os que se encontram na situação de empregado, enquanto os afetos negativos se observam nos desempregados.

De salientar, também, que os nossos resultados indicam que os doentes cardíacos, inseridos em famílias com disfunção acentuada, são os que apresentam maior índice no que respeita aos afetos positivos e aos negativos, enquanto que o balanço afetivo, por sua vez, é mais elevado naqueles que possuem famílias altamente funcionais. Dado que as diferenças não são estatisticamente significativas não comprovámos a hipótese formulada.

Relativamente às **variáveis clínicas** do nosso estudo, podemos afirmar que a existência de internamentos anteriores não afetam o BES.

Depreendemos que os obesos apresentam mais afetos positivos e melhor balanço afetivo comparativamente aos indivíduos que possuem peso normal.

Realçamos que existe relação entre o bem-estar subjetivo e a limitação física. De facto, os participantes no nosso estudo que apresentam limitações físicas nas atividades quotidianas, apresentam mais Afetos positivos e com significância estatística. Neste contexto, podemos afirmar, que estamos perante uma confirmação parcial da nossa hipótese formulada, apenas para os Afetos positivos.

No que concerne às variáveis psicológicas, observamos no estudo, que a depressão, a ansiedade e a funcionalidade familiar são preditoras dos Afetos negativos.

Não podemos confirmar, na totalidade, que os **estilos de vida**, nomeadamente o exercício físico, o consumo de tabaco, a ingestão de bebidas alcoólicas e de café, influencie o BES.

Admitimos que muitas questões ainda ficam por esclarecer, no que concerne ao complexo fenómeno que é Bem-estar Subjetivo e os fatores que o determinam. Neste campo, estão guardados baús repletos de segredos que, obviamente, serão um “alfobre” profícuo para a investigação científica. E como qualquer “campo de germinação” possui, na sua génese, fortes e desafiadoras potencialidades ao nível da intervenção psicológica em contextos de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Anelise; TROCCOLI, Bartholomeu – **Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjectivo**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol 20, nº 2 (2004) p.153-164

BARROS-Oliveira, José; PINTO, Conceição – **Tópicos de Psicologia positiva numa amostra Portuguesa e Timorense**. *Psychologica*. Coimbra. ISSN 0871-4657. Nºo 39 (2005), p. 227-264

BERTOQUINI, Vitor; PAIS-RIBEIRO – **A estrutura hierárquica e relacional do bem-estar subjectivo, neuroticismo e extroversão**. In: 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro, 2006, p. 15-21. ISBN 972-8400-77-2

CHENG, Sheung-Tak – **Endowment and contras: the role of positive and negative emotions on well-being appraisal**. *Personality and Individual Differences*, 37. (2003) p. 905-915

DINER, Ed – **Subjective Well-Being**. *Psychological Bulletin*. Vol. 95, nº 3 (1984) p. 542-575

DIENER, E., SCOLLON, C. N., , & LUCAS, R.E: - **The evolving concept of Subjective Well-Being: The multifacet nature of happiness**. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15

FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTE, José; FILION, Françoise – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures. (2009) Lusodidacta.

FARIA Campos de Sousa, Maria Cristina – **Promoção do bem-estar na infância**. In: 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro, 2006, p. 29-35. ISBN 972-8400-77-2

FONTE, Carla; FREIRE, Teresa – **Experiências óptimas (flow), qualidade de vida e bem-estar no desenvolvimento de indivíduos**. In: 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro, 2006, p. 7-13. ISBN 972-8400-77-2

FIQUER, Juliana Teixeira – **Bem-Estar Subjectivo: Influência de variáveis pessoais e situacionais em auto-relato de afectos positivos e negativos**. S. Paulo Universidade

de S.Paulo, 2006. 147 p. Dissertação de mestrado em Psicologia, apresentada ao Instituto Faculdade de Psicologia da Universidade de S. Paulo.

GALINHA, Iolanda Costa; PAIS-RIBEIRO, Luis. - **Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I - Abordagem teórica ao conceito de afecto.** *Aná. Psicológica*. [Em linha]. (abril. 2005), vol.23, no.2 [consult. 18 Janeiro 2011], p.209-218. Disponível em [www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312005000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312005000200011&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0870-8231

GALINHA, Iolanda Costa; PAIS-RIBEIRO, José Luis.- **Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo psicométrico.** *Aná. Psicológica*. [Em linha]. (abril. 2005), vol.23, no.2 [consult. 18 Janeiro 2011], p.219-227. Disponível em [www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312005000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312005000200012&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0870-8231

ANDRÉ, Carlos Metelo - **Qualidade de vida e doença coronária.** Coimbra : Formasau, D. L. 2005. 155 p.. ISBN 972-8485-50-6

BOUDI, F. Brian – **Risk Factors for Coronay Artery Diasease** (2011) [Em linha], [consult. 25 Nov 2011].Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/164163-overview#aw2aab6b2>

CARRAGETA Manuel - **Cardiologia e hipertensão.** In: Mundo Médico. - Lisboa. - Ano 7, n.º39 (Março/Abril 2005), 106p.

Carta Europeia para a saúde do coração (2007) [Em linha], [consult. 15 Outubro 2011]. Disponível em [http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/cartaeuropeiaparaasaudedocoracao\\_pt.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/cartaeuropeiaparaasaudedocoracao_pt.pdf)

FILHO, Raul D. Santos; MARTINE, Tânia L. da Rocha - **Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas.** Arquivo Bras Endocrinol Metab vol.46, no.3. São Paulo(2002). [Em linha], [consult. 10 Nov 2011] disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302002000300002>

GALINHA, Iolanda Costa – **Bem-estar subjetivo: Fatores cognitivos, afetivos e contextuais.** 2ª edição. Lisboa: Placebo Editora, 2010..331 p.. ISBN: 978-989-8463-11-1

GALINHA, Iolanda; PAIS-RIBEIRO, José – **História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. Psicologia, Saúde&Doença.** Vol 6, nº2 (2005) p. 203-214

GARAMBONE, Edna; ROSA Glorimar - **Possíveis benefícios do ácido clorogênico à saúde.** Araraquara (2007) v.18, n.2, p. 229-235. ISSN 0103-4235. [Em linha], [consult. 15 Outubro 2011]. Disponível em <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/158/166>

GASPAR, João Pedro - **Efeitos do sedentarismo a nível cardiovascular: a importância da actividade física na manutenção da saúde.** Aveiro. Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de mestrado em comunicação e educação em ciência apresentada à Universidade de Aveiro. [Em linha], [consult. 15 Outubro 2011]. Disponível em <http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/110/4/sedentarismo.pdf>

GIACOMONI, Claudia Hofheinz – **Bem-estar Subjectivo: em busca da qualidade de vida.** Temas em Psicologia. Vol 12 nº 1 (2004) ISSN 1413-389X

HATCHETT, Richar, THOMPSON, David R.; MULLALLY, Sarah, ed. lit. – **Enfermagem cardíaca: um guia polivalente.** Loures: Lusociência, cop. 2006. XII, 661 p. ISBN 972-8930-12-7

HELLER, Daniel; KOMAR, Jennifer; LEE, Wonkyong Beth Lee – **The Dynamics of Personality States, Goals, and Well-Being.** Personality and Social Psychology Bulletin. (2007) p. 897-910

MONTEIRO, Sara; TAVARES, José; PEREIRA, Anabela – **Estudo das características psicométricas da escala de medida de manifestações de bem-estar.** In: 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro, 2006, p. 58-53. ISBN 972-8400-77-2

NEWBY, David E.; GRUBB, Neil R. – **Cardiologia.** Algés: Edições Médicas, Lda 2005. ISBN 972-8749-16-

NYHA - **Functional Classification for Congestive Heart Failure** [Em linha], [consult. 10 Nov 2011] disponível em <http://www.medicalcriteria.com/criteria/nyha.htm>

PAVOT, William; DINER, Ed – Review of the Satisfaction With Life Scale. Psychological Assessment. Vol 5, nº2 (1993) p. 164-172

PAVOT, William; DINER, Ed – The Subjective Evaluation Of Well-Being In Adulthood: Findings And Implications. Ageing Internacional, Spring. Vol 29, nº 2 (2004) p. 113-135

PESTANA, Maria Helena ;GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS**. 4ª ed. rev. e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. 690 p.. ISBN 972-618-391-X

PINTO, Fausto J. – **Prevenção primária nas doenças cardiovasculares é desígnio mundial**. [Em linha]. (fev. 2011), [consult. 15 Outubro 2011]. Disponível em <http://hospitaldofuturo.org/profiles/blogs/prevencao-primaria-nas-doencas>

PORTO, Celmo Celeno; LEMOS, Arnaldo, ed. lit. - **Doenças do coração : prevenção e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop. 2005. XLVI, 1116 p.. ISBN 85-277-1004-8

Reabilitação cardíaca: Realidade nacional e recomendações clínicas - Publicação da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Junho 2009

Revista “Carta europeia do coração” EDIÇÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA. Jornal Público de 12 02. 2009

ROSENFELD, Lynda E. – **Women and Heart Disease**. Yale University School of Medicine, 1992. (Actualizado em 9 abril 2002) [Em linha], [consult. 10 Nov 2011] Disponível em <http://www.med.yale.edu/library/heartbk/>

