

Universidades Lusíada

Barros, Ângela Manuela Coelho de

Perfis afetivos e sintomatologia depressiva em adultos

<http://hdl.handle.net/11067/5933>

Metadata

Issue Date 2021

Abstract Objetivo: O objetivo do estudo foi compreender a relação entres os perfis afetivos e a sintomatologia depressiva e averiguar a existência de disparidades na sintomatologia depressiva em função das variáveis sociodemográficas. Metodologia: Os dados deste estudo foram recolhidos junto de 95 utentes de um Centro Hospitalar do Norte do país (64 do género feminino e 29 do género masculino), integrados na faixa etária dos 18 aos 70 anos. Para esta recolha foram utilizados, a Escala de Afeto Positivo e...

Objective: The aim of the study was to understand the relationship between affective profiles and depressive symptoms and to investigate the existence of disparities in depressive symptoms according to sociodemographic variables. Methodology: The data of this study were collected from 95 users of a Hospital Center in the North of the country (64 females and 29 males), integrated in the age group from 18 to 70 years old. For this collection, the Positive Affection and Negative Affection Scale (PA...

Keywords Psicologia, Psicologia clínica, Avaliação psicológica - Depressão - Adultos, Bem-estar - Aspectos psicológicos, Teste psicológico - Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS), Teste psicológico - Medida de Autoavaliação Transversal de Sintomas

Type masterThesis

Peer Reviewed No

Collections [ULP-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2025-04-22T16:22:36Z with information provided by the Repository



Universidade Lusíada - Norte
Porto

Dissertação de Mestrado em **Psicologia Clínica**

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

PORTO,



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



Universidade Lusíada - Norte
Porto

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

PORTO,

Trabalho efectuado sob a orientação do/a



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



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



Dissertação de Mestrado
Psicologia Clínica

Porto

Agradecimentos

Com o término desta dissertação e, conseqüentemente, deste percurso que é o curso de Psicologia, quero de uma forma geral, agradecer a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, fizeram parte do meu caminho até aqui e aqueles que contribuíram para o meu crescimento quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

À Universidade Lusíada Norte-Porto e a todos aqueles que dela fazem parte, agradeço por me acolherem durante estes cinco anos de formação, por serem a minha segunda casa, pelos momentos difíceis e de tristeza, mas, principalmente, pelos momentos de conquista e felicidade.

À minha orientadora, professora Sofia Marques, agradeço pelo acompanhamento ao longo da elaboração desta dissertação, pelo apoio, disponibilidade e partilha de conhecimento que me enriqueceram, enquanto profissional de Psicologia e também enquanto pessoa.

À doutora Sara Faria, quero endereçar palavras de apreço, pela disponibilidade que disponibilizou mesmo quando o tempo era escasso e pelo apoio ao longo da elaboração da minha dissertação.

Aos meus pais, quero agradecer pelo amor incondicional, pelo apoio, por lutarem sempre para me dar o melhor, pelos inúmeros esforços que fizeram para que fosse possível concretizar este sonho. Sem vocês na minha vida, nada era possível. Amo-vos.

À minha irmã, pelo amor, pelo apoio e por nunca me deixar desistir, mesmo quando tudo corria mal. Obrigada pela irmã maravilhosa que és, por seres a alegria da família, por me protegeres como só uma irmã mais velha sabe fazer e por fazeres sempre de tudo para me ver feliz. Amo-te.

Ao meu namorado, quero agradecer pelo amor, pela paciência, por estar sempre do meu lado, pelas secas que apanhou por minha culpa, por me motivar, por me fazer feliz e por me mostrar que sou capaz de tudo, basta querer. És o melhor do mundo. Amo-te.

À Joana, a minha melhor amiga, aquela que esta sempre lá, aconteça o que acontecer, obrigada por todos os momentos, por ouvires os meus desabafos, por nunca me deixares desistir, por todo o apoio, pelas videochamadas intermináveis para fazer esta dissertação e pela tua amizade inigualável. Gosto de ti daqui até á lua.

A todas minhas amigas, da faculdade, que apesar de não serem referidas em particular, foram também importantes ao longo deste meu percurso e são muito importantes na minha vida, agradeço pelos momentos, motivação, palavras de apoio e pela amizade incondicional. Gosto muito de vocês.

Depois, e não menos importante, às minhas amigas do trabalho, quero agradecer pelos momentos, motivação, compreensão, palavras de apoio e pela amizade que, apesar de recente, é muito importante na minha vida. Gosto muito de vocês.

Finalmente, quero dedicar esta dissertação à minha avó que, apesar de já não estar presente fisicamente, fez parte deste percurso. Dedicar-lhe este trabalho é o mínimo que posso fazer comparado com tudo aquilo que ela me deu na vida. O seu testemunho de uma mulher guerreira que luta por si, pelos seus objetivos e pela sua família, incondicionalmente e com o maior amor do mundo, é o bem mais precioso que uma avó pode deixar a uma neta. Espero que continues a olhar por nós, por mim e para mim, de onde quer que estejas, com o mesmo orgulho que sempre tive e que continuo a ter por ti. Amo-te minha velhinha.

Abreviaturas/ Siglas

DGS- Direção Geral da Saúde;

OMS- Organização Mundial da Saúde;

SNS- Sistema Nacional da Saúde;

DSM- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais;

APA- American Psychological Association;

AP- Afeto Positivo;

AN- Afeto Negativo;

EUA- Estados Unidos da América;

M- Média;

MDN- Mediana;

MO- Moda;

DP- Desvio Padrão;

PANAS- Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo;

IBM SPSS- Statistical Package for the Social Sciences;

Min- Mínimo;

Máx- Máximo;

n- Frequência;

ANOVA- Análise de Variância Unifatorial;

ANCOVA- Análise de Covariância;

Índice

Introdução	1
Sintomatologia depressiva.....	2
Perfis afetivos do bem-estar subjetivo	7
Sintomatologia depressiva e perfis afetivos do bem-estar subjetivo.....	12
Objetivos, Questões e Hipóteses de Investigação	14
Metodologia	15
Participantes	15
Instrumentos	16
Questionário sociodemográfico	16
Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo - PANAS.....	16
Medida de Auto Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5	17
Procedimento.....	18
Recolha de dados	18
Análise de dados	18
Resultados	21
Discussão de resultados	26
Limitações do estudo e contribuições para a prática clínica	31
Conclusão.....	33
Referências.....	34

Índice de Tabelas

Tabela 1- Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função da escolaridade.....	21
Tabela 2- Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do estado civil.....	22
Tabela 3- Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do género.....	23
Tabela 4- Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função dos perfis afetivos.....	24
Tabela 5- Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva entre perfis afetivos.....	25

Índice de Figuras

Figura 1- Perfis Afetivos do Bem-estar Subjetivo.....	10
---	----

Resumo

Objetivo: O objetivo do estudo foi compreender a relação entre os perfis afetivos e a sintomatologia depressiva e averiguar a existência de disparidades na sintomatologia depressiva em função das variáveis sociodemográficas. **Metodologia:** Os dados deste estudo foram recolhidos junto de 95 utentes de um Centro Hospitalar do Norte do país (64 do género feminino e 29 do género masculino), integrados na faixa etária dos 18 aos 70 anos. Para esta recolha foram utilizados, a Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS), que permite a avaliação dos perfis afetivos, a Medida de Auto Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5, que nos fornece informação acerca sintomatologia depressiva, bem como um questionário sociodemográfico, para recolher informações acerca dos participantes. Trata-se de uma amostra clínica em que os dados foram recolhidos em contexto hospitalar e foram analisados estatisticamente através do IBM SPSS. **Resultados:** Os resultados mostram a existência de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função dos perfis afetivos, sendo que participantes com perfil *self-fulfilling* apresentam valores de sintomatologia depressiva significativamente inferiores a todos os outros participantes enquadrados nos restantes perfis afetivos (*self-destructive*, *low affective* e *high affective*). Para além disso, foi ainda possível constatar a existência de discrepâncias ao nível da sintomatologia depressiva em função das variáveis sociodemográficas escolaridade e género, sendo que se trata de uma diferença marginal. **Conclusão:** Assim conclui-se que os perfis afetivos podem ser relevantes para explicar a variância na sintomatologia depressiva dos indivíduos, permitindo, desta forma, desenvolver uma intervenção de carácter preventivo.

Palavras-chave: sintomatologia depressiva; perfis afetivos; adultos; população clínica; características sociodemográficas.

Abstract

Objective: The aim of the study was to understand the relationship between affective profiles and depressive symptoms and to investigate the existence of disparities in depressive symptoms according to sociodemographic variables. **Methodology:** The data of this study were collected from 95 users of a Hospital Center in the North of the country (64 females and 29 males), integrated in the age group from 18 to 70 years old. For this collection, the Positive Affect and Negative Affect Scale (PANAS) were used, which allows the assessment of affective profiles, the DSM-5 Level 1 Cross-Symptom Self-Assessment Measure, which provides us with information about depressive symptoms, as well as a sociodemographic questionnaire, to collect information about the participants. It is a clinical sample in which the data were collected in a hospital context and were statistically analyzed using IBM SPSS. **Results:** The results show the existence of differences in terms of depressive symptoms due to the affective profiles, with participants with a self-fulfilling profile presenting significantly lower values of depressive symptoms than all other participants in the other affective profiles (self-destructive, low affective and high affective). In addition, differences were found in terms of depressive symptoms due to the education and gender, although these differences were only marginal significant. **Conclusion:** Thus, it is concluded that the affective profiles may be relevant to explain the variance in the depressive symptoms of individuals, allowing, thus, to develop an intervention of a preventive character.

Keywords: depressive symptoms; affective profiles; adults; clinical population; sociodemographic characteristics.

Introdução

Ao longo de vários anos, o ser humano tem vindo a investigar o que torna a sua vida melhor e mais feliz. Assim, a felicidade surge associada à forma como as pessoas avaliam cognitivamente e afetivamente a sua vida (Seligman, 2011).

A partir destas investigações, focadas nas potencialidades do ser humano, emerge uma nova área de conhecimento da Psicologia, que designamos por Psicologia Positiva, e que pode ser definida como o estudo científico de emoções positivas, forças e virtudes humanas (Bacon, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Sheldon & King, 2001).

No âmbito da Psicologia Positiva, são de particular relevo os estudos que se debruçam sobre o bem-estar subjetivo e os seus componentes, uma vez que esta variável parece favorecer a maneira como nos auto percebemos e como percebemos os outros, podendo resultar num maior prazer sobre as suas vivências (Passareli & Silva, 2007).