RYAN, Richard; DECI, Edward L. – **Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being- American Psychologist**. Vol 55, nº 1 (2000) p. 68-78

SCHAAN , Beatriz D.; REIS André F. - **Doença Cardiovascular e Diabetes** . Arq Bras Endocrinol Metab 2007;51/2 ISSN 0004-2730 [Em linha], [consult. 25 Nov 2011].Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abem/v51n2/02.pdf>

SELIGMAN, Martin – **Felicidade Autêntica** . Os princípios da psicologia positiva. Pergaminho. Cascais.(2008) ISBN 978-711-633-1

SILVA, Isabel – **Optimismo, saúde, bem-estar subjectivo e qualidade de vida**. In: 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro, 2006, p. 1-6. ISBN 972-8400-77-2

SIQUEIRA Matias, Mirlene Maria [ et al] – **A interface bem-estar subjectivo e bem-estar no trabalho**. In: 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro, 2006, p. 23-28. ISBN 972-8400-77-2

SIQUEIRA Matias, Mirlene Maria [ et al] – **Bem-estar subjectivo e otimismo entre universitários**. . In: 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro, 2006, p. 37-41. ISBN 972-8400-77-2. 15

THELAN, Lynne A.; DAVIE, Joseph K.; URDEN, Linda D. – **Enfermagem em cuidados intensivos – diagnóstico e intervenção**. ISBN 972-95399-1-X

VASCONCELOS-RAPOSO, J., FERNANDES, H.M., MANO, M.*et al.*- **Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal**. (jan. 2009), vol.5, no.1, p.21-32. ISSN 1646-107X. [Em linha], [consult. 10 Nov 2011] disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/mot/v5n1/v5n1a03.pdf>

VIEIRA, Luís Sérgio; JESUS, Saul Neves - **Relações entre o bem-estar subjectivo, os objectivos profissionais e a motivação dos professores portugueses**. Actas da XI Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos: Braga (2006)

VIEIRA. Luis Sérgio; MASCARENHAS, Suely; JESUS Neves de, Saúl – **O bem-estar subjectivo dos professores: Estudo comparativo (Portugal e Brasil)**. In: 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro, 2006, p. 43-51. ISBN 972-8400-77-2.

VITTERSO, Joar; OELMANN, Hella; Wang – Life Satisfaction is not a Balanced Estimator of the Good Life: Evidence from Reaction Time Measures and Self-Reported Emotions. J. Happiness Stud. (2007)

WATSON, David; CLARK, Lee Anna – The PANAS-X. Manual for the Positive and Negative Affect Schedule – Expanded Form. (1994) p. 1-24



## APÊNDICES



## **APÊNDICE 1**

### **OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS**



### Apegar Familiar

Para a operacionalização desta variável, utilizamos a escala de apegar familiar elaborada por Smilkstein (1978) citada por Azeredo e Matos (1989), constituída por 5 perguntas que quantificam a percepção de que o indivíduo tem do funcionamento da sua família. Cada pergunta tem três possibilidades de resposta, a que correspondem as seguintes pontuações: “*quase sempre*” - 2 pontos; “*algumas vezes*” - 1 ponto; “*quase nunca*” - 0 pontos. O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas como se pode verificar no quadro.

**Quadro 8** - Classificação do Apegar Familiar

Apegar familiar	Pontuação
Família altamente funcional	7 - 10
Família de moderada disfunção	4 - 6
Família de disfunção acentuada	0 - 3

Acresce referir que se entende como família todo(s) indivíduo(s) com que o utente habitualmente vive. Se viver só, considera-se “família” todos aqueles com quem mantém laços afectivos mais intensos. O Apegar Familiar é aplicado quando existir doença grave, crónica ou incapacitante em qualquer elemento da família.

### Operacionalização dos diagnósticos de cardiologia

Na sequência de uma forma mais clara da compreensão de dados, no que concerne aos diagnósticos cardíacos encontrados, foram sistematizados em sete grupos, segundo Newby, et al (2005). Estes grupos são:

#### 1- **Cardiopatia Isquémica** que inclui as doenças cardíacas:

- Angina estável crónica;
- Síndromes coronárias agudas que, por sua vez, englobam a:
  - Angina instável e enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST;
  - Enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST.

#### 2- **Valvulopatias** que inclui as doenças cardíacas:

- Valvulopatia aórtica – estenose aórtica ou insuficiência aórtica;
- Valvulopatia mitral – estenose mitral ou insuficiência mitral;
- Valvulopatia tricúspide e pulmonar;
- Endocardite infecciosa.

**3- Insuficiência cardíaca e cardiopatias** que inclui as doenças cardíacas:

- Insuficiência cardíaca aguda;
- Insuficiência cardíaca crónica;
- Cardiopatia : dilatada, hipertrófica, ou restritiva.

**4- Arritmias** que inclui as doenças cardíacas:

- Bradicardias;
- Fibrilhação e flutter auricular;
- Taquicardias supra-ventriculares;
- Taquicardias ventriculares.

**5- Doenças vasculares** que inclui as doenças cardíacas:

- Hipertensão;
- Hipertensão maligna;
- Doença cerebrovascular e vascular periférica;
- Dissecção e aneurismas da aorta;
- Tromboembolismo pulmonar.

**6 - Cardiopatias congénitas**

**7 - Patologia do pericárdio e endocardio** que inclui as doenças cardíacas:

- Pericardite aguda;
- Pericardite constrictiva;
- Derrame pericárdio;
- Tumores cardíacos;

## Limitação física

Existem inúmeras manifestações clínicas, conjunto de sinais e sintomas, que nos podem alertar, precocemente para a existência de doença cardíaca. Grande número de doentes do foro cardíaco apresentam sinais de sobrecarga hídrica e congestão pulmonar, que inclui sintomas como dispneia, ortopneia e dispneia paroxística. Os doentes com insuficiência ventricular direita apresentam distensão da veia jugular, edemas periféricos, hepatoesplenomegália e ascite. Os que apresentam baixo débito cardíaco podem apresentar sintomas como a fadiga, a intolerância ao esforço, a caquexia e a hipoperfusão renal. O esquema de classificação funcional da New York Heart Association (NYHA), geralmente é utilizado para avaliar a severidade das limitações funcionais, correlacionando-as com o prognóstico.

**Quadro 9 – Classificação funcional da insuficiência cardíaca**

Classe NYHA	Sintomatologia
<b>I (Leve)</b>	Nenhuma limitação na atividade física. A atividade física comum não causa fadiga indevida, palpitações ou dispneia.
<b>II (Leve)</b>	Limitação ligeira da actividade física. Confortável em repouso, mas a normal atividade quotidiana (como andar rápido, subir escadas, carregar compras) resulta em fadiga, palpitações ou dispneia
<b>III (Moderada)</b>	Acentuada limitação da atividade física. Confortável em repouso, mas menos do que a normal atividade quotidiana (tomar banho, vestir-se, cuidar da higiene pessoal) causa fadiga, palpitações ou dispneia
<b>IV (grave)</b>	Severas limitações da atividade física. Incapaz de realizar qualquer atividade quotidiana sem desconforto. Sintomas de insuficiência cardíaca em repouso. Qualquer atividade física é realizada, o desconforto é aumentado.

Fonte: NYHA - Functional Classification for Congestive Heart Failure. Adaptado.

## Índice de Massa Corporal – IMC

O IMC (ou índice de massa corporal) foi criado para uma melhor orientação sobre o peso em relação a sua altura, resumindo, se a pessoa está gorda ou magra.

O IMC é uma fórmula matemática com o objetivo de identificar a magreza excessiva ou a obesidade mórbida.

O cálculo consiste na fórmula:  $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$

Segundo os resultados encontrados, e em conformidade com o quadro abaixo podemos obter a classificação do IMC

**Quadro10 – Classificação do IMC**

IMC	Classificação
< 18,5	Excesso de Magreza
18,5 - 25	Peso Normal
25 - 30	Excesso de Peso
30 - 35	Obesidade (Grau I)
35-40	Obesidade (Grau II)
>40	Obesidade (Grau III)

**Fonte:** OMS. Adaptado

**Escala Afeto Positivo e Afeto Negativo Estado (PANAS)**

Para estudar o **Afeto Positivo e Afeto Negativo Estado** utilizou-se a escala acima referida de nome original “Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS; Watson, Clarck & Tellegen, 1988, com adaptação portuguesa de Galinha & Ribeiro, 2005). O instrumento constitui-se como uma medida específica da dimensão afetiva do BES e mede em que medida os indivíduos sentem, no presente, dez emoções positivas e dez emoções negativas específicas, numa escala de cinco pontos, de: “nada ou muito ligeiramente”; a “extremamente”.

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Tempos de resposta utilizados pelos autores podem variar desde “agora”, ou seja, “neste momento”, “hoje”, “durante a última semana”, “durante as últimas semanas”, “durante o último ano” e “geralmente, ou seja, em média”. No nosso estudo escolhemos a primeira opção.

Relativamente aos afetos positivos, os adjetivos que o traduzem são: *interessado, excitado, agradavelmente surpreendido, caloroso, entusiasmado, orgulhoso, encantado, inspirado, determinado e ativo*.