O bem-estar subjetivo é compreendido através de duas componentes, a componente afetiva e a componente cognitiva e parece ser produzido com base nos julgamentos que cada indivíduo faz acerca da sua vida (Diener et al., 2005). A componente cognitiva integra a percepção que o sujeito apresenta da sua satisfação com a vida. Por sua vez a componente afetiva integra as vivências do sujeito e é o resultado das suas emoções, e esta inclui o afeto positivo (AP) e o afeto negativo (AN). Altos níveis de AP estão correlacionados à saúde física, satisfação conjugal e à satisfação laboral, enquanto baixos níveis de AP surgem relacionados a perturbações psicológicas como a perturbação de stress pós-traumático, perturbações alimentares, fobia social e agorafobia. Por seu turno, altos níveis de AN correlacionam-se com perturbações como a depressão e a ansiedade (Naragon & Watson, 2009). Estas dimensões de AP e AN podem coexistir, originando 4 perfis afetivos distintos, o perfil *self-fulfilling*, o perfil *high affective*, o perfil *low affective* e o perfil *self-destructive*.

Por outro lado, a sintomatologia depressiva, e a perturbação depressiva, em concreto, continuam a ser um dos mais importantes problemas de saúde pública sendo, indubitavelmente, uma das perturbações mais bem estudadas ao longo da história da humanidade (Quevedo et al., 2018). Indivíduos que apresentem sintomatologia depressiva caracterizam-se essencialmente por níveis elevados de humor depressivo, perda de interesse e prazer e alteração no apetite, o que sugere a existência de alterações ao nível da cognição, emoção, comportamentos e

fisiologia. Esta tonalidade emocional negativa parece ser uma característica chave desta perturbação, pelo que parece relevante perceber o que explica esta negatividade, atendendo a que esta sintomatologia pode acarretar consequências sérias no funcionamento individual e social do indivíduo (Borralha, 2011).

Por conseguinte, com esta investigação espera-se contribuir para uma melhor compreensão sobre se os diferentes perfis afetivos contribuem para explicar a sintomatologia depressiva experienciada pelos indivíduos, bem como o papel de características sociodemográficas.

Sintomatologia depressiva

As perturbações da saúde mental são geralmente marcadas por condições clinicamente significativas caracterizadas por variações nas emoções e pensamentos ou por uma deterioração do funcionamento normal de cada indivíduo. Para que estas alterações clinicamente significativas sejam consideradas como perturbações, é essencial que as mesmas sejam persistentes e que provoquem prejuízo no funcionamento pessoal do sujeito, afetando um ou mais domínios da sua vida (Direção Geral da Saúde-DGS, 2002). Não obstante, a presença de sintomatologia psicopatológica que não cumpra critérios de diagnóstico para a perturbação pode, igualmente, ter um impacto significativo na vida dos indivíduos.

Dentro das perturbações mais prevalentes na população estão as perturbações do humor, que são caracterizadas por alterações constantes e significativas do humor e do estado emocional onde se enquadra, de uma forma mais específica, a sintomatologia depressiva (Canale & Furlan, 2006; Sousa, 2015). A sintomatologia depressiva é uma condição clínica caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, perturbações no sono e/ou no apetite, cansaço e falta de concentração. Pessoas com depressão podem também apresentar diversas queixas físicas sem motivo físico aparente. A sintomatologia depressiva pode ser duradoura ou recorrente, prejudicando substancialmente o funcionamento do indivíduo nas atividades da vida diária. Num estado mais grave, esta sintomatologia pode conduzir o indivíduo ao suicídio (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2019). Segundo a OMS (2012), atualmente a depressão é uma das perturbações psiquiátricas mais frequentes, sendo a terceira doença que mais causa incapacidade no mundo. Estima-se que, em 2030, será a primeira causa de incapacitação, afetando a vida social e ocupacional de grande parte da população mundial (Loosli et al, 2016). Tendo em conta a realidade mundial,

a sintomatologia depressiva afeta mais de 300 milhões de pessoas, ou seja, 4.4% da população mundial (Carvalho, 2017). A nível europeu, Portugal é considerado um dos países com maior prevalência de perturbações da saúde mental, sendo que as perturbações de humor e as perturbações de ansiedade são as mais destacadas (Pinto et al., 2015). A depressão, enquanto categoria nosológica, afeta cerca de 20% da população em Portugal e é considerada a principal causa de incapacidade e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis (Sistema Nacional de Saúde-SNS, 2006). Os dados publicados pela DGS (2015), demonstram que as perturbações de humor sucedem às perturbações de ansiedade, apresentando uma prevalência de 7,9%.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-5 (American Psychological Association-APA, 2014), as perturbações depressivas incluem a perturbação disruptiva da desregulação do humor, a perturbação depressiva major (incluindo os episódios depressivos major), a perturbação depressiva persistente (distimia), a perturbação disfórica pré-menstrual, a perturbação depressiva induzida por substâncias/medicação, a perturbação depressiva causada por outra condição médica, outra perturbação depressiva específica e a perturbação depressiva não específica. A perturbação depressiva major é a mais frequente e pode ser caracterizada por sintomas como a perda de prazer ou interesse em todas ou quase todas as atividades, na maior parte do dia e/ou humor deprimido (durante pelo menos duas semanas), fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade e de culpa, entre muitos outros. A distimia, por sua vez, é caracterizada por sintomas como humor deprimido, apetite diminuído ou em excesso, insônia/hipersônia, baixa energia, baixa autoestima, falta de concentração e sentimentos de desesperança. É a forma mais crónica das perturbações depressivas e pode ser diagnosticada quando a perturbação persiste durante pelo menos dois anos, no caso da população adulta (APA, 2014). Esta última apresenta comorbilidade com a perturbação depressiva major, no entanto indivíduos com Distimia estão em maior risco para comorbilidade psiquiátrica em geral, para perturbações de ansiedade, perturbações por uso de substâncias em particular e perturbações de personalidade (APA, 2014). As restantes tipologias, apesar de se considerar igualmente importante mencionar, apresentam uma menor expressão do que as tipologias acima descritas de uma forma mais detalhada, uma vez que, de acordo com o DSM-5, estas últimas apresentam uma maior prevalência (APA, 2014).

A perturbação depressiva pode subdividir-se em vários tipos, consoante a severidade dos sintomas, o percurso da doença e os traços distintos. Relativamente à severidade dos sintomas, a perturbação depressiva pode ser leve, moderada ou grave, ou seja, quanto mais intensos forem os sintomas mais severa ou grave será a manifestação da depressão (Paranhos

& Werlang, 2009). No que diz respeito ao percurso da doença, esta pode ser um episódio único de depressão (período em que preenche os critérios deste quadro clínico), remissão (período em que não sofre deste quadro clínico), recuperação (recuperação de um episódio depressivo), recorrência (início de um novo episódio de depressão) e depressão persistente (crônica) (Irons, 2018). Por último, no que se refere aos diferentes traços, pode ser depressão com características catatônicas, melancólicas, atípicas, com padrão sazonal, pós-parto, neurótica, endógena e bipolar (Irons, 2018).

Segundo Beck (1997), os sujeitos diagnosticados com perturbação depressiva, apresentam com maior frequência pensamentos automáticos negativos, o que, por sua vez, conduz a uma leitura irrealista e desadaptativa da realidade, fortalecendo o sofrimento dos mesmos. Tendo por base uma abordagem cognitiva acerca destas perturbações, os comportamentos negativos seriam o resultado desta leitura irrealista e desadaptativa da realidade, caracterizada por pensamentos e crenças disfuncionais. Deste modo, a perturbação depressiva poderá ser percebida como consequência das próprias cognições e de esquemas desadaptativos, embora devam também ser considerados fatores biológicos, socioculturais e psicológicos, na sua explicação (Paloski & Christ, 2014).

Beck (1967) apresentou uma categorização dos sintomas depressivos em: emocionais, cognitivos, físicos e motivacionais. Relativamente aos sintomas emocionais, destacam-se a diminuição da satisfação com a vida, a perda de interesse e a irritabilidade, por outro lado, no que concerne aos sintomas cognitivos, emergem a baixa autoestima, o pessimismo, o criticismo e os pensamentos suicidas. Os sintomas físicos, por sua vez, expressam-se em perda de apetite, fadiga, perturbações de sono e inquietação. Por fim, os sintomas motivacionais estão relacionados com a perda de motivação (Oliveira, 2014). A sintomatologia depressiva pode caracterizar-se também por alterações psicopatológicas ao nível das funções afetivo volitivas, cognitivas e outras. Quanto às primeiras, é possível afirmar que sujeitos deprimidos demonstram exaltação e rigidez afetiva, insônia ou hipersônia, diminuição da libido, diminuição e aumento do apetite, negativismo, ideação suicida e hipocinesia. Quanto às funções cognitivas, demonstram hipoestesia (diminuição da sensibilidade), ilusões catatímicas, hipoprosexia (falta de concentração) ou rigidez na atenção, hipomnésia de fixação, hipomnésia de evocação, hipermnésia seletiva, mutismo, hipofonia, aprosódia, aumento da latência de resposta, ideias delirantes, baixo desempenho intelectual e diminuição da criatividade. Por fim, relativamente às restantes funções, podem demonstrar descuido na aparência, indiferença na

atitude, percepção de lentidão na passagem do tempo, desorientação e apatia, diminuição da consciência de existência do eu, despersonalização e pessimismo (Quevedo, et al, 2018).

A depressão implica ainda, alterações ao nível da motivação, das emoções, dos pensamentos e dos comportamentos (Fernandes, 2019). Ou seja, apresentam perda de interesse na realização de qualquer tarefa, diminuição das emoções positivas e um aumento das emoções negativas, aumento dos pensamentos negativos, confusos e ruminativos e também pouca energia para iniciar tarefas (Irons, 2018).

As manifestações sintomáticas desta perturbação foram alvo de interesse de clínicos e investigadores durante vários anos e estão, como se denota nos parágrafos anteriores, bem descritas e especificadas. No entanto, o estudo sobre os fatores que explicam a variação da sintomatologia depressiva continuam a desenvolver-se até à atualidade. Entre estes, encontram-se fatores explicativos individuais (e.g., género, idade, estado civil, etc.) como se denota nos resultados de alguns estudos que a seguir se apresentam.

No estudo de Claro (2014), realizado num hospital psiquiátrico, com uma amostra constituída por sujeitos com idades entre os 18 e os 30 anos, com diagnóstico de humor depressivo e humor subdepressivo, foi possível concluir que o sintoma depressivo mais comum é o humor alterado, no entanto foram detetados muitos outros sintomas, tais como baixa autoestima, alterações no sono e alteração do apetite. Relativamente aos comportamentos mais comuns surge o risco de suicídio, tentativa de suicídio e autocontrolo ineficaz, confirmando a ideia de que os quadros depressivos resultam em comportamentos autodestrutivos. Verificou-se ainda que o humor depressivo tem maior incidência nas mulheres do que nos homens, no entanto, o humor subdepressivo é mais recorrente nos homens. Ainda no mesmo estudo constatou-se que a sintomatologia depressiva é mais comum em indivíduos solteiros (Claro, 2014).

Por sua vez, no estudo de Delfini e colaboradores (2009), constituído por uma amostra clínica de 100 pacientes adultos de um contexto hospitalar, que não apresentavam antecedentes psiquiátricos relatados, foi possível verificar que os sintomas depressivos mais frequentes foram anedonia, falta de prazer em atividades criativas e lentidão para pensar e executar tarefas. Foram igualmente constatadas diferenças entre o género feminino e masculino, sendo que o feminino apresenta uma pontuação maior para a depressão do que o masculino. Em relação à idade este estudo refere que indivíduos na faixa etária entre os 71 e os 80 anos apresentam uma pontuação média maior na subescala depressão. Por sua vez, no que diz respeito ao estado civil

constatou-se que os indivíduos divorciados ou viúvos apresentam uma pontuação média maior nessa mesma subescala (Delfini, et al, 2009).

No estudo de Minghelli e colaboradores (2013), realizado com idosos ativos e sedentários (que não fizessem uso de antidepressivos) apurou-se que os níveis de depressão são mais prevalentes no gênero feminino em ambos os grupos (ativos e sedentários), uma vez que segundo os autores, esta perturbação é diagnosticada duas vezes mais em sujeitos do gênero feminino dada a elevada frequência dos mesmos a consultas médicas. Os autores do presente estudo afirma ainda que os sintomas depressivos são mais comuns em sujeitos com idades mais avançadas e em indivíduos sedentários. Por último, no que diz respeito ao estado civil e a escolaridade, apurou-se que a ausência de cônjuge e o menor grau de escolaridade pode aumentar a prevalência dos sintomas depressivos (Minghelli, et al, 2013).

Por seu turno, o estudo de Santos (2017), foi realizado com uma amostra constituída por 120 participantes, sem diagnóstico para a perturbação depressiva, divididos em dois grupos (hipertensos e não hipertensos), sendo que um dos seus principais objetivos era averiguar a existência de diferenças significativas nos valores de sintomatologia depressiva em função de variáveis sociodemográficas. Os resultados deste estudo indicam a inexistência de diferenças nos níveis de sintomatologia depressiva em função das variáveis gênero e idade (Santos, 2017).

Num outro estudo de Santos e colaboradores (2014), concretizado com uma amostra de 100 utentes do serviço de cirurgia de um centro hospitalar, que não se encontrassem a tomar medicação antidepressiva, foi possível verificar a inexistência de diferenças ou correlações estatisticamente significativas nos níveis de depressão do doente cirúrgico em função do gênero, da idade e do estado civil. Por outro lado, apurou-se a existência de diferenças significativas nos níveis de depressão no pré-operatório do doente cirúrgico em função das habilitações literárias. Assim e tendo em conta a distribuição dos sujeitos pelos diferentes graus de instrução, os sujeitos com menor grau de escolaridade apresentam níveis de sintomatologia depressiva superiores (Santos, et al, 2014).

No estudo de Maske e colaboradores (2016), realizado com adultos alemães entre os 18 e os 79 anos, com diagnóstico de depressão nos últimos 12 meses ou com sintomas depressivos nas últimas duas semanas, apurou-se que o gênero feminino e a falta de parceiro estão associados a maiores níveis de sintomatologia depressiva.

Por último, no estudo de Marcolino e colaboradores (2007), um dos objetivos foi perceber o impacto das variáveis sociodemográficas nos níveis de ansiedade e de depressão,

entre 160 participantes (sem diagnóstico de perturbação psiquiátrica) divididos em dois grupos (utentes e acompanhantes). Após análise das variáveis em estudo foi possível apurar que não existem diferenças significativas nos níveis de depressão e de ansiedade, em função do género, idade, estado civil e escolaridade, em nenhum dos dois grupos em estudo.

Apesar de a maior parte dos estudos apontarem no mesmo sentido, eles não são totalmente consensuais no que diz respeito à relação entre as variáveis sociodemográficas e a sintomatologia depressiva. Para além disso, e uma vez que a variação nos níveis de sintomatologia depressiva não é apenas influenciada por variáveis sociodemográficas, revela-se fundamental averiguar o contributo de outras variáveis para esta sintomatologia, nomeadamente o perfil afetivo do sujeito.

Perfis afetivos do bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo diz respeito à satisfação da pessoa com a própria vida e inclui os julgamentos cognitivos e reações emocionais dos indivíduos face às suas vivências (Segabinazi et al., 2012). A presente investigação foca-se principalmente na componente afetiva do bem-estar subjetivo, que se expressa na forma de afeto positivo e negativo (Nogueira, 2015) e é constituída pelas vivências do sujeito, sendo o resultado das suas emoções (Zamon et al., 2013).

Em vários estudos realizados acerca da componente afetiva, tanto nos Estados Unidos como em várias outras culturas, o AP e o AN emergiram, frequentemente, como duas dimensões dominantes e relativamente independentes (Watson et al., 1988).

Alcalá e colaboradores (2006) afirmam que as dimensões dos afetos embora sejam duas e se encontrem relacionadas, são, também, independentes. Ou seja, de acordo com uma revisão levada a cabo por Segabinazi e colaboradores (2012), estas duas dimensões são polos opostos do mesmo construto, o que explica a sua relação e independência, assim sendo, um aumento do AP não corresponde necessariamente a uma diminuição do AN (Fabio & Bucci, 2015).

Relativamente ao AP, este reflete o quanto a pessoa se sente entusiasmada, ativa e alerta, enquanto que o AN reflete sentimentos como a angústia, a insatisfação e ainda os estados de humor aversivos como a raiva, a culpa, o desgosto e o medo. Assim sendo, níveis elevados de AP apontam para a existência, na vida do sujeito, de vários momentos de alegria e entusiasmo, bem como envolvimento na execução de tarefas, enquanto níveis altos de AN denotam a presença de diversos momentos de tristeza e preocupação (Watson et al., 1988).

Por forma a avaliar estas dimensões, Watson e colaboradores (1988) desenvolveram a Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS) que foi, mais tarde aferido para a população portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005a;2005b). A PANAS possibilita a avaliação das dimensões da componente afetiva do bem-estar subjetivo, tendo como referência temporal as últimas semanas. A versão original é constituída por 20 itens, 10 itens acerca do AP e os restantes acerca do AN, sendo que os sujeitos autoavaliam a forma como se sentem, "no momento presente", "hoje", "durante os últimos dias", "durante a semana anterior", "durante as últimas semanas", "durante o ano anterior" e "em geral, em média". Por outro lado, a versão portuguesa proposta por Galinha e Ribeiro (2005a;2005b) é constituída por 20 itens, onde os sujeitos têm que indicar, numa escala tipo Likert de cinco pontos (1- “nada ou muito ligeiramente” até 5- “extremamente”), em que medida sentem ou sentiram as/os emoções/sentimentos descritos, durante o período temporal selecionado.

Fazendo uso do autorrelato efetuado pelos indivíduos através da PANAS, Norlander et al. (2002, 2005) e Archer et al. (2007) propuseram um modelo de perfis afetivos, onde cada sujeito é enquadrado num de quatro perfis existentes. Os quatro perfis propostos pelos autores são:

1. *Self-fulfilling* (níveis elevados de AP e níveis baixos de AN);
2. *High affective* (níveis elevados de AP e de AN);
3. *Low affective* (níveis baixos AP e de AN) e
4. *Self-destructive* (níveis baixos de AP e níveis altos de AN).

Estes perfis são, frequentemente, utilizados para comparar grupos de indivíduos que são semelhantes numa das duas dimensões da afetividade, mas diferem na outra, o que permite uma abordagem centrada na pessoa para a pesquisa das diferenças individuais (Garcia, et al., 2016; Garcia, et al., 2016; Garcia, et al., 2016).

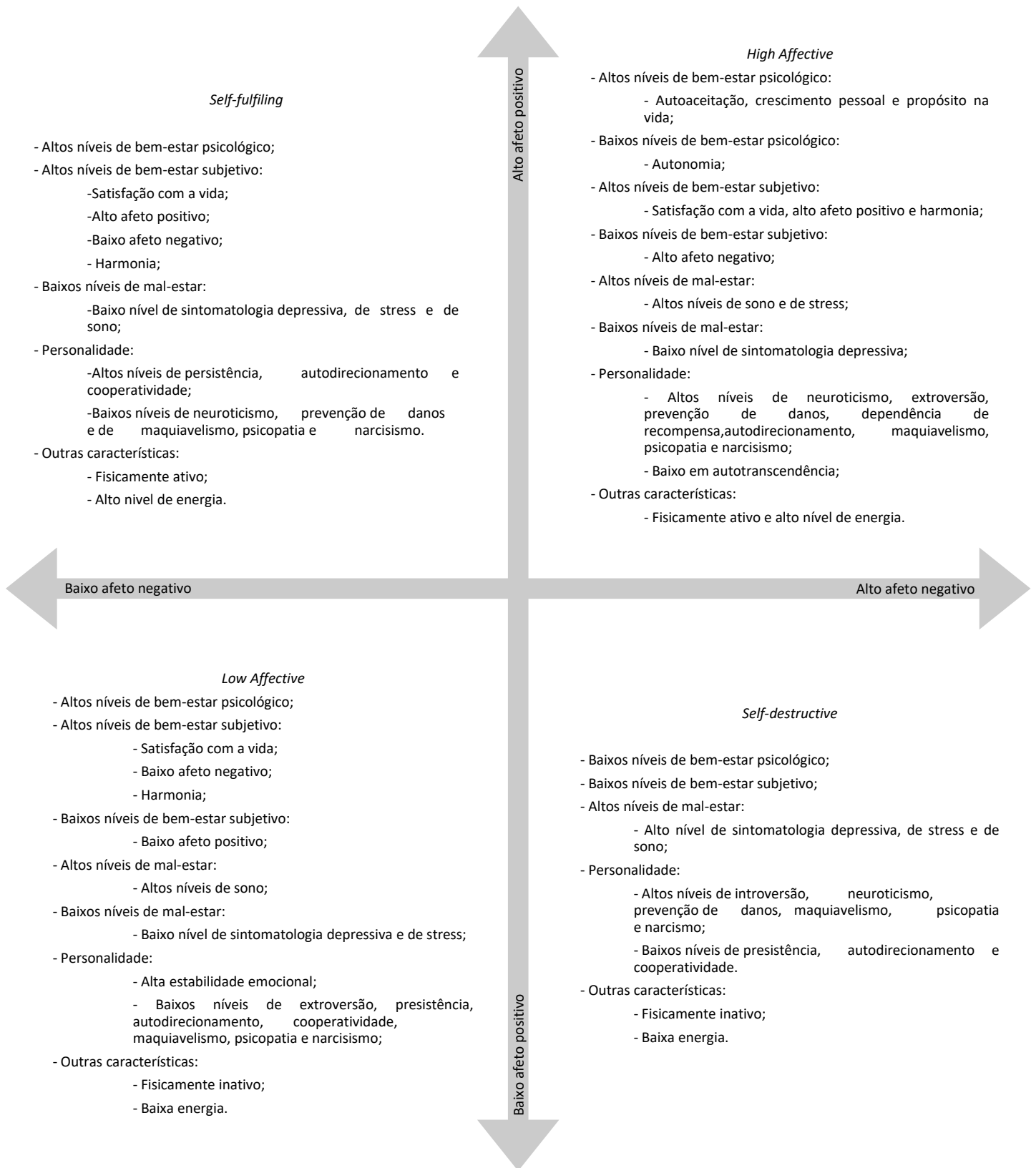
Assim, indivíduos que apresentem altos níveis de AP (ou seja, aqueles com um perfil *self-fulfilling* ou *high affective*) tem tendência a valorizar mais a vida, são mais seguros, mais autoconfiantes, mais sociais e assertivos. Geralmente, são também descritos como apaixonados, felizes e enérgicos. Em contraste, os indivíduos que apresentam altos níveis de AN, especialmente aqueles com perfil *self-destructive*, apresentam mais stresse e tensão, bem como falta de controlo (Norlander & Johansson Bood, 2005). Quando comparamos sujeitos com perfis que diferem em ambas as dimensões de afetividade, vemos que indivíduos com um perfil *self-fulfilling* apresentam mais satisfação com a vida e maiores níveis de bem-estar

psicológico em comparação com indivíduos com perfil self-destructive. Para além disso, indivíduos com perfil de self-fulfilling também experimentam níveis mais elevados de energia e otimismo e níveis mais baixos de stress, depressão e ansiedade (Garcia & Archer, 2016).