Os afetos negativos são traduzidos pelos adjetivos: *perturbado, atormentado, culpado, assustado, repulsa, irritado, remorsos, nervoso, trémulo e amedrontado*. A cotação desta escala, consiste na média aritmética dos dez itens de cada escala. Para calcular o balanço afetivo subtraiu-se a escala de afeto negativo à escala de afeto positivo.

A PANAS é uma das escalas de afeto mais amplamente utilizadas e validadas em vários países, demonstrando elevada estabilidade e consciência interna (Watson e tal., 1988). A versão portuguesa revelou uma consistência interna (alpha de Cronbach) de 0,86

para a escala de Afeto Positivo e de 0,89 para a escala de Afeto Negativo. Tal como era esperado, em semelhança à escala original, a correlação entre a escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo situou-se perto do zero (-0,10), indicando a tendência de independência entre as sub-escalas de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (Galinha & Ribeiro, 2005).

### **Escala de Ansiedade, Depressão, e Stress**

Para avaliar a **Ansiedade, Depressão, e Stress** foi utilizada a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1955, adaptada para o português por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004b) A EADS-21 foi originalmente construída com base na teoria do modelo tripartido. Este modelo pretende clarificar a relação entre a Ansiedade e a Depressão e postula uma estrutura e três grupos de sintomas distintos: sintomas específicos da Ansiedade; sintomas específicos da Depressão e sintomas inespecíficos, comuns à Ansiedade e Depressão, como a insónia. Cada variável é medida por sete itens. A validação para a população portuguesa revelou uma estrutura semelhante à da original. A consistência interna (alfa de Cronbach) da versão portuguesa foi de 0,85 para a sub-escala de Depressão, 0,47 para a sub-escala de Ansiedade e 0,81 para a sub-escala de *Stress*. A escala de 21 itens esteve fortemente correlacionada com a escala de 41 itens e correlação entre as três sub-escalas foi semelhante nas duas versões da escala (Pais-Ribeiro, *et al.*, 2004).

Esta escala consiste num conjunto de palavras em que os indivíduos respondem em que medida cada frase se aplica a si próprio durante o último mês, numa escala de quatro pontos: (1) «não se aplicou a mim»; a (4) «aplicou-se a mim a maior parte do tempo». As perguntas número 3,5,10,13,16,17,21. São relacionadas com a depressão; as perguntas número 2,4,7,9,15,19,20, dizem respeito à ansiedade. As restantes (1,6,8,11,12,14,18) são indicadoras de *stress*.

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas, em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.

Para a escala de depressão, na versão de 7 itens, os valores variaram entre 0,55 e 0,72 com valores dominantes na casa dos 0,60. Para a escala de ansiedade os valores variaram entre 0,34 e 0,57 com valores dominantes na casa dos 0,50. Para escala de *stress* os valores variaram entre 0,44 e 0,69 com valores dominantes na casa dos 0,50.



## APÊNDICE 2

### TABELAS DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

**Tabela 1** – Estatísticas relativas à idade

**Tabela 2** - Caracterização sócio-demográfica da amostra em função do gênero

**Tabela 3** – Profissão atual



**Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade**

Idade \ Sexo	N	Min.	Max.	$\bar{x}$	Dp	CV(%)	SK/ERRO	K/ERRO	K/S
Masculino	58	20	88	63.02	16.23	25.75	-1.996	-0.255	<b>0.200</b>
Feminino	32	28	86	66.25	14.99	22.62	-1.611	-0.032	<b>0.200</b>
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>20</b>	<b>88</b>	<b>64.17</b>	<b>15.79</b>	<b>24.60</b>	<b>-2.539</b>	<b>-0.262</b>	<b>0.091</b>

**Tabela 2 - Caracterização sócio-demográfica da amostra em função do género**

Sexo	Masculino (n =58)		Feminino (n =32)		Total (n =90)		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Variáveis</b>								
<b>Grupo etário</b>								
<= 48 anos	14	24.1	4	12.5	18	20.0	<b>1.3</b>	-1.3
49 – 61 anos	10	17.2	7	21.9	17	18.9	-0.5	<b>0.5</b>
62 – 70 anos	12	20.7	7	21.9	19	21.1	-0.1	0.1
71 – 78 anos	11	19.0	6	18.8	17	18.9	0.0	0.0
>= 79 anos	11	19.0	8	25.0	19	21.1	-0.7	0.7
<b>Estado Civil</b>								
Solteiro	5	8.6	3	9.4	8	8.9	-0.1	<b>0.1</b>
Casado	44	75.9	16	50.0	60	66.7	<b>2.5</b>	-2.5
Divorciado	4	6.9	3	9.4	7	7.8	-0.4	0.4
Viúvo	5	8.6	10	31.3	15	16.7	-2.8	<b>2.8</b>
<b>Estado civil (recodificado)</b>								
Solteiro/viúvo/divorciado	14	24.1	16	50.0	30	33.3	-2.5	<b>2.5</b>
Casado/união de facto	44	75.9	16	50.0	60	66.7	<b>2.5</b>	-2.5
<b>Residência</b>								
Aldeia	26	44.8	11	34.4	37	41.1	<b>1.0</b>	-1.0
Vila	11	19.0	8	25.0	19	21.1	-0.7	0.7
Cidade	21	36.2	13	40.6	34	37.8	-0.4	<b>0.4</b>
<b>Habilitações literárias</b>								
Sabe ler e escrever	11	19.0	7	21.9	18	20.0	-0.3	<b>0.3</b>
4º classe (ensino básico)	25	43.1	14	43.8	38	43.3	-0.1	<b>0.1</b>
9º ano escolaridade	10	17.2	3	9.4	13	14.4	<b>1.0</b>	-1.0
Ensino secundário	6	10.3	3	9.4	9	10.0	0.1	-0.1
Bacharelato	2	3.4	3	9.4	5	5.6	-1.2	<b>1.2</b>
Ensino Superior	4	6.9	2	6.3	6	6.7	<b>0.1</b>	-0.1
<b>Hab literárias (recodificado)</b>								
Até 4º classe	36	6.1	21	65.6	57	63.3	-0.3	<b>0.3</b>
5º - 12º anos	16	27.6	6	18.8	22	24.4	<b>0.9</b>	-0.9
Superior	6	10.3	5	15.6	11	12.2	-0.7	<b>0.7</b>
<b>Rendimento mensal</b>								
Inferior a 485 euros	32	55.2	15	46.9	47	52.2	0.8	-0.8
Entre 485 – 970 euros	13	22.4	12	37.5	25	27.8	-1.5	<b>1.5</b>
Entre 970 – 1455 euros	9	15.5	-	0.0	9	10.0	<b>2.3</b>	-2.3
Entre 1455 – 1940 euros	3	5.2	4	412.5	7	7.8	-1.2	<b>1.2</b>
Superior a 1940 euros	1	1.7	1	3.1	2	2.2	-0.4	0.4
<b>Rend.mensal (recodificado)</b>								
Inferior a 485 euros	32	55.2	15	46.9	47	52.2	<b>0.8</b>	-0.8
>= 485 <970	13	22.4	12	37.5	25	27.8	-1.5	<b>1.5</b>
>= 970 euros	13	22.4	5	15.6	18	20.0	0.8	-0.8
<b>Situação profissional</b>								
Empregado activo	18	31.0	8	25.0	20	28.9	<b>0.6</b>	-0.6
Desempregado	3	5.2	-	0.0	3	3.3	1.3	-1.3
Aposentado (reformado)	34	58.6	23	71.9	57	63.3	-1.2	<b>1.2</b>
Baixa médica	1	1.7	1	1.7	2	2.2	-0.4	<b>0.4</b>
Outro	2	3.4	-	0.0	2	2.2	<b>1.1</b>	-1.1

**Tabela 3 – Profissão**

Profissão	Sexo		Masculino n=58		Feminino n=32		Total n=90	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1-Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	1	5.6	-	0.0	1	3.8		
2- Especialistas das atividades intelectuais e científicas	2	11.1	3	37.5	5	19.2		
3- Técnicos e profissões de nível intermédio								
4- Pessoal administrativo	4	22.2	-	0.0	4	15.4		
5- Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	-	0.0	2	25.0	2	7.7		
6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	2	11.1	1	12.5	3	11.5		
7- Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artifices	3	16.7	2	25.0	5	19.2		
8- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	2	11.1	-	0.0	2	7.7		
9- Trabalhadores não qualificados	2	7.7	-	0.0	2	7.7		
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>		

## **APÊNDICE 3**

### **INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**



Ho como Director de Cardiologia e chefe do Departamento de Cardiologia e chefe Coordenador de Cardiologia para informar.



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

1/03/11 Prof. Aclimato

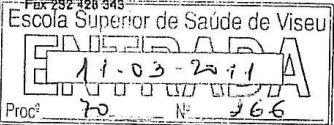
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102

3500-843 VISEU

Telf. 232 419 100

Telam. 961 011 800

Fax 232 420 343



Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
Hospital São Teotónio, EPE  
Av. do Rei D. Duarte  
3504-509 VISEU

Autorização  
INFORME-SE.  
11/03/11

Handwritten notes: 0.2) Ao conselho de coordenação da faculdade...