Na figura 1 serão apresentadas as características de cada perfil de uma forma mais detalhada, incluindo os níveis de bem-estar psicológico, subjetivo e de mal-estar, bem como características de personalidade.

Figura 1

Perfis Afetivos Do Bem-estar Subjetivo



Num estudo realizado por Schutz e colaboradores (2013), foi possível perceber que, em comparação com os outros perfis, os indivíduos com perfil *self-fulfilling* são menos deprimidos, mais felizes e mais satisfeitos com a vida. Por outro lado, os indivíduos enquadrados no perfil *self-destructive* são mais deprimidos, menos felizes e mais insatisfeitos com a vida, contrariamente a todos os outros perfis. Além disto, o presente estudo indica que a procura pela felicidade por meio de estratégias guiadas pelo arbítrio, comunhão e espiritualidade está relacionada a uma experiência *self-fulfilling*, caracterizada por níveis altos de AP e baixos de AN. Ainda neste estudo, foi possível concluir que participantes do género feminino expressaram um nível mais alto de AN do que os participantes do género masculino.

Do mesmo modo, no estudo de Caroli e Sagone (2016), foram confirmadas diferenças em função do género, sendo que o género feminino apresenta um nível superior de AN. Estes resultados apontam para uma maior frequência do perfil *self-destructive* e o perfil *high affective*, em indivíduos do género feminino (Caroli e Sagone, 2016).

Num estudo levado a cabo por Garcia e colaboradores (2014), os investigadores concluíram que indivíduos categorizados como *self-fulfilling* tendem a pontuar mais alto nas dimensões de bem-estar psicológico, tais como as relações positivas, o domínio ambiental, a autoaceitação, a autonomia, o crescimento pessoal e o propósito de vida. Concluíram também que 47% a 66% da variância da harmonia na vida foi explicada pelas dimensões de bem-estar psicológico dentro dos quatro perfis afetivos. Assim sendo, os resultados deste estudo demonstraram que os perfis afetivos se relacionam constantemente com o bem-estar psicológico e com a harmonia na vida. Os indivíduos classificados como *self-fulfilling* tendem a relatar níveis mais elevados de bem-estar psicológico e harmonia na vida, enquanto que os indivíduos do grupo *self-destructive* relataram os níveis mais baixos de bem-estar psicológico e harmonia, quando comparados com os outros perfis.

Mais recentemente, num outro estudo de Garcia e colaboradores (2020), realizado junto de 900 sujeitos residentes nos EUA, tinha como objetivo principal utilizar o modelo dos perfis afetivos para investigar as diferenças individuais de motivação, stress e energia. No que concerne à motivação importa salientar que esta se divide em motivação externa que compreende dois componentes, a regulação identificada e a regulação externa, e a motivação intrínseca que é a satisfação do indivíduo em participar numa atividade, sem nenhum tipo de reforço (Garcia, et al., 2020). Assim, foi possível perceber que sujeitos enquadrados no perfil *self-fulfilling* apresentaram uma pontuação mais elevada no que concerne à motivação intrínseca, quando comparados com indivíduos com qualquer outro perfil. No que diz respeito

à regulação identificada os autores verificaram que indivíduos com o perfil *self-fulfilling* apresentam uma pontuação mais elevada do que os indivíduos com perfil *self-destructive* e, indivíduos com perfil *high affective* obtiveram, também, pontuação mais elevada do que indivíduos com perfil *low affective* (Garcia, et al., 2020).

Ainda no mesmo estudo, quando analisada a regulação externa, os investigadores verificaram que indivíduos com perfil *self-destructive* tiveram pontuações mais altas do que indivíduos no perfil *self-fulfilling*. Estes resultados indicam que indivíduos *self-fulfilling* seguem a sua motivação interna, enquanto que os indivíduos *self-destructive* não agem em conformidade com a sua motivação interna e vontade, mas sim no sentido de evitar punições ou ganhar recompensas. Por fim, no que concerne à falta de motivação, indivíduos com perfil *self-destructive* e com perfil *low affective* obtiveram pontuações, expressivamente, mais elevadas do que indivíduos com perfil *self-fulfilling*. Estes resultados, encontram-se de acordo com estudos anteriores (Anderson Arnten et al., 2015), que mostram que os indivíduos com um perfil *self-destructive* pontuam mais alto na falta de motivação, do que indivíduos categorizados em qualquer um dos outros perfis afetivos (Garcia et al., 2020).

Por fim, estes autores, verificaram que, indivíduos com perfil *self-destructive* mostram maior stresse e menos energia, quando comparados com sujeitos enquadrados nos restantes perfis afetivos. Pelo contrário, os indivíduos enquadrados no perfil *self-fulfilling* mostram menor stresse e maior energia do que os enquadrados no perfil *self-destructive* (Garcia et al., 2020).

Sintomatologia depressiva e perfis afetivos do bem-estar subjetivo

No que diz respeito à relação entre as duas variáveis acima mencionadas, a literatura existente indica que estas parecem estar correlacionadas entre si, uma vez que, o AN surge correlacionado de forma positiva com a sintomatologia depressiva, ou seja, quando o AN é elevado, a sintomatologia depressiva também tende a ser aumentada e vice-versa. Por outro lado, o AP encontra-se correlacionado de forma negativa com esta mesma sintomatologia, ou seja, quando o AP está diminuído a sintomatologia depressiva tende a ser elevada, e o contrário também acontece (Martins, 2019; Carbonell et al., 2015).

Num estudo realizado por Martins (2019), a amostra, constituída por 520 sujeitos, evidenciou níveis elevados de sintomatologia depressiva e valores de AP inferiores aos valores de AN. O mesmo estudo evidenciou ainda a existência de uma correlação positiva entre a

sintomatologia depressiva e o AN, e uma correlação negativa com o AP. Isto significa que um indivíduo que experiencia maior sintomatologia depressiva tende a apresentar níveis mais elevados de AN e mais baixos de AP (Martins, 2019).

Por sua vez, o estudo efetuado por Carbonell e colaboradores (2015), tinha como principal objetivo analisar o AP e o AN em adultos com perturbação de ansiedade, com perturbação depressiva e em indivíduos sem qualquer tipo de perturbação. Assim sendo, os autores do presente estudo examinaram a presença de disparidades ao nível dos perfis afetivos entre sujeitos que apresentavam sintomatologia ansiosa, depressiva ou mista (sintomatologia ansiosa e depressiva, em simultâneo) e sujeitos sem qualquer perturbação psicopatológica (Carbonell, et al., 2015). Após a recolha de dados e a análise dos mesmos, os autores conseguiram concluir que indivíduos sem sintomatologia psicopatológica apresentam scores de AP significativamente mais elevados e scores de AN menores, quando comparados com sujeitos que apresentam sintomatologia psicopatológica. Relativamente aos níveis de AP e de AN, quando comparados estes grupos com grupos de sujeitos com sintomatologia psicopatológica foi possível verificar que pessoas com ansiedade não diferem dos sujeitos sem qualquer sintomatologia, enquanto que indivíduos com sintomatologia depressiva ou mista diferem, significativamente dos sujeitos sem qualquer sintomatologia. Relativamente a indivíduos com sintomatologia depressiva, os mesmos autores afirmam que estes apresentam baixos níveis de AP e de AN (Carbonell, et al., 2015).

O estudo de Schutz e colaboradores (2013), realizado junto de 900 participantes residentes nos Estados Unidos da América (EUA) e com uma média de idade de 28,72, tinha como principal objetivo analisar as relações entre os quatro tipos de perfis afetivos (*self-fulfilling*, *high affective*, *low affective*, *self-destructive*) com a felicidade e depressão, satisfação com a vida e estratégias de aumento da felicidade. Os resultados deste estudo mostraram que participantes com perfil *self-fulfilling* relataram um nível significativamente mais alto de felicidade e um nível significativamente mais baixo de depressão, quando comparado com os participantes com perfil *high affective*, *low affective* e *self-destructive*. Além disso, indivíduos com perfil *self-destructive* evidenciaram um nível significativamente mais alto de depressão e um nível mais baixo de felicidade do que sujeitos com os restantes perfis. Os resultados também mostram que os sujeitos com perfil *high affective* e perfil *low affective* relataram maior nível de felicidade e menor nível de depressão do que sujeitos com perfil *self-destructive*. E, ao mesmo tempo, indivíduos com esses mesmos perfis (*high e low affective*), mostraram níveis

significativamente mais baixos de felicidade e níveis significativamente mais altos de depressão do que indivíduos com perfil *self-fulfilling* (Schutz, et al,2013).

Segundo Schutz e colaboradores (2013), os resultados do seu estudo, correspondem aos resultados encontrados em pesquisas realizadas com a população sueca, que evidenciam que níveis elevados de AP estão associados a menores níveis de depressão, ansiedade e stress (Garcia et al., 2012; Lindahl & Archer, 2013) e que este pode servir como um fator antidepressivo e como um fator de proteção para a felicidade e para a satisfação com a vida (Lindahl & Archer, 2013; Archer & Kostrzewa, 2013; Archer et al., 2013).

Objetivos, Questões e Hipóteses de Investigação

A presente investigação tem, como principais objetivos compreender a relação entres os perfis afetivos e a sintomatologia depressiva e perceber ainda se existem diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função de diferentes variáveis sociodemográficas.

Assim sendo as questões de investigação enunciadas são:

1. “Existem diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função de variáveis sociodemográficas tais como género, idade, escolaridade, ou estado civil?”
2. “Existem diferenças ao nível da sintomatologia depressiva dos indivíduos em função dos seus perfis afetivos?”