Vossa Referência	
Ofício nº:	Data:
Processo:	
Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS	

Nossa Referência	
Ofício nº: 226	Data: 24/02/2011
Processo: 70	

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a desenvolver um trabalho subordinado ao tema "Satisfação do Doente cardíaco com os Cuidados de Enfermagem". Trata-se de um estudo de enorme relevância para o levantamento das reais necessidades de saúde dos referidos doentes. O estudo segue uma vertente descritiva e exploratória e tem como objectivo: Caracterizar a Satisfação do Doente cardíaco com os Cuidados de Enfermagem

A população alvo do estudo é constituída por doentes internados na UCIC/Cardiologia. Será pedida a colaboração aos doentes a incluir no estudo, após a apresentação da finalidade do mesmo, e, garantida a confidencialidade e anonimato das declarações, sendo aplicado pelos estudantes do referido curso. Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante os meses de Fevereiro e Março de 2011.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição. Mais informamos que o Professor António Madureira Dias é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

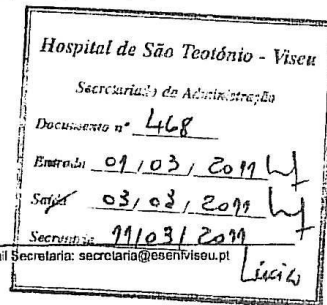
Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção dispensada, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

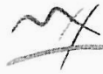
O Presidente da ESSV,

Prof. Doutor João Carvalho Duarte  
(Prof. Coordenador)

AM/AL







Centro Hospitalar de  
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA

Escola Superior de Saúde de Viseu

13-7-2011

FD

FIR

Prof. Rodrigues

Exm<sup>o</sup>(<sup>as</sup>) Senhor(<sup>as</sup>)  
Prof. Dr. Carlos Pereira  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102  
3500-843 Viseu

**ASSUNTO:** Pedido de colheita de dados para desenvolvimento de um estudo

Após parecer emitido pela Comissão Ética em 08/06/2011, o Conselho de Administração em 28/06/2011, decidiu autorizar o pedido da Escola Superior de Saúde de Viseu para a aluna Melânia Cristina Correia Silva efectuar um estudo de investigação sobre o tema - "Satisfação do Doente cardíaco com os cuidados de enfermagem".

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 5 de Julho de 2011

At. (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k) (l) (m) (n) (o) (p) (q) (r) (s) (t) (u) (v) (w) (x) (y) (z)

14-07-2011

O Presidente do  
Conselho de Administração

Carlos Vaz

/HV





COD: \_\_\_\_\_

**Área científica:** Médico Cirúrgica

**Investigador Principal:** António Madureira

**Investigador Colaborador:** Cristina Martins

**Curso:** I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica **Ano:** 2010/11

**Estudo:** “O bem-estar subjetivo nos doentes cardíacos”

## Consentimento

Declaro ter conhecimento do estudo a desenvolver pelas investigadoras sobre “Satisfação da pessoa com doença cardíaca com os cuidados de Enfermagem na UCIC”, tendo-me sido apresentada a sua finalidade.

Aceito participar neste estudo, dando resposta aos questionários que me apresenta e autorizo a utilização dos dados.

Foi-me garantida a confidencialidade das declarações e sei que posso recusar participar, a qualquer momento, sem estar sujeito a qualquer tipo de consequência.

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

O Entrevistado: \_\_\_\_\_

A investigadora: \_\_\_\_\_



I – CARATERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Cod \_\_\_\_\_

<p><b>1 - Idade:</b> ____ anos</p> <p><b>2 - Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p><b>3 - Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União de facto</p> <p><b>4 - Residência:</b> <input type="checkbox"/> Aldeia <input type="checkbox"/> Vila <input type="checkbox"/> Cidade</p>	<p><b>5 - Habilitações literárias:</b> <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 4ª Classe <input type="checkbox"/> 12º Ano <input type="checkbox"/> Bacharelato <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p><b>6 – Rendimento mensal (ilíquido):</b> <input type="checkbox"/> Inferior a 485 € (ordenado mínimo) <input type="checkbox"/> Entre 485 a 970 € <input type="checkbox"/> Entre 970 a 1455 € <input type="checkbox"/> Superior a 1455 a 1940 € <input type="checkbox"/> Superior a 1940 €</p> <p><b>7 – Situação Profissional:</b> <input type="checkbox"/> Empregado (Activo). Profissão, qual? _____ <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado (Reformado) <input type="checkbox"/> Baixa Médica <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____</p>
--	--

II – VARIÁVEIS SOCIOFAMILIARES

1 - Com quem vive: \_\_\_\_\_

2 - Escala de Apgar Familiar - SMILKSTEIN (1978) *cit. in* AZEREDO e MATOS (1989)

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1) Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa?			
2) Está satisfeito com a forma como a sua família discute assuntos?			
3) Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4) Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			

III- VARIÁVEIS DE CLÍNICAS

1 - Diagnóstico actual: \_\_\_\_\_

2 - Internamentos anteriores:  Não

Sim. Quantos: \_\_\_\_\_ e em que serviço

3 - Tempo de internamento anterior: \_\_\_\_\_

4 - Tempo de internamento actual: \_\_\_\_\_

**5 - Medicação habitual:**  Nenhuma

Cardíaca     Ansiolíticos     Antidepressiva     Outra \_\_\_\_\_

**6 - Sofre de outras doenças:**  Não

Sim. Qual?  HTA     Diabetes     Hiperdislipidémia     Outra \_\_\_\_\_

**7 - Tem um familiar com doença cardíaca?**

Não

Sim. Qual? \_\_\_\_\_, Grau de parentesco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Grau de parentesco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Grau de parentesco \_\_\_\_\_

**8 - Responda de acordo com a sua limitação física** (selecione apenas uma afirmação)

- Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras
- Limitação física para actividades quotidianas (andar rápido, subir escadas, carregar compras)
- Acentuada limitação física para actividades simples (tomar banho, se vestir, higiene pessoal) Confortável somente no repouso
- Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso

(Classificação Funcional, NYHA)

**9 - Considera-se:**  Magro                       Normal                       Gordo

**9.1 - Medidas antropométricas:** Peso \_\_\_\_\_ Kg

Altura \_\_\_\_\_ cm

Perímetro abdominal \_\_\_\_\_ cm

**10 - Pratica exercício físico / desporto:**

Não

Sim. Qual?  Natação     Atletismo     Caminhadas     Outro \_\_\_\_\_

Em média, quantas horas pratica por:  Dia: \_\_\_\_\_ horas

Semana: \_\_\_\_\_ horas

Mês: \_\_\_\_\_ horas

**11 - É fumador:**  Não

Sim. **Em média, quantos cigarros fuma por dia:** \_\_\_\_\_ cigarros

**Se é ex-fumador, há quanto tempo deixou de fumar?** \_\_\_\_\_ meses

**12 - Costuma tomar café:**  Não

Sim. **Em média, quantos cafés toma por dia:** \_\_\_\_\_ café(s)

**13 - Costuma consumir bebidas alcoólicas:**

Não

Sim. **Que tipo de bebidas** \_\_\_\_\_

**Se sim, bebe**  Ocasionalmente, em média \_\_\_\_\_ (copo de 0.20ml)

Semanalmente, em média \_\_\_\_\_ (copo de 0.20ml)

Diariamente (às principais refeições), em média \_\_\_\_\_ (copo de 0.20ml)

#### IV - QUESTIONÁRIO DE BEM-ESTAR (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada. Indique em que medida sente cada uma das emoções agora, ou seja, neste momento.

	Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Interessado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Perturbado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Excitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Atormentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Agradavelmente surpreendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Culpado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Assustado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Caloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Repulsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Entusiasmado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Orgulhoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Irritado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Encantado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Remorsos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Inspirado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Determinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Trémulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Amedrontado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## V - ESCALAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS (EADS)

(Lovibond, P., & Lovibond, S, 1995)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo  refira aquela que se aproxima mais da forma como se sente.

A classificação é a seguinte:

0 – Não se aplicou nada a mim

1 – Aplicou-se a mim algumas vezes

2 – Aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1- Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2- Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3- Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4- Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5- Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6- Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7- Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8- Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9- Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10- Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11- Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12- Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13- Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14- Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15- Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16- Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17- Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18- Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19- Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20- Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21- Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

## APÊNDICE 4

### ESTUDO PSICOMÉTRICO DAS ESCALAS BES E EADS-21

**Tabela 4** - Consistência interna da escala PANAS

**Tabela 5** - Consistência interna da escala PANAS

**Tabela 6** - Correlação dos itens com as sub-escalas dos afectos positivos e negativos

**Tabela 7** – Consistência interna da escala ansiedade, depressão, e stress

**Tabela 8** – Valores de *alfa de cronbach* para as sub-escalas e valor global

**Tabela 9** - Correlação dos itens com a escala de ansiedade, depressão, e stress

**Tabela 10**- Matriz de Correlação de Pearson entre sub-escalas ansiedade, depressão e stress



Tabela 4 – Consistência interna da escala PANAS

	Média	dp	R/item	R <sup>2</sup>	Alpha s/item	H <sup>2</sup>
Interessado	3.08	1.104	0.093	0.470	0.783	0.632
Perturbado	1.81	1.016	0.169	0.462	0.776	0.591
Excitado	1.67	0.835	0.364	0.336	0.763	0.401
Atormentado	1.79	1.065	0.378	0.594	0.762	0.740
Agradavelmente surpreendido	1.59	0.982	0.328	0.386	0.765	0.539
Culpado	1.42	0.834	0.512	0.636	0.755	0.654
Assustado	2.09	1.158	0.285	0.658	0.769	0.756
Caloroso	1.93	1.015	0.308	0.369	0.767	0.615
Repulsa	1.30	0.626	0.519	0.441	0.758	0.338
Entusiasmado	1.90	1.071	0.207	0.538	0.774	0.809
Orgulhoso	2.01	1.107	0.414	0.582	0.759	0.833
Irritado	1.76	0.891	0.371	0.548	0.763	0.551
Encantado	1.60	0.909	0.489	0.567	0.755	0.649
Remorsos	1.32	0.747	0.581	0.674	0.753	0.594
Inspirado	1.72	0.912	0.567	0.615	0.750	0.669
Nervoso	2.27	1.026	0.255	0.527	0.770	0.669
Determinado	2.88	1.120	0.266	0.296	0.770	0.624
Trémulo	2.831.67	0.924	0.570	0.575	0.750	0.656
Activo	1.822.83	1.084	0.209	0.456	0.774	0.664
Amedrontado	1.82	1.034	0.170	0.614	0.776	0.680
<b>Coefficiente Split-half</b>				Primeira metade		0.543
				Segunda metade		<b>0.678</b>
<b>Coefficiente Alpha Cronbach global</b>					<b>0.774</b>	

Tabela 5 – Consistência interna da escala PANAS

	Média	dp	R/item	R <sup>2</sup>	Alpha s/item
<b>Afectos positivos</b>					
Interessado	3.08	1.104	0.483	0.366	0.800
Excitado	1.67	0.835	0.256	0.110	0.819
Agradavelmente surpreendido	1.59	0.982	0.432	0.304	0.804
Caloroso	1.93	1.015	0.464	0.314	0.801
Entusiasmado	1.90	1.071	0.559	0.439	0.791
Orgulhoso	2.01	1.107	0.622	0.493	0.783
Encantado	1.60	0.909	0.607	0.481	0.787
Inspirado	1.72	0.912	0.635	0.555	0.785
Determinado	2.88	1.120	0.439	0.259	0.805
Activo	1.822.83	1.084	0.461	0.409	0.802
<b>Afectos negativos</b>					
Perturbado	1.81	1.016	0.516	0.412	0.847
Atormentado	1.79	1.065	0.629	0.496	0.836
Culpado	1.42	0.834	0.528	0.588	0.845
Assustado	2.09	1.158	0.712	0.623	0.828
Repulsa	1.30	0.626	0.371	0.256	0.856
Irritado	1.76	0.891	0.498	0.431	0.848
Remorsos	1.32	0.747	0.599	0.638	0.841
Nervoso	2.27	1.026	0.558	0.498	0.843
Trémulo	2.831.67	0.924	0.589	0.507	0.840
Amedrontado	1.82	1.034	0.619	0.572	0.837

**Tabela 6 - Correlação dos itens com as sub-escalas dos Afectos positivos e negativos**

Itens	Afectos Positivos		Afectos negativos	
	r	p	r	p
<b>Interessado</b>	0.613	0.000	-0.311	0.003
<b>Perturbado</b>	-0.242	0.021	0.630	0.000
<b>Excitado</b>	0.379	0.000	0.234	0.026
<b>Atormentado</b>	-0.066	0.527	0.727	0.000
<b>Agradavelmente surpreendido</b>	0.556	0.000	0.031	0.770
<b>Culpado</b>	0.177	0.095	0.622	0.000
<b>Assustado</b>	-0.239	0.023	0.797	0.000
<b>Caloroso</b>	0.587	0.000	-0.020	0.848
<b>Repulsa</b>	0.326	0.002	0.456	0.000
<b>Entusiasmado</b>	0.671	0.000	-0.225	0.033
<b>Orgulhoso</b>	0.725	0.000	-0.015	0.888
<b>Irritado</b>	0.028	0.796	0.602	0.000
<b>Encantado</b>	0.695	0.000	0.083	0.438
<b>Remorsos</b>	0.200	0.059	0.673	0.000
<b>Inspirado</b>	0.718	0.000	0.154	0.146
<b>Nervoso</b>	-0.165	0.119	0.666	0.000
<b>Determinado</b>	0.578	0.000	-0.050	0.637
<b>Trémulo</b>	0.196	0.064	0.681	0.000
<b>Activo</b>	0.593	0.000	-0.142	0.182
<b>Amedrontado</b>	-0.324	0.002	0.716	0.000

**Tabela 7 – Consistência interna da escala depressão, ansiedade e stress**

	<b>Média</b>	<b>dp</b>	<b>R/item</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Alpha s/item</b>
22- Tive dificuldades em me acalmar	1.01	0.742	0.318	0.419	0.910
23- Senti a minha boca seca	0.82	0.787	0.118	0.309	0.915
24- Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0.67	0.764	0.417	0.376	0.908
25- Senti dificuldades em respirar	0.92	0.902	0.502	0.561	0.906
26- Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0.78	0.858	0.485	0.543	0.907
27- Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0.88	0.819	0.527	0.532	0.906
28- Senti tremores (por ex., nas mãos)	0.59	0.860	0.652	0.629	0.903
29- Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0.89	0.813	0.630	0.657	0.903
30- Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0.66	0.823	0.558	0.676	0.950
31- Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0.57	0.900	0.666	0.690	0.92
32- Dei por mim a ficar agitado	0.99	0.742	0.640	0.679	0.903
33- Senti dificuldade em me relaxar	1.07	0.859	0.691	0.698	0.902
34- Senti-me desanimado e melancólico	0.84	0.860	0.728	0.707	0.901
35- Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0.78	0.731	0.556	0.562	0.905
36- Senti-me quase a entrar em pânico	0.59	0.777	0.654	0.727	0.903
37- Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0.57	0.750	0.584	0.699	0.905
38- Senti que não tinha muito valor como pessoa	0.47	0.737	0.628	0.727	0.904
39- Senti que por vezes estava sensível	1.06	0.879	0.552	0.485	0.905
40- Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	1.04	0.911	0.242	0.465	0.913
41- Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0.73	0.897	0.681	0.635	0.902
42- Senti que a vida não tinha sentido	0.47	0.796	0.590	0.725	0.904

**Tabela 8 – Valores de alfa de cronbach para as sub-escalas e valor global**

Sub escalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			Correlação Intra classes
		(Split-half)		Total	
		Parte 1	Parte2		
<b>Stress</b>	7	0.737	0.703	0.841	<b>0.841</b>
<b>Ansiedade</b>	7	0.566	0.539	0.719	<b>0.719</b>
<b>Depressão</b>	7	0.739	0.788	0.866	<b>0.866</b>
<b>Valor global</b>	<b>21</b>	<b>0.863</b>	<b>0.814</b>	<b>0.909</b>	<b>0.909</b>

**Tabela 9 - Correlação dos itens com a escala de depressão, ansiedade e stress**

	Itens	Stress		Ansiedade		Depressão	
		r	p	r	p	r	p
1	Tive dificuldades em me acalmar	0.561	0.000	0.335	0.001	0.110	0.304
2	Senti a minha boca seca	0.038	0.722	0.273	0.009	0.198	0.062
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0.345	0.001	0.382	0.000	0.506	0.000
4	Senti dificuldades em respirar	0.391	0.000	0.675	0.000	0.425	0.000
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0.315	0.003	0.399	0.000	0.690	0.000
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0.680	0.000	0.474	0.000	0.366	0.000
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0.580	0.000	0.779	0.000	0.479	0.000
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0.799	0.000	0.571	0.000	0.398	0.000
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0.561	0.000	0.641	0.000	0.406	0.000
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0.458	0.000	0.569	0.000	0.811	0.000
11	Dei por mim a ficar agitado	0.781	0.000	0.584	0.000	0.416	0.000
12	Senti dificuldade em me relaxar	0.833	0.000	0.564	0.000	0.510	0.000
13	Senti-me desanimado e melancólico	0.526	0.000	0.592	0.000	0.855	0.000
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0.677	0.000	0.498	0.000	0.400	0.000
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0.500	0.000	0.695	0.000	0.622	0.000
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0.374	0.000	0.518	0.000	0.735	0.000
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0.441	0.000	0.473	0.000	0.807	0.000
19	Senti que por vezes estava sensível	0.676	0.000	0.440	0.000	0.466	0.000
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0.263	0.012	0.452	0.000	0.150	0.000
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0.610	0.000	0.745	0.000	0.549	0.000
21	Senti que a vida não tinha sentido	0.338	0.001	0.496	0.000	0.807	0.000

**Tabela 10** - Matriz de Correlação de Pearson entre sub-escalas ansiedade, depressão e stress

	Stress	Ansiedade
Ansiedade	0.691***	--
depressão	0.537***	0.659***



## APÊNDICE 5

### TABELAS DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA

#### VARIÁVEIS SOCIO-FAMILIARES

**Tabela 11** - Coabitação em função do sexo

**Tabela 12** - Estatísticas do apegar familiar

**Tabela 13** - Funcionalidade familiar em função do sexo



**Tabela 11 - Coabitação em função do sexo**

Profissão	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	58	64,4	32	35,6	90	100		
Sozinho	8	13.8	7	21.9	15	16.7		
Cônjuge	26	44.8	11	34.4	37	41.1		
Família restrita	20	34.5	11	34.4	31	34.4		
Família alargada	3	5.2	1	3.1	4	4.4		
Institucionalizado/dama de companhia	1	1.7	1	3.1	2	2.2		
Irmão	-	0.0	1	3.1	1	1.1		
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 12 – Estatísticas do apegar familiar**