Com base na pesquisa bibliográfica efetuada, será expectável encontrar diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do género, idade, estado civil e da escolaridade. Ou seja, prevê-se que sujeitos do género feminino, mais velhos, solteiros e/ou com baixa escolaridade apresentem níveis de sintomatologia depressiva mais elevados. Espera-se ainda que os dados apontem para que sujeitos com perfil *self-fulfilling* apresentem níveis de sintomatologia depressiva inferiores àqueles com perfil *self-destructive*.

Metodologia

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

Participantes

Para a presente investigação foi constituída uma amostra clínica, não probabilística, que compreende 95 utentes de um Centro Hospitalar do Norte do país.

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

1. exibir sintomatologia psicopatológica, razão pela qual se encontravam no serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar, em regime ambulatorio;
2. ter capacidade para dar consentimento informado;
3. ter capacidade para preencher autonomamente o questionário acima mencionado;
4. ter idade superior aos 18 anos.

De salientar que, todos os sujeitos que não respeitassem todos os critérios acima mencionados, foram excluídos da investigação.

Os participantes envolvidos no estudo têm idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos.

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

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

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

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

Relativamente, à distribuição da variável perfis afetivos pela amostra, é possível afirmar que 23.2% dos participantes apresentam perfil *self-fulfilling* ($n = 22$), 18.9% apresentam perfil *high affective* ($n = 18$), 29.5% exibem perfil *low affective* ($n = 28$) e 28.4% exibem perfil *self-destructive* ($n = 27$).

Por último, no que diz respeito à variável sintomatologia depressiva, esta apresenta um valor de M igual a 1.787 e um DP de .750. Assim, é possível referir que 67.4% ($n = 64$) dos participantes apresentam um score inferior ao ponto de corte 2, enquanto que 32.6% ($n = 31$) dos sujeitos apresentam um score acima do mesmo ponto de corte. Importa referir que estar abaixo do ponto de corte revela níveis de sintomatologia depressiva mais baixos ou ausência desta, enquanto que o contrário se traduz em níveis de sintomatologia depressiva mais elevados.

Instrumentos

Os instrumentos de avaliação abaixo mencionados foram utilizados na recolha de dados do presente estudo: Questionário sociodemográfico, Questionário de Afeto Positivo e Negativo (PANAS) (Galinha & Ribeiro, 2005^a;2005b) e Medida de Auto Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 para Adultos (APA, 2014).

Questionário sociodemográfico

O Questionário sociodemográfico foi utilizado para recolher informações gerais acerca dos sujeitos. É constituído por itens relativos ao género, à idade, à escolaridade, à nacionalidade, à profissão e ao estado civil. Todos os itens solicitam uma resposta curta.

O mesmo foi desenvolvido no âmbito deste estudo pelos investigadores do Centro de Investigação em Psicologia para o Desenvolvimento Positivo (CIPD).

Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo - PANAS

Para o presente estudo foi utilizada a versão portuguesa de Galinha e Pais Ribeiro (2005a;2005b), da escala de afeto positivo e negativo (PANAS) para avaliar a dimensão emocional do Bem-estar Subjetivo. Esta escala é composta por 20 itens, pertencentes a duas subescalas (lista de AP e lista de AN) com 10 itens cada (Watson et al, 1988). A lista de AP

inclui os seguintes descritores de emoções positivas: interessado, entusiasmado, excitado, inspirado, determinado, orgulhoso, ativo, encantado, caloroso e agradavelmente surpreendido. Por sua vez, a lista de AN inclui os descritores de emoções negativas que se seguem: perturbado, atormentado, amedrontado, assustado, nervoso, trémulo, remorsos, culpado, irritado e repulsa. Os itens são pontuados de acordo com uma escala tipo *Likert*, de cinco pontos (1 = “Nada ou muito ligeiramente”; 2 = “Um pouco”; 3 = “Moderadamente”; 4 = “Bastante”; 5 = “Extremamente”).

No que concerne às propriedades psicométricas da versão portuguesa desta escala, a mesma apresenta uma consistência interna favorável, tanto para a escala de AP ($\alpha = .86$) como para a escala de AN ($\alpha = .89$). Relativamente à correlação entre a escala de afeto positivo e de afeto negativo, tal como na versão original, esta encontra-se muito próxima do zero ($r = -.10$), o que demonstra que estas duas dimensões são polos opostos do mesmo construto, ou seja, um aumento do AP não corresponde necessariamente a uma diminuição do AN (Galinha & Pais Ribeiro, 2005a;2005b).

Medida de Auto Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5

A Medida de Auto Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 é, frequentemente, empregue para averiguar a presença de sintomatologia depressiva nos sujeitos, sendo uma medida de autorrelato, apesar de existir a possibilidade de ser preenchida por terceiros. Avalia vários domínios de saúde mental, cruciais para os diagnósticos psiquiátricos (APA, 2014).

Na presente investigação recorreu-se à versão de investigação para adultos, habitualmente utilizada na entrevista de uma consulta inicial, uma vez que esta é uma medida de despiste de sintomas de psicopatologia (APA, 2014).

Esta ferramenta de recolha de dados apresenta 13 domínios psiquiátricos (I – Depressão, II- Raiva, III- Mania, IV- Ansiedade, V- Sintomas somáticos, VI- Ideação suicida, VII- Psicose, VIII- Problemas de sono, IX- Memória, X- Pensamentos e comportamentos repetitivos, XI- Dissociação, XII- Funcionamento da personalidade e XIII- Uso de substâncias), que perfazem um total de 23 itens. O domínio depressão que corresponde ao domínio um, contém apenas dois itens: “Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas” e “Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem esperança”. Os itens deste instrumento são pontuados numa escala tipo Likert de cinco pontos, onde zero significa “nenhuma/nada” e

quatro significa “grave/quase todos os dias”. O máximo de pontuação que um indivíduo pode obter é 8 e o mínimo 0 pontos.

Procedimento

Recolha de dados

Para a recolha de dados foi necessário obter uma autorização por parte da administração do Centro Hospitalar e um parecer ético por parte da Comissão de Ética da Universidade Lusíada Norte-Porto.

De seguida e após a identificação dos utentes do Centro Hospitalar, por parte dos médicos psiquiátricos, foi realizado o primeiro contato com os mesmos. Neste primeiro contacto e após aceitarem participar no estudo, foi-lhes esclarecido o carácter voluntário, a confidencialidade e o anonimato e a possibilidade de desistirem a qualquer momento, solicitando-se, por fim, a assinatura do consentimento informado. Assim, o presente estudo cumpre os princípios da Declaração de Helsínquia, princípios éticos, redigidos pela Associação Médica Mundial, que regem a pesquisa realizada com seres humanos.

Após este processo, procedeu-se à entrega dos questionários selecionados para o estudo, com intuito de recolher os dados necessários para a investigação. O autopreenchimento dos questionários prolongou-se durante um período aproximado de 90 minutos. Os investigadores demonstraram-se sempre disponíveis para auxiliar os participantes em alguma questão que estes não compreendessem.

Análise de dados

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

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

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

Para calcular os perfis afetivos utilizou-se a medida de autorrelato PANAS que permite avaliar duas dimensões: AP e AN. Após calcular estas duas dimensões, procedeu-se à análise

da mediana para o AP e o AN (Norlander et al., 2002; De Caroli & Sagone, 2016). Após o cálculo das medianas, classificou-se cada participante como estando acima ou abaixo da mediana, quer para o AP, quer para o AN. Posteriormente e, através desta classificação, cada um dos participantes foi enquadrado num dos quatro perfis afetivos (Norlander et al., 2002; Archer, et al, 2007; Garcia, 2017).

Para calcular a sintomatologia depressiva utilizou-se a Medida de Auto Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 para Adultos que permitiu avaliar 13 domínios, incluindo a sintomatologia depressiva. Esta medida serve apenas para fazer uma avaliação primária da presença ou ausência da sintomatologia depressiva (APA, 2014). Assim, a variável sintomatologia depressiva foi tratada como uma variável contínua, em que valores mais elevados nesta escala significam maiores níveis de sintomatologia depressiva e valores mais baixos significam menores níveis de sintomatologia depressiva, sendo a variável dependente deste estudo. A escala da sintomatologia depressiva varia entre zero e quatro, sendo que todos os indivíduos com média igual ou superior ao ponto de corte (dois), apresentavam maiores níveis de sintomatologia depressiva que os restantes. Assim, quanto maior for a média, maior será a sintomatologia depressiva apresentada pelo sujeito.

De seguida, foi utilizada a Estatística Descritiva para uma caracterização e descrição sumária do conjunto de dados em análise (Martins, 2015). Foram realizadas análises para calcular as medidas de tendência central, nomeadamente a *M*, a *MO* e a *MDN*, bem como medidas de dispersão como o *DP*, o *Min*, o *Max*, a frequência (*n*) e a percentagem (%) das variáveis sociodemográficas.

Posteriormente, para testar a normalidade da distribuição da variável dependente intervalar e para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se, respetivamente, ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* e ao teste de *Levene*, conforme resultados que se apresentam no capítulo seguinte

Para analisar as diferenças entre os grupos e a relação entre as variáveis foi utilizada a Estatística Inferencial (Almeida & Freire, 2017). Mais concretamente, realizaram-se análises de variância (ANOVA) Unifatorial para perceber se a sintomatologia depressiva depende das variáveis sociodemográficas (escolaridade e estado civil), dado que a literatura científica existente mostra que a sintomatologia depressiva pode, também, depender deste tipo de variáveis. De seguida e tendo em conta o mesmo referencial teórico, recorreu-se ao teste T para perceber se a sintomatologia depressiva varia em função da variável género e à correlação

de *Pearson* para perceber se a variação na mesma sintomatologia se associa à variável idade. Por fim, foi realizada uma análise de variância, através da Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial, para averiguar se os diferentes perfis afetivos afetam os níveis de sintomatologia depressiva experienciada pelos participantes.

Resultados

Apresentam-se de seguida os resultados obtidos para as questões de investigação formuladas, de acordo com o plano de análises delineado.

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função da Escolaridade

O teste de pressupostos para a realização da ANOVA unifatorial mostrou que a normalidade da distribuição da variável sintomatologia depressiva não está cumprida, pois o teste de *Kolmogorov-Smirnov* revelou-se significativo para todos os graus de escolaridade ($p < .05$), exceto para o 2º ciclo do ensino básico ($p = .200$) e para a licenciatura ($p = .057$). Neste sentido, foi conduzida estatística não paramétrica, usando o equivalente não paramétrico da ANOVA, ou seja o teste de *Kruskal-Wallis*. Também a homogeneidade das variâncias foi testada através do teste de *Levene*, que revelou um valor de prova associado de $p = .398$, remetendo para a confirmação do pressuposto da homogeneidade.