Sexo	Idade	N	Min.	Max.	$\bar{x}$	Dp	CV(%)	SK/ERRO	K/ERRO	K/S
Masculino		58	0	10	8.14	2.55	31.32	-4.815	2.449	<b>0.000</b>
Feminino		32	4	10	9.06	2.44	26.93	-4.562	4.004	<b>0.000</b>
<b>Total</b>		<b>90</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>8.47</b>	<b>2.28</b>	<b>26.91</b>	<b>-6.897</b>	<b>5.141</b>	<b>0.000</b>

**Tabela 13 – Funcionalidade familiar em função do sexo**

Classificação familiar	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Altamente funcional	48	82.8	30	93.8	78	86.7			-1.5	1.5
Moderadamente funcional	4	6.9	2	6.3	6	6.7			Não aplicavel	
Disfunção acentuada	6	10.3	-	0.0	6	6.7			Não aplicável	
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>				



## APÊNDICE 6

### TABELAS DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA

#### VARIÁVEIS CLÍNICAS

**Tabela 14** - Diagnósticos clínicos

**Tabela 15** - Diagnósticos clínicos (recodificada)

**Tabela 16** – Antecedentes familiares de doença cardíaca

**Tabela 17**– Patologias cardíacas dos familiares

**Tabela 18** - Distribuição dos inquiridos segundo internamentos anteriores

**Tabela 19** - Serviços de internamento

**Tabela 20**– Estatísticas relativas ao tempo de internamento anterior

**Tabela 21** – Estatísticas relativas ao tempo de internamento actual

**Tabela 22** - Distribuição dos inquiridos segundo toma de medicação

**Tabela 23** - Tipo de medicação

**Tabela 24** - Outras patologias associadas

**Tabela 25** – Opinião dos inquiridos sobre as suas limitações físicas



Tabela 14 – Diagnósticos clínicos

Diagnósticos	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Angina Instavel		6	10.3	3	9.4	9	10.0
BAV		2	3.4	4	12.5	6	6.7
Bradicardia		2	3.4	-	0.0	2	2.2
Choque cardiogénico		-	0.0	1	3.1	1	1.1
EAM		34	58.6	16	50.0	50	55.6
EAP		-	0.0	1	3.1	1	1.1
Estenose mitral		-	0.0	1	3.1	1	1.1
FA		2	3.4	1	3.1	3	3.3
ICC		1	1.7	-	0.0	1	1.1
Pericardite		4	6.9	1	3.1	5	5.6
SCA		4	6.9	1	3.1	5	5.6
Taquicardia		2	3.4	1	3.1	3	3.3
TEP		-	0.0	2	6.3	2	2.2
WPW		1	1.7	-	0.0	1	1.1
<b>Total</b>		<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>

Tabela 15 - Diagnósticos clínicos (recodificada)

Diagnósticos	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Cardiopatia Isquémica</b>		40	68,0	20	62,0	60	66,0
<b>Valvulopatias</b>		-	0,0	1	3,1	1	1,1
<b>Insuficiência cardíaca e cardiopatias</b>		5	8,5	2	6,2	7	7,7
<b>Arritmias</b>		9	15,3	6	18,6	15	16,5
<b>Doenças vasculares</b>		-	0,0	2	6,2	2	2,2
<b>Cardiopatias congénitas</b>		-	0,0	-	-	0,0	0,0
<b>Patologia do pericárdio e endocárdio</b>		4	6,8	1	3,1	5	5,5
<b>Total</b>		<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Tabela 16 – Antecedentes familiares de doença cardíaca

Antecedentes familiares	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Não</b>		40	69.0	20	62.5	60	66.7	0.6	-0.6
<b>Sim</b>		18	31.0	12	37.5	30	33.3	-0.6	0.6
<b>Total</b>		<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

Tabela 17 – Patologias cardíacas dos familiares

Patologia cardíaca	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Angina e insuf. Cárdica		-	0.0	1	8.3	1	3.3
Enf, Agudo Miocardio		9	50.0	4	3.3	13	43.3
Hipertensão arterial		-	0.0	1	8.3	1	3.3
Insuf. Cárdica		4	22.2	2	16.7	6	20.0
Várias		1	5.6	-	0.0	1	3.3
Não sabe		4	22.2	4	33.3	8	26.7
<b>Total</b>		<b>18</b>	<b>100.0</b>	<b>12</b>	<b>100.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Tabela 18 – Distribuição dos inquiridos segundo internamentos anteriores**

	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Internamentos anteriores</b>		<b>58</b>	<b>64,4</b>	<b>32</b>	<b>35,6</b>	<b>90</b>	<b>100</b>		
Não		17	29.3	11	34.4	28	31.1	-1.0	<b>1.0</b>
Sim		41	70.7	21	65.6	62	68.9	<b>1.0</b>	-1.0
<b>Total</b>		<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 19 – Serviços de internamento**

Serviços	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
UCI		11	26.8	-	0.0	11	17.7	<b>3.7</b>	-3.7
Outros		30	73.2	21	100.0	51	82.3	-3.7	<b>3.7</b>
<b>Total</b>		<b>41</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>	<b>62</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 20 - Estatísticas relativas ao tempo de internamento anterior**

Idade	N	Min.	Max.	$\bar{x}$	Dp	CV(%)	SK/ERRO	K/ERRO	K/S
Sexo									
Masculino	41	1	90	11.47	14.85	129.46	10.84	27.56	<b>0.000</b>
Feminino	21	1	30	8.24	6.51	79.00	3.92	10.81	<b>0.024</b>
Total	<b>62</b>	<b>1</b>	<b>90</b>	<b>10.24</b>	<b>12.67</b>	<b>123.73</b>	<b>14.51</b>	<b>84.53</b>	<b>0.000</b>

**Tabela 21– Estatísticas relativas ao tempo de internamento actual**

Idade	N	Min.	Max.	$\bar{x}$	Dp	CV(%)	SK/ERRO	K/ERRO	K/S
Sexo									
Masculino	58	1	8	2.83	2.71	4.66	4.914	5.733	<b>0.000</b>
Feminino	32	1	8	2.97	1.37	4.61	3.656	5.543	<b>0.000</b>
Total	<b>90</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>2.88</b>	<b>1.33</b>	<b>4.61</b>	<b>5.965</b>	<b>7.099</b>	<b>0.011</b>

**Tabela 22 – Distribuição dos inquiridos segundo toma de medicação**

Medicação	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Não		12	20.7	5	15.6	17	18.9	1.0	-1.0
Sim		46	79.3	27	84.4	73	81.1	-1.0	1.0
<b>Total</b>		<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 23–** Tipo de medicação

Tipo de medicação	Sexo		Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cardíaca	28	60.9	18	39.1		
Ansiolítica	3	33.3	6	66.7		
Dislipidémica	-	0.0	4	100.0		
Outras	35	64.8	19	35.2		

**Tabela 24 –** Outras patologias associadas

Outras doenças	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Não	23	39.7	8	25.0	31	34.4	3.0	-3.0		
Sim	35	60.3	24	75.0	59	65.6	-3.0	3.0		
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>				

**Tabela 25 –** Opinião dos inquiridos sobre as suas limitações físicas

Limitação física	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Doença cardíaca sem sintomas e limitação</b>	29	50.0	14	43.8	43	47.8	0.6	-0.6		
<b>Limitação física para actividades rotineiras</b>	25	43.1	12	37.5	37	41.1	0.5	-0.5		
<b>Acentuada limitação física</b>	3	5.2	6	18.8	9	10.0	-2.1	2.1		
<b>Severas limitações</b>	1	1.7	-	0.0	1	1.1	Não aplicável			
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>				



## APÊNDICE 7

### TABELAS DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA

#### VARIÁVEIS HÁBITOS DE SAÚDE

**Tabela 26** – Opinião dos inquiridos sobre a sua imagem corporal

**Tabela 27** – Estatísticas relativas ao peso, altura, IMC e perímetro abdominal

**Tabela 28** – Teste t para amostras independentes entre dados antropométricos e sexo

**Tabela 29** – Classificação do IMC em função do sexo

**Tabela 30** – Distribuição dos inquiridos em função do IMC e sexo após recodificação

**Tabela 31** – Relação entre opinião sobre imagem corporal e classificação sobre índice de massa corporal

**Tabela 32** – Relação entre perímetro abdominal e índice de massa corporal

**Tabela 33** – Relação entre perímetro abdominal e sexo

**Tabela 34** – Prática de exercício físico/desporto

**Tabela 35** – Tipo de actividade física/desportiva praticada

**Tabela 36** – Distribuição dos inquiridos segundo o hábito de consumo de tabaco

**Tabela 37** – Distribuição dos inquiridos segundo o hábito do consumo de café

**Tabela 38** – Número de cafés tomados diariamente

**Tabela 39** - Distribuição dos inquiridos segundo os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas.

**Tabela 40**- Tipo de bebidas ingeridas com maior frequência

**Tabela 41** – Hábitos de consumo e estatísticas relativas aos consumos



**Tabela 26 – Opinião dos inquiridos sobre a sua imagem corporal**

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Magro</b>	7	12.1	6	18.8	13	14.4	-0.9	<b>0.9</b>
<b>Normal</b>	40	69.0	19	59.4	59	65.6	<b>0.9</b>	-0.9
<b>Gordo</b>	11	19.0	7	21.9	18	20.0	-0.3	<b>0.3</b>
Total	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 27 – Estatísticas relativas ao peso, altura, IMC e perímetro abdominal**

	Min.	Max.	$\bar{x}$	Dp	CV(%)	SK/ERRO	K/ERRO
Peso	50	119	74.87	15.94	21.29	10.07	<b>25.60</b>
Altura	1.35	1.95	1.66	0.086	5.18	-0.488	<b>3.840</b>
IMC	17.58	44.44	26.84	4.45	16.57	4.874	<b>6.230</b>
Perímetro abdominal	<b>72</b>	<b>200</b>	<b>99.29</b>	<b>17.26</b>	<b>17.38</b>	<b>10.25</b>	<b>25.10</b>

**Tabela 28 – Teste t para amostras independentes entre dados antropométricos e sexo**

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Levene (p)	t	p
		Média	D					
<b>Peso</b>		78.26	15.99	68.72	14.04	0.791	2.822	0.006
<b>Altura</b>		1.70	0.075	1.60	0.071	0.444	5.797	0.000
<b>IMC</b>		26.95	4.097	26.63	5.11	0.205	0.322	0.748
<b>Perímetro abdominal</b>		100.84	18.19	96.47	15.29	0.989	1.154	0.252

**Tabela 29 – Classificação do IMC em função do sexo**

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Baixo peso</b>	1	1.7	1	3.1	2	2.2	Não aplicável	
<b>Peso saudável</b>	19	32.8	12	37.5	31	34.4	-0.5	0.5
<b>Peso em excesso</b>	28	48.3	13	40.6	41	45.6	0.7	-0.7
<b>Obesidade grau 1</b>	8	13.8	3	9.4	11	12.2	-0.6	0.6
<b>Obesidade grau 2 (severa)</b>	1	1.7	2	6.3	3	3.3	Não aplicável	
<b>Obesidade grau 3 (mórbida)</b>	1	1.7	1	3.1	2	2.2	Não aplicável	
Total	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 30 – Distribuição dos inquiridos em função do IMC e sexo após recodificação**

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Peso normal</b>	20	34.5	13	40.6	33	36.7	-0.6	0.6
<b>Excesso de peso</b>	38	65.5	19	59.4	57	63.3	0.6	-0.6
Total	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 31** – Relação entre opinião sobre imagem corporal e classificação sobre índice de massa corporal

	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Magro</b>		10	30.3	3	5.3	13	14.4	3.3	-3.3
<b>Normal</b>		23	69.7	36	63.2	59	65.6	0.6	-0.6
<b>Gordo</b>		-	0.0	18	31.6	18	20.0	-3.6	3.6
Total		<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 32** – Relação entre perímetro abdominal e índice de massa corporal

Perímetro abdominal	IMC	Peso normal		Excesso de peso		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Normal</b>		23	69.7	23	40.4	46	51.1	2.7	-2.7
<b>Obeso</b>		10	30.3	34	59.6	44	48.9	-2.7	2.7
Total		<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 33** – Relação entre perímetro abdominal e sexo

Perímetro abdominal	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Normal</b>		23	63.8	23	40.4	46	51.1	2.7	-2.7
<b>Obeso</b>		10	30.3	34	71.9	44	48.9	-2.7	2.7
Total		<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 34** – Prática de exercício físico/desporto

Actividade física	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Não</b>		39	67.2	25	78.1	64	71.1	-1.1	1.1
<b>Sim</b>		19	32.8	7	21.9	26	28.9	1.1	-1.1
Total		<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 35** – Tipo de actividade física/desportiva praticada

	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Atletismo</b>		2	10.5	-	0.0	2	7.7
<b>Ciclismo</b>		2	10.5	1	14.3	3	11.5
<b>Caminhada</b>		15	78.9	5	71.4	20	76.9

**Tabela 36** – Distribuição dos inquiridos segundo o hábito de consumo de tabaco

	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Não</b>		41	70.7	30	93.8	71	78.9	-2.6	2.6
<b>Sim</b>		17	29.3	2	6.3	19	21.1	2.6	-2.6
Total		<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 37** – Distribuição dos inquiridos segundo o hábito do consumo de café

	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Não</b>		24	41.4	20	62.5	44	48.9	-1.9	1.9
<b>Sim</b>		34	58.6	12	37.5	46	51.1	1.9	-1.9
Total		<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 38** – Número de cafés tomados diariamente

	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>1 café</b>		11	32.4	4	33.3	15	32.6	-0.1	0.1
<b>2 cafés</b>		9	26.5	5	41.7	14	30.4	-0.1	0.1
<b>&gt;= 3 cafés</b>		14	41.2	3	25.0	17	37.0	1.0	-1.0
Total		<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 39** - Distribuição dos inquiridos segundo os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas

Consumo alcoólicas	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Não</b>		18	31.0	24	75.0	42	46.7	-4.0	4.0
<b>sim</b>		40	69.0	8	25.0	48	53.3	4.0	-4.0
Total		<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 40** - Tipo de bebidas ingeridas com maior frequência

	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
<b>Vinho</b>		35	87.5	6	75.0	41	85.4	0.9	-0.9
<b>Cerveja</b>		4	10.0	1	12.5	5	10.4	-0.2	0.2
<b>Bebidas brancas</b>		1	2.5	1	12.5	2	4.2	-1.3	1.3
Total		<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>		

**Tabela 41** – Hábitos de consumo e estatísticas relativas aos consumos

Consumos	Participantes		Estatísticas do consumo			
	Nº	%	Mim	Max	Média	dp
<b>Diariamente</b>	37	77.08	1	3	1.54	0.650
<b>Semanalmente</b>	4	8.33	2	4	2.75	0.975
<b>Ocasionalmente</b>	7	14.58	1	5	2.57	1.27

## APÊNDICE 8

### TABELAS DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA

#### VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS

**Tabela 42** – Estatísticas relativas ao stress, ansiedade e depressão

**Tabela 43** – Teste t para amostras independentes entre stress, ansiedade e depressão e sexo



**Tabela 42** – Estatísticas relativas ao stress, ansiedade e depressão

<b>Idade</b>	Min.	Max.	$\bar{x}$	Dp	CV(%)	SK/ERRO	K/ERRO	<b>K/S</b>
Stress	0	21	6.66	4.00	60.06	3.610	4.001	<b>0.001</b>
Ansiedade	0	18	5.35	3.64	68.03	3.633	2.170	<b>0.000</b>
Depressão	0	21	4.35	4.23	97.24	5.917	2.881	0.00

**Tabela 43** – Teste t para amostras independentes entre stress, ansiedade e depressão e sexo

<b>Variáveis</b>	<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>		<b>Levene (p)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
		Média	Dp	Média	Dp			
<b>Stress</b>		6.53	4.09	6.90	3.89	0.862	-0.420	0.676
<b>Ansiedade</b>		5.15	3.74	5.71	3.47	0.957	-0.701	0.485
<b>Depressão</b>		4.06	3.52	4.87	5.30	0.051	-0.864	0.390



## APÊNDICE 9

### TABELAS DE ESTATÍSTICA INFERENCIAL - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIO- DEMOGRÁFICAS E BEM-ESTAR SUBJETIVO

**Tabela 44** – Teste de UMW entre bem-estar subjetivo e sexo.

**Tabela 45** – Teste de UMW entre bem-estar subjetivo e estado civil

**Tabela 46** – Teste de Kruskal – Wallis entre bem-estar subjetivo e grupos etários

**Tabela 47** – Teste de Kruskal – Wallis entre bem-estar subjetivo e habilitações literárias

**Tabela 48** – Teste de Kruskal – Wallis entre bem-estar subjetivo e local de residência

**Tabela 49** – Teste de Kruskal – Wallis entre bem-estar subjetivo e rendimento mensal

**Tabela 50** – Teste de UMW entre bem-estar subjetivo e situação laboral



**Tabela 44 – Teste de UMW entre bem-estar subjetivo e sexo.**

<i>Variáveis</i>	<i>Sexo</i>	<b>Masculino OM</b>	<b>Feminino OM</b>	<i>UMW</i>	<i>p</i>
<b>Afetos -positivos</b>		48.37	40.30	761.000	0.160
<b>Afetos negativos</b>		48.09	40.81	778.000	0.205
<b>Balanço afetivo</b>		45.53	45.45	926.500	0.909

**Tabela 45 – Teste de UMW entre bem-estar subjetivo e estado civil**

<i>Variáveis</i>	<i>Estado civil</i>	<b>Solteiro/viuvo/ divorciado OM</b>	<b>Casado/união fato OM</b>	<i>UMW</i>	<i>p</i>
<b>Afetos -positivos</b>		49.77	43.37	772.000	0.272
<b>Afetos negativos</b>		45.87	45.32	889.000	0.925
<b>Balanço afetivo</b>		46.78	44.86	862.500	0.742