Tendo por base os resultados obtidos no teste de *Kruskal-Wallis*, estes foram marginalmente significativos, sendo possível afirmar que a sintomatologia depressiva varia de forma marginal em função da escolaridade dos participantes, $X^2(5) = 10.229$, $p = .069$. Ou seja, os valores da tabela 3, permitem afirmar que sujeitos com menor escolaridade apresentam níveis de sintomatologia depressiva mais elevados, sendo que a escolaridade explica 12.8% da variância na sintomatologia depressiva.

Tabela 1

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função da escolaridade

	Escolaridade						$X^2(5)$
	1º Ciclo do ensino básico ($n=19$) Ordem Média	2º Ciclo do ensino básico ($n=18$) Ordem Média	3º Ciclo do ensino básico ($n=22$) Ordem Média	Ensino secundário ($n=21$) Ordem Média	Licenciatura ($n=5$) Ordem Média	Mestrado ($n=4$) Ordem Média	
Sintomatologia depressiva	54.79	49.08	41.93	42.43	42.90	13.13	10.229 ⁺

⁺ $p < .10$

Especificamente, nos testes *de Mann-Whitney* com correção de *Bonferroni*, apenas se verificou que os participantes com grau de Mestrado apresentam níveis significativamente mais baixos de sintomatologia depressiva quando comparados com os participantes com o 1º ciclo do ensino básico, $U = 6.500, p = .006$.

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do Estado Civil

O teste de pressupostos para a realização da ANOVA unifatorial mostrou que a normalidade da distribuição da variável sintomatologia depressiva não está cumprida, pois o teste de *Kolmogorov-Smirnov* revelou-se significativo para a variável estado civil ($p < .05$). Neste sentido, foi conduzida estatística não paramétrica, usando o equivalente não paramétrico da ANOVA que revelou resultados equivalentes àqueles encontrados com o teste paramétrico. Por este motivo, optou-se por reportar os valores dos testes paramétricos dado serem mais robustos (Fife-Schaw, 2006). Também a homogeneidade das variâncias foi testada através do teste de *Levene*, que revelou um valor de prova associado de $p = .234$, remetendo para a confirmação do pressuposto.

Tendo em conta a ANOVA realizada, podemos afirmar que a sintomatologia depressiva não depende do estado civil dos indivíduos, $F(3,86) = 1.585, p = .199$.

Tabela 2

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do estado civil

	Estado Civil			$F(3,86)$
	Solteiro ($n = 23$) $M(DP)$	Casado ($n = 53$) $M(DP)$	Divorciado ($n = 13$) $M(DP)$	
Sintomatologia depressiva	1.614 (.819)	1.768 (.754)	2.115 (.506)	1.585

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do Género

Para testar homogeneidade das variâncias, foi feito o recurso ao teste de *Levene*, que revelou um valor de prova associado de $p = .861$, remetendo para a confirmação do pressuposto.

Com base nos resultados obtidos no teste T para amostras independentes, é exequível afirmar que a sintomatologia depressiva varia em função do género, mas apenas de uma forma marginal, $t(91) = -1.754$, $p = .083$, sendo que os indivíduos do género feminino apresentam valores mais elevados de sintomatologia depressiva que os do género masculino.

Tabela 3

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do género

	Feminino ($n = 64$) $M(DP)$	Masculino ($n = 29$) $M(DP)$	$t(91)$
Sintomatologia Depressiva	1.863 (.743)	1.572 (.739)	-1.754 ⁺

⁺ $p < .10$

Associação entre a sintomatologia depressiva e a variável Idade

Através da correlação de *Pearson* realizada, é possível afirmar que a sintomatologia depressiva não está significativamente correlacionada com a idade, $r = .07$, $p = .492$. Assim, a sintomatologia depressiva não está necessariamente associada à idade dos sujeitos.

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função dos perfis afetivos

O teste de pressupostos para a realização da ANOVA unifatorial mostrou que a normalidade da distribuição da variável sintomatologia depressiva não está cumprida, pois o teste de *Kolmogorov-Smirnov* revelou-se significativo para os perfis *low affective* ($p = .043$) e *self-destructive* ($p < .001$). Neste sentido, foi conduzida estatística não paramétrica, usando o equivalente não paramétrico da ANOVA que revelou resultados equivalentes àqueles encontrados com o teste paramétrico. Por este motivo, optou-se por reportar os valores dos

testes paramétricos dado serem mais robustos (Fife-Schaw, 2006). Também a homogeneidade das variâncias foi testada através do teste de *Levene*, que revelou um valor de prova associado de $p = .001$, remetendo para a violação do pressuposto. Neste sentido, vai optar-se por reportar o valor da correção de Welch, uma vez que esta corrige o facto de a homogeneidade das variâncias não estar cumprida, em detrimento do habitual valor de F .

Os resultados da ANOVA Unifatorial demonstraram então a existência de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função dos perfis afetivos, $F(3,41) = 14.437$; $p < .001$, $\eta^2 = .307$, sendo que os perfis afetivos explicam 30.7% da variância na sintomatologia depressiva (Tabela 4).

Tabela 4

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função dos perfis afetivos

	Perfis Afetivos				$F(3,41)$
	<i>Self-fulfilling</i> ($n = 22$) $M(DP)$	<i>High affective</i> ($n = 18$) $M(DP)$	<i>Low affective</i> ($n = 28$) $M(DP)$	<i>Self-destructive</i> ($n = 27$) $M(DP)$	
Sintomatologia depressiva	1.149 (.798)	2.139 (.744)	1.663 (.651)	2.201 (.303)	14.437***

*** $p < .001$

Especificamente, nos testes *Post-Hoc* com correção de *Bonferroni*, verificou-se que os participantes com perfil *self-destructive* ($M = 2.201$; $DP = .303$) apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva relativamente aos participantes com perfil *low affective* ($M = 1.663$; $DP = .651$) e relativamente aos participantes com perfil *self fulfilling* ($M = 1.149$; $DP = .798$), mas não relativamente aos participantes com perfil *high affective* ($M = 2.139$; $DP = .744$).

Para além disso, importa notar que o perfil *self fulfilling* apresenta valores de sintomatologia depressiva significativamente inferiores a todos os outros perfis afetivos. Em detalhe, os participantes com perfil *self fulfilling* ($M = 1.149$; $DP = .798$) têm valores significativamente mais baixos de sintomatologia depressiva quando comparados com os participantes com perfil *high affective* ($M = 2.139$; $DP = .744$), bem como com os participantes

com perfil *low affective* ($M = 1.663$; $DP = .651$) e perfil *self-destructive* ($M = 2.201$; $DP = .303$) (Tabela 5).

Tabela 5

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva entre perfis afetivos

	Perfis Afetivos					
	<i>Self-fulfilling</i>	<i>Self-fulfilling</i>	<i>Self-fulfilling</i>	<i>High Affective</i>	<i>High Affective</i>	<i>Low Affective</i>
	vs.	vs.	vs.	vs.	vs.	vs.
	<i>High Affective</i>	<i>Low Affective</i>	<i>Self-destructive</i>	<i>Low Affective</i>	<i>Self-destructive</i>	<i>Self-destructive</i>
Sintomatologia depressiva	*	*	*	ns	ns	*

* $p < .05$, ns=não significativo

Discussão de resultados

Os objetivos principais da presente investigação consistiram em compreender a relação entre os perfis afetivos e a sintomatologia depressiva e também em verificar a existência de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função de diferentes variáveis sociodemográficas. Esta investigação revelou-se fundamental na medida em que a literatura científica encontrada apenas abarca estudos acerca das variáveis de uma forma isolada, sendo poucos aqueles que o fazem de forma conjunta, ou seja, são poucos aqueles que abordam a relação da sintomatologia depressiva com os perfis afetivos. Quer para a população mundial quer para a população portuguesa, são poucos os estudos encontrados acerca da relação entre a sintomatologia depressiva e os perfis afetivos, sendo que no caso desta última não foram encontrados estudos que abordassem este mesmo tema, pelo que se espera que esta investigação seja um contributo importante para a investigação no âmbito da Psicologia Clínica, em Portugal.

No que se refere ao primeiro objetivo desta investigação, foi possível verificar que nem todas as variáveis sociodemográficas contribuem para explicar a variância na sintomatologia depressiva dos sujeitos. De uma forma mais específica, apurou-se que o género e a escolaridade são diferenciadores dos níveis de sintomatologia depressiva da amostra, mas que estes níveis não variam em função das variáveis estado civil e idade. Relativamente às diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função da escolaridade, o estudo de Minghelli e colaboradores (2013) revela que o menor grau de escolaridade pode aumentar a prevalência dos sintomas depressivos, o que suporta os resultados obtidos na presente investigação, atendendo a que os participantes do presente estudo que têm grau de mestrado apresentam níveis de sintomatologia depressiva mais baixos do que os participantes com o primeiro ciclo do ensino básico. Por seu turno, o estudo de Santos e colaboradores (2014) afirma a existência de diferenças a este nível no entanto, no sentido oposto, ou seja, refere que sujeitos com maior grau de escolaridade parecem apresentar maiores níveis de sintomatologia depressiva. Esta diferença encontrada no estudo de Santos e colaboradores (2014) pode ser explicada pelo facto do grau de escolaridade ser potenciador de uma maior procura de informação, maior compreensão de todo o processo cirúrgico e, conseqüentemente, aumentar a propensão para depressão. Em contrapartida, o estudo de Marcolino e colaboradores (2007), afirma que a escolaridade não se encontra associada a sintomatologia depressiva.

No que diz respeito às diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do género, vários são os estudos que sustentam este resultado. A título de exemplo, os estudos de Claro (2014), Delfini e colaboradores (2009), Minghelli e colaboradores (2013) e de Maske e colaboradores (2016) apontam para níveis mais elevados de depressão em sujeitos do género feminino, quando comparados com sujeitos do género oposto. Em contrapartida, os estudos de Marcolino e colaboradores (2007), Santos e colaboradores (2014) e de Santos (2017), não corroboram os resultados deste estudo e dos estudos acima mencionados uma vez que refere que não existem diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do género. Posto isto, importa referir que as diferenças entre género, tal como a literatura indica, podem ser explicadas pela maior frequência das mulheres a consultas médicas e maior adesão aos cuidados de saúde (Minghelli, et al., 2013), mas também pelos papéis sociais que este género assume, ou seja, conforme esses papéis tradicionais, as mulheres devem externalizar as suas emoções e assumir um estilo de enfrentamento mais passivo e também por fatores biológicos. Outra explicação apresentada na literatura refere-se às flutuações normais das hormonas femininas no ciclo reprodutivo que podem desestabilizar os mecanismos modeladores do humor e do comportamento (Delfini, et al., 2009; Claro, 2014).

No que concerne às diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função da idade e tal como referido anteriormente, os resultados da presente investigação demonstram a inexistência de associação entre as duas variáveis. Para corroborar estes mesmos resultados surgem os estudos de Santos (2017), Santos e colaboradores (2014) e de Marcolino e colaboradores (2007), que evidenciam a inexistência de diferenças na sintomatologia depressiva em função da idade. Em contrapartida, foram encontrados estudos que evidenciam a existência de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função da idade, como por exemplo o estudo de Delfini e colaboradores (2009), que refere que indivíduos na faixa etária entre os 71 e os 80 anos apresentam uma pontuação média maior na subescala depressão e o estudo Minghelli e colaboradores (2013), que afirma, de igual forma que os sintomas depressivos são mais comuns em sujeitos com idades mais avançadas.

Por último, relativamente ao estudo das diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do estado civil, neste estudo e à semelhança do que acontece com a variável idade, também não foram encontradas diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do estado civil dos participantes. Para corroborar estes resultados emergem os estudos de Santos e colaboradores (2014) e de Marcolino e colaboradores (2007) que apontam para a ausência de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do estado civil. Sob outra perspetiva, emergem os estudos de Claro (2014), que afirma que os

sintomas depressivos são mais comuns em indivíduos solteiros, de Delfini e colaboradores (2009), que sustenta a hipótese de que estes mesmos sintomas são mais comuns em sujeitos divorciados e viúvos e, por fim, de Minghelli e colaboradores (2013) e de Maske e colaboradores (2016), que apontam que a ausência de parceiro é uma das causas para a maior prevalência de sintomatologia depressiva.

Posto isto, importa referir que as discrepâncias encontradas entre a presente investigação e os estudos encontrados na literatura, podem ser justificadas pela reduzida robustez dos nossos resultados neste âmbito. A mesma pode dever-se ao tamanho reduzido da amostra e às características tão específicas da amostra, nomeadamente, o facto de esta ser uma amostra clínica, ao facto de se limitar a uma única área geográfica, e também à fragilidade do instrumento utilizado na avaliação da sintomatologia depressiva, uma vez que este é um instrumento de rastreio com apenas dois itens para a sintomatologia depressiva. Assim, ao contrário do esperado, apenas a variável escolaridade mostrou ir de encontro à maioria dos dados presentes na literatura, enquanto que os resultados das variáveis género, idade e estado civil não mostraram diferenciar de uma forma significativa a sintomatologia depressiva. Desta forma, é possível concluir que os resultados do presente estudo não são suficientemente robustos para refutar os resultados dos estudos existentes que indicam o contrário, no entanto acrescenta valor aos que já existem com resultados semelhantes.

No que diz respeito ao segundo objetivo do estudo, verificou-se que existem diferenças significativas ao nível da sintomatologia depressiva em função dos perfis afetivos, sendo que participantes com perfil *self-destructive* apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva relativamente aos participantes com perfil *low affective* e relativamente aos participantes com perfil *self-fulfilling*, mas não relativamente aos participantes com perfil *high affective*. Para além disso, importa notar que o perfil *self-fulfilling* apresenta valores de sintomatologia depressiva significativamente inferiores a todos os outros perfis afetivos. Em detalhe, os participantes com perfil *self-fulfilling* têm valores significativamente mais baixos de sintomatologia depressiva quando comparados com os participantes com perfil *high affective*, bem como com os participantes com perfil *low affective* e perfil *self-destructive*.

Atendendo aos resultados do estudo de Schutz e colaboradores (2013), é possível afirmar que foram encontradas evidências que corroboram os resultados da presente investigação, mas também evidências que contrariam estes mesmos resultados. Assim, estes autores afirmam que sujeitos com perfil *self-fulfilling* apresentam níveis de sintomatologia depressiva mais baixos do que os sujeitos que se enquadram nos restantes perfis, o que vai de

encontro aos resultados do presente estudo. Encontraram também que participantes com perfil *self-destructive* apresentam níveis de sintomatologia depressiva mais elevados do que os participantes com perfil *high affective*, *low affective* e *self-fulfilling*, sendo que o nosso estudo apenas evidencia a existência de diferenças entre o perfil *self-destructive* e os perfis *low affective* e *self-fulfilling*. Para além disso, estes autores referem ainda que indivíduos com perfil *high affective* e *low affective* apresentam níveis de sintomatologia depressiva mais elevados do que sujeitos com perfil *self-fulfilling* e mais baixos quando comparados com sujeitos com perfil *self-destructive*, o que não se verifica nos resultados do nosso estudo (Schutz, et al, 2013).

Por seu turno, Carbonell e colaboradores (2015), afirmam que indivíduos sem sintomatologia psicopatológica apresentam scores de AP significativamente mais elevados e scores de AN menores, quando comparados com sujeitos que apresentam sintomatologia psicopatológica. Quando comparados com grupos de sujeitos com sintomatologia patológica foi possível verificar que pessoas com ansiedade não diferem dos sujeitos sem qualquer sintomatologia, enquanto que indivíduos com sintomatologia depressiva ou mista diferem, significativamente dos sujeitos sem qualquer sintomatologia. Relativamente a indivíduos com sintomatologia depressiva, os mesmos autores afirmam que estes sujeitos apresentam baixos níveis de AP e de AN, enquadrando-se assim no perfil *low affective*, sendo que no presente estudo foi possível concluir que no contínuo de sintomatologia depressiva, os indivíduos que apresentaram níveis mais elevados foram os com perfil *self-destructive* e não os com perfil *low affective*. (Cloninger & Garcia, 2015; Garcia, 2017; Garcia, et al, 2020; Carbonell, et al, 2015).

Deste modo, com base nas características de cada perfil afetivo (Cloninger & Garcia, 2015; Garcia, 2017 e Garcia et al,2020) e naquelas que caracterizam a generalidade dos quadros de sintomatologia depressiva (APA, 2014), é possível associar a ausência/presença de sintomatologia depressiva a determinados perfis afetivos, ou seja, é possível afirmar que um sujeito com determinado perfil afetivo se encontra mais/menos propenso para apresentar sintomatologia depressiva. A sintomatologia depressiva é uma condição clínica caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, perturbações no sono e/ou no apetite, cansaço e falta de concentração, queixas físicas sem motivo físico aparente e ainda por sentimentos de desesperança. Desta forma, apresentar perfil *self-destructive* parece constituir um fator de risco para apresentar sintomatologia depressiva, uma vez que este é caracterizado por baixos níveis de bem-estar psicológico e de bem-estar subjetivo, baixa energia e por altos níveis de mal-estar, associados a altos níveis de sintomatologia depressiva, de stress e de sono. Por sua vez, apresentar perfil *high affective*

parece constituir, igualmente, um fator de risco, uma vez que é um perfil de muita afetividade em ambos os sentidos, ou seja, no sentido da afetividade positiva mas também no sentido do afeto negativo sugerindo labilidade afetiva/flutuação de humor. Em contrapartida, apresentar perfil *self-fulfilling* e perfil *low affective* parece constituir um fator de proteção para o sujeito, isto porque, os mesmos são caracterizados por elevados níveis de bem-estar psicológico, de satisfação com a vida e de energia, bem como por níveis mais reduzidos de afeto negativo, stress e sono.

Em suma, é possível afirmar que, apesar de algumas controvérsias existentes na literatura encontrada acerca das variáveis sociodemográficas, o presente estudo aponta para a existência de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função das variáveis género, ainda que marginal, e escolaridade e para a inexistência de diferenças nesse mesmo nível em função das variáveis idade e estado civil. É possível afirmar ainda que, existem diferenças ao nível do quadro de sintomatologia depressiva apresentado pelos indivíduos, em função do seu perfil afetivo.

Limitações do estudo e contribuições para a prática clínica

Tal como acontece em todos os estudos, este não está isento de limitações, assim sendo serão expostas de seguida as limitações que foram consideradas mais importantes.

Em primeiro lugar, importa referir que o tamanho da amostra é um fator importante a ter em conta na investigação, uma vez que uma amostra de maior dimensão tem maior probabilidade de ser representativa da população geral. Desta forma, o tamanho da amostra deste estudo constituiu-se como uma limitação, uma vez que o mesmo contou apenas com 95 participantes.

A segunda limitação, por sua vez, prende-se com a reduzida área geográfica onde decorreu a recolha de dados, ou seja, os dados foram apenas recolhidos juntos de indivíduos de um único centro hospitalar do país. Esta é uma limitação, uma vez que, se a totalidade da amostra fosse representativa das características da população portuguesa os resultados obtidos seriam mais robustos.

De seguida, importa também referir que a aplicação da Medida de Auto Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 para Adultos, se constitui, de igual forma, como uma limitação. Isto acontece porque esta é uma medida composta apenas por duas questões referentes à depressão e uma medida primária na avaliação da presença/ausência de sintomatologia psicopatológica.

Ao mesmo tempo, uma outra limitação prende-se com a distribuição da amostra por género, ou seja apesar de a mesma ser relevante, é perceptível a presença de um maior número de participantes do género feminino, o que, por conseguinte, pode ter influenciado de alguma forma, os resultados obtidos.

Finalmente, para além de limitações, este estudo abarca ainda contribuições que podem ser relevantes para prática clínica futura.

Assim, a falta de investigações acerca deste tema em Portugal, torna este estudo crucial, na medida em que fornece informações adicionais aos profissionais que, através da avaliação dos perfis afetivos, podem desenvolver uma intervenção de carácter mais preventivo.

Finalmente, uma outra contribuição importante prende-se com a utilização da Medida de Auto Avaliação Transversal de Sintomas Nível 1 do DSM-5 (APA, 2014). Esta, tal como referido anteriormente, diz respeito a uma medida de despiste de sintomas de psicopatologia. Assim, e sendo um instrumento utilizado numa entrevista inicial, pode determinar a

necessidade de uma avaliação mais cuidadosa e rigorosa, através da Medida de Avaliação Transversal de sintomas de nível 2, por exemplo, que fornece um método mais aprofundado para a obtenção de informação sobre os sintomas potencialmente significativos para o diagnóstico, plano de tratamento e seguimento (APA, 2014).

Conclusão

A atual investigação, tinha como objetivo primordial, compreender a relação entre os perfis afetivos e a sintomatologia depressiva, tendo em conta que diferentes perfis afetivos podem estar associados a uma maior ou menor predisposição para que os sujeitos desenvolvam sintomatologia depressiva. Um outro objetivo foi procurar perceber de que forma é que diferentes níveis de sintomatologia depressiva se encontram associados a diferentes variáveis sociodemográficas (género, idade, escolaridade e estado civil).

Desta forma, tentou-se inicialmente perceber se as diferentes variáveis sociodemográficas seriam diferenciadores dos níveis de sintomatologia depressiva dos sujeitos. Assim, foi possível concluir que, entre as variáveis sociodemográficas analisadas, apenas as variáveis escolaridade e género têm um efeito nos níveis de sintomatologia depressiva.

De seguida, procurou-se compreender se existiam diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função dos perfis afetivos, evidenciando que sujeitos com perfil afetivo *high affective* ou *self-destructive* apresentam uma maior propensão para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva, enquanto que sujeitos com perfil afetivo *self-fulfilling* e *low-affective* apresentam uma menor predisposição para desenvolver quadros desta mesma sintomatologia.