**Tabela 46 – Teste de Kruskal – Wallis entre bem-estar subjetivo e grupos etários**

<i>Variáveis</i>	<i>Idade</i>	<b>&lt;= 48 OM</b>	<b>49 – 61 OM</b>	<b>62 – 70 OM</b>	<b>71 – 78 OM</b>	<b>&gt;= 79 OM</b>	<i>X<sup>2</sup></i>	<i>p</i>
<b>Afetos -positivos</b>		62.64	40.35	37.26	34.68	51.79	14.364	0.006
<b>Afetos negativos</b>		46.00	48.85	47.11	50.32	36.11	3.415	0.491
<b>Balanço afetivo</b>		56.42	41.26	38.89	34.06	55.79	11.030	0.026

**Tabela 47 – Teste de Kruskal – Wallis entre bem-estar subjetivo e habilitações literárias**

<i>Variáveis</i>	<i>Habilitações</i>	<b>Até 4ª classe OM</b>	<b>5º ao 12º ano OM</b>	<b>Licenciatura OM</b>	<i>X<sup>2</sup></i>	<i>p</i>
<b>Afetos -positivos</b>		39.90	57.57	50.36	7.718	0.021
<b>Afetos negativos</b>		45.54	48.95	38.36	1.213	0.545
<b>Balanço afetivo</b>		41.84	51.20	53.05	3.089	0.213

Tabela 48 – Teste de Kruskal – Wallis entre bem-estar subjectivo e local de residência

<i>Residência</i> <i>Variáveis</i>	<b>Aldeia OM</b>	<b>Vila OM</b>	<b>cidade OM</b>	X <sup>2</sup>	p
<b>Afetos -positivos</b>	43.77	44.08	48.18	0.577	0.749
<b>Afetos negativos</b>	38.76	47.87	51.51	4.449	0.108
<b>Balanço afectivo</b>	49.24	44.87	41.78	1.463	0.481

Tabela 49 – Teste de Kruskal – Wallis entre bem-estar subjetivo e rendimento mensal

<i>Rendimento</i> <i>Variáveis</i>	<b>&lt;485 OM</b>	<b>Entre 485 - 970 OM</b>	<b>&gt;= 970 OM</b>	X <sup>2</sup>	p
<b>Afetos positivos</b>	43.31	38.84	60.47	7.894	0.019
<b>Afetos negativos</b>	42.37	50.28	47.03	1.581	0.454
<b>Balanço afetivo</b>	45.67	38.70	54.50	3.828	0.147

Tabela 50 – Teste de UMW entre bem-estar subjetivo e situação laboral

<i>Situação laboral</i> <i>Variáveis</i>	<b>Empregado OM</b>	<b>Desempregado/ reformado OM</b>	UMW	p
<b>Afetos -positivos</b>	50.56	43.45	700.500	0.241
<b>Afetos negativos</b>	45.23	45.61	825.000	0.950
<b>Balanço afetivo</b>	49.60	43.84	725.500	0.343

## APÊNDICE 10

### TABELAS DE ESTATÍSTICA INFERENCIAL - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIO-FAMILIARES E PSICOLÓGIAS E BEM-ESTAR SUBJETIVO

**Tabela 51** – Teste de Kruskal – Wallis entre bem-estar subjetivo e funcionalidade familiar

**Tabela 52** – Correlação de Pearson entre afectos positivos e variáveis psicológicas e socio-familiares

**Tabela 53** – Correlação de Pearson entre Afetos negativos e variáveis psicológicas e socio-familiares

**Tabela 54** – Correlação de Pearson entre Afetos negativos e variáveis de interação.

**Tabela 55** – Correlação de Pearson entre balanço afetivo e variáveis psicológicas e socio-familiares



**Tabela 51** – Teste de Kruskal–Wallis entre bem-estar subjetivo e funcionalidade familiar

<b>Func. Familiar Variáveis</b>	<b>Altamente OM</b>	<b>Moderadamente OM</b>	<b>Disfuncional OM</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
Afectos -positivos	45.46	33.08	58.42	2.832	0.243
Afectos negativos	43.05	55.08	67.75	5.879	0.053
Balço afectivo	47.29	31.25	36.50	2.866	0.238

**Tabela 52** – Correlação de Pearson entre afectos positivos e variáveis psicológicas e socio-familiares

<b>Variáveis</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
Funcionalidade familiar	-0.103	0.166
Stress	0.066	0.269
Ansiedade	-0.011	0.460
Depressão	-0.163	0.063

**Tabela 53** – Correlação de Pearson entre Afetos negativos e variáveis psicológicas e socio-familiares

<b>Variáveis</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
Funcionalidade familiar	-0.310	1.000
Stress	0.368	0.021
Ansiedade	0.481	0.012
Depressão	0.474	-0.079

**Tabela 54** – Correlação de Pearson entre Afetos negativos e variáveis de interação.

<b>Variáveis</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
Funcionalidade familiar	<b>-0.310</b>	1.000
Ansiedade	<b>0.481</b>	0.012
Depressão	<b>0.474</b>	-0.079
Ansiedade vs funcionalidade familiar	<b>0.305</b>	0.002
Ansiedade vs depressão	<b>0.473</b>	0.000
Depressão vs funcionalidade familiar	<b>0.349</b>	0.000

**Tabela 55** – Correlação de Pearson entre balanço afetivo e variáveis psicológicas e socio-familiares

<b>Variáveis</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
Funcionalidade familiar	0.142	0.091
Stress	-0.207	0.025
Ansiedade	-0.337	0.001
Depressão	-0.436	0.000



## APÊNDICE 11

### TABELAS DE ESTATÍSTICA INFERENCIAL - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CLÍNICAS E BEM-ESTAR SUBJETIVO

**Tabela 56** – Teste de UMW entre bem-estar subjectivo e internamentos anteriores

**Tabela 57** – Teste de UMW entre bem-estar subjectivo e IMC

**Tabela 58** – Teste t para amostra independentes entre obesidade abdominal e bem-estar subjectivo

**Tabela 59** – Teste de Kruskal – Wallis entre bem-estar subjectivo e limitação física



**Tabela 56** – Teste de UMW entre bem-estar subjetivo e internamentos anteriores

<i>Intern. anteriores</i> <b>Bem-estar subjetivo</b>	<i>Não</i> <i>OM</i>	<i>Sim</i> <i>OM</i>	<b>UMW</b>	<b>p</b>
Afectos -positivos	40.09	47.94	716.500	0.186
Afectos negativos	50.64	43.18	724.000	0.208
Balanço afectivo	38.55	48.64	673.500	0.090

**Tabela 57** – Teste de UMW entre bem-estar subjetivo e IMC

<b>Bem-estar subjetivo</b>	<b>IMC</b>	<i>Peso normal</i> <i>OM</i>	<i>Excesso</i> <i>peso</i> <i>OM</i>	<b>UMW</b>	<b>p</b>
Afectos -positivos		45.58	45.46	938.000	0.983
Afectos negativos		47.03	44.61	890.000	0.672
Balanço afectivo		44.55	46.05	909.000	0.792

**Tabela 58** – Teste t para amostra independentes entre obesidade abdominal e bem-estar subjetivo

Obesidade abdominal Bem-estar subjetivo	<b>Normal</b>		<b>Obeso</b>		<b>Levene</b> <b>(p)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
	Média	D					
<b>Afectos positivos</b>	21.04	6.37	21.38	6.15	0.791	-0.260	0.796
<b>Afectos negativos</b>	18.02	6.76	16.43	5.58	0.160	1.213	0.228
<b>Balanço afectivo</b>	3.02	9.43	4.95	8.70	0.595	-1.009	0.316

**Tabela 59** – Teste de Kruskal – Wallis entre bem-estar subjetivo e limitação física

<b>Limitação física</b> <b>Bem-estar</b> <b>subjetivo</b>	<b>Nº</b>	<i>Sem</i> <i>limitação</i> <i>OM</i>	<i>Limit.</i> <i>quotidiana</i> <i>OM</i>	<i>Acentuada/severa</i> <i>OM</i>	<b>X2</b>	<b>p</b>
Afetos positivos	43	42.47	53.31	29.65	7.594	0.022
Afetos negativos	37	46.98	44.15	44.15	0.265	0.876
Balanço afectivo	10	42.38	51.42	37.00	3.576	0.167



## APÊNDICE 12

### TABELAS DE ESTATÍSTICA INFERENCIAL - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTILOS DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO

**Tabela 60** – Teste de U Mann Whitney entre bem-estar subjectivo e estilos de vida



**Tabela 60 – Teste de U Mann Whitney entre bem-estar subjetivo e estilos de vida**

<b>BES</b>	<b>A. P OM</b>	<b>UMW</b>	<b>p</b>	<b>A. N OM</b>	<b>UMW</b>	<b>p</b>	<b>Balanço afetiv OM</b>	<b>UMW</b>	<b>p</b>
<b>Variáveis</b>									
Exercício físico									
Não	49.59	572.000	0.020	45.30	819.500	0.911	47.95	675.000	0.162
Sim	35.50			45.98			44.79		
Fumador									
Não	45.03	641.000	0.740	42.19	439.500	0.020	47.85	507.500	0.098
Sim	47.26			57.87			36.71		
Bebidas alcoólicas									
Não	41.61	844.500	0.185	46.56	963.500	0.718	42.33	875.000	0.282
Sim	48.91			44.57			48.27		
Café									
Não	44.34	961.000	0.680	44.49	967.500	0.719	45.83	997.500	0.907
Sim	46.61			46.47			45.18		