Os perfis afetivos podem ser relevantes para explicar a variância na sintomatologia depressiva dos indivíduos. Ou seja, após perceber, através da aplicação da PANAS, em qual dos perfis afetivos cada sujeito se insere, o psicólogo/a tem a possibilidade de compreender se o mesmo se encontra mais ou menos propenso para desenvolver sintomatologia depressiva, sendo exequível, a partir desses dados, desenvolver uma intervenção de carácter preventivo.

Finalmente, fica visível o contributo deste estudo para a literatura científica em Portugal e espera-se que sirva de impulso para mais investigações acerca desta temática, a nível nacional.

Referências

- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J. & Ibáñez, E. (2006). Afectos y Género. *Psicothema*, 18 (1), 143-143.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2017). Metodologia da investigação em psicologia e educação. Braga: Psiquilibrios.
- American Psychiatric Association (2014). DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andersson Arntén, A-C., Algafoor, N. A., Nima, A. A., Schütz, E., Archer, T., & Garcia, D. (2015). Police personnel affective profiles: Differences in perceptions of the work climate and motivation. *Journal of Police and Criminal Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s11896-015-9166-5>
- Archer T., Adrianson L., Plancak A., & Karlsson E. (2007). Influence of affective personality on cognition-mediated emotional processing: Need for empowerment. *European Journal of Psychiatry*, 21(4), 248-262.
- Archer T & Kostrzewa RM. (2013). The inductive agency of stress: from perinatal to adolescent induction. *Adaptive and maladaptive aspects of developmental stress, current topics in neurotoxicity*, 3, 1–20. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5605-6_1
- Archer T, Oscar-Berman M, Blum K, Gold MS. (2013). Epigenetic modulation of mood disorders. *Journal of Genetic Syndromes & Gene Therapy*, 4, 120–133.
<https://doi.org/10.4172/2157-7412.1000120>
- Bacon, S. F. (2005). Positive psychology's two cultures. *Review of General Psychology*, 9 (2), 181-192.
- Beck, A. (1967). *Depressão: Aspectos clínicos, experimentais e teóricos*. Nova York: Harper and Row.
- Beck, A. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. 1ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 316.

- Borralha, S. J. (2011). Processos cognitivos em adultos com depressão major (Unpublished master's thesis). Unidade Lusófona de Ciências e Tecnologia, Lisboa.
- Canale, A., & Furlan, M. M. D. P. (2006). Depressão. *Arquivos do museu dinâmico interdisciplinar*, *11*(1), 23-31.
- Carbonell, M. D. L. C. M., Marín, A. R., & Díaz, R. P (2015). Afectividad negativa y positiva en adultos cubanos con sintomatología ansiosa, depresiva y sin trastornos. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/1054>
- Carvalho, A. (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns. Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. *Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/ficheirosde-upload-2013/dms2017-depressao-eoutrasperturbacoes-mentais-comunspdf.aspx>
- Claro, C. (2014). Sintomatologia depressiva do jovem adulto num contexto de um serviço de intervenção intensiva psiquiátrico. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto].
- Cloninger, C. R., & Garcia, D. (2015). The heritability and development of positive affect and emotionality. In M. Pluess (Ed.), *Genetics of psychological well-being: The role of heritability and genetics in positive psychology*, 97–113.
- De Caroli, M. E., & Sagone, E. (2016). Resilience and psychological well-being: differences for affective profiles in Italian middle and late adolescents. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*(1), 149-159.
- Delfini, A. B. L., Roque, A. P., & Peres, R. S. (2009). Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermaria clínica. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, *2*(1), 12-22.
- Diener, E., Lucas, R. E. & Oishi, S. (2005). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. Em C. R. Snyder & S. J. Lopez, *Handbook of positive psychology* Oxford University Press, 63-73.

- DGS - Direção Geral de Saúde (2002). *Saúde Mental: nova conceção, nova esperança*. Relatório Mundial da Saúde, 68-69. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- DGS - Direção Geral de Saúde (2015). *Portugal: Saúde Mental em Números – 2015*.
- Fabio, A., & Bucci, O. (2015). Affective profiles in Italian high school students: life satisfaction, psychological well-being, self-esteem, and optimism. *Frontiers in Psychology*, 6, 1310.
- Fernandes, F. (2019). Virtudes em indivíduos com sintomatologia depressiva. [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada do Porto]. Repositório das Universidades Lusíada. <http://hdl.handle.net/11067/5334>
- Fife-Schaw, C. (2006). Projetos quase experimentais. *Métodos de pesquisa em psicologia*, 88-103.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I - Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 23(2), 209-218.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico, 23(2), 219-227.
- Garcia, D. (2017). Affective Profiles Model. In V. Zeigler-Hill & T. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Cham, Switzerland: Springer, 1-7. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_2303-1.
- Garcia D., & Archer, T. (2016). Affectivity profiling in relation to exercise: Six-months exercise frequency, motivation, and basic psychological needs fulfillment. *Clin Exp Psychol*. 2, 128. <https://doi.org/10.4172/2471-2701.1000128>
- Garcia D, Al Nima A, Kjell ONE. (2014). Os perfis afetivos, o bem-estar psicológico e a harmonia: o domínio ambiental e a autoaceitação predizem o sentido de uma vida harmoniosa. <https://doi.org/10.7717/peerj.259>.

- Garcia, D., Adrianson, L., Amato, C., & Rapp-Ricciardi, M. (2020). Affectively Motivated: Affective Profiles, Motivation, Stress and Energy. *Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology*, 2(2), 21-32. <https://www.researchgate.net/publication/326693872>.
- Garcia, D., Kjell, O. N. E., Sikström, S. & Archer, T. (2016). Using language and affective profiles to investigate differences between individuals. *Clinical and Experimental Psychology*, 2, 123. <https://doi.org/10.4172/2471-2701.1000123>
- Garcia D, Kerekes N, Andersson-Arnten A-C & Archer T. (2012). Temperament, character, and adolescents: depressive symptoms: focusing on affect. *Depression Research and Treatment*. <https://doi.org/10.1155/2012/925372>
- Garcia, D., Sailer, U., Nima, A. A., & Archer, T. (2016). Questions of time and affect: A person's affectivity profile, time perspective, and well-being. *PeerJ*:e1826; <https://doi.org/7717/peerj.1826>
- Garcia, D., Schütz, E., MacDonald, S., & Archer, T. (2016). Differences in happiness Increasing Strategies between and within affective profiles. *Clinical and Experimental Psychology*, 2(3). <https://doi.org/10.4172/2471-2701.1000139>
- Irons, C. (2018). *Depressão. Saiba como diferenciar a depressão clínica das tristezas do dia a dia*. São Paulo: Saraiva Educação.
- Lindahl M, Archer T. 2013. Depressive expression and anti-depressive protection in adolescence: stress, positive affect, motivation, and self-efficacy. *Psychology*, 4, 495–505. <https://doi.org/10.4236/psych.2013.46070>
- Loosli, L., Pizeta, F. & Loureiro, S. (2016). Escolares que Convivem com a Depressão Materna Recorrente: Diferenças entre os Sexos. *Psicologia: Terapia e Pesquisa*. 32(3),1-10. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32322>
- Marcolino, J., Suzuki, F., Cunha, L., Gozzani, J., & Mathias, L. (2007). Medida de ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório: Estudo comparativo. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(2), 157-166.
- Martins, C. (2019). *Autocompaixão, afeto positivo, afeto negativo e sintomatologia depressiva em adultos*. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum.

- Martins, C. (2015). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Maske, U., BATTERY, A., Beesdo-Baum, K., Riedel-Heller, S., Hapke, U. & Busch, M. (2016). Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *Journal of Affective Disorders*, 190,167-177. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.006>
- Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A., & Simões, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Archives of Clinical Psychiatry*, 40(2), 71-76. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000200004>
- Montero, I. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7(3), 847-862.
- Naragon, K. & Watson, D. (2009). Positive affectivity. Em S. J. Lopez (Ed.). *Encyclopedia of positive psychology*, 2, 707-711. Malden, MA: Wiley-Blackwell Publishers.
- Nogueira, M. (2015). *A Relação entre o Bem-Estar Subjetivo, o Suporte Social e a Esperança, na População Prisional*. [Dissertação de mestrado, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório ISPA.
- Norlander T., Bood S.A., & Archer T. (2002). Performance during stress: affective personality age, and regularity of physical exercise. *Social Behavior and Personality*, 30, 495-508.
- Norlander T., Johansson A., & Bood S.A. (2005). The affective personality: Its relation to quality of sleep, well-being and stress. *Social Behavior and Personality*, 33(7), 709-722. <https://doi.org/10.2224/sbp.2005.33.7.709>
- Oliveira, B. (2014). A funcionalidade e a sintomatologia depressiva nos adultos mais velhos integrados na comunidade. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório UL. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/19911/1/ulfpie047310_tm.pdf
- OMS - Organização Mundial da Saúde. (2019, 28 de novembro). Mental disorders. WHO. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

OMS - Organização Mundial de Saúde. (2012). Depression (Ficha informativa N°369).

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Paloski, L. & Christ, H. (2014). Terapia cognitivo-comportamental para depressão com sintomas psicóticos: Uma revisão teórica. *Contextos Clínicos*, 7(2), 220-228.

<https://doi.org/10.4013/ctc.2014.72.09>;

Passareli, P., Silva, J. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 513-517.

Paranhos, M. & Werlang, B. (2009). Diagnóstico e Intensidade da Depressão. *Barbarói*, 31, 111-125.

Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T. & Oliveira, A. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia,saúde & doenças*,16(2),148-163. <https://doi.org/10.15309/15psd160202>;

Quevedo, J., Nardi, A. E., & da Silva, A. G. (2018). Depressão: Teoria e Clínica. Porto Alegre: Artmed Editora.

Santos, D. G. D. (2017). *Relação entre sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva, comportamentos agressivos e hipertensão*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas]. Reportório Digital da UBI.

<http://hdl.handle.net/10400.6/9326>

Santos, M. M. B. D., Martins, J. C. A., & Oliveira, L. M. N. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 7-15.

Schütz E., Sailer U., Al Nima A., Rosenberg P., Andersson Arntén A.-C., Archer T., & Garcia D. (2013). The affective profiles in the USA: happiness, depression, life satisfaction, and happiness- increasing strategies. *Peer J*, 156.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

Seligman, M. E. P. (2011). Flourish. Nova Iorque, NY: Free Press.

- Segabinazi, J. D., Zortea, M., Zanon, C., Bandeira, D. R., Giacomoni, C. H., & Hutz, C. S. (2012). Escala de afetos positivos e negativos para adolescentes: Adaptação, normatização e evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, *11*(1), 1-12.
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, *56*(3), 216-217.
- SNS- Sistema Nacional de Saúde. (2006). *Depressão*. Portal da Saúde. Disponível em: www2.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/saude+mental/depressao.htm?WBCMODE
- Sousa, J. S. P. D. (2015). *Epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico e tratamento farmacológico da depressão em Portugal* [Dissertação de Doutoramento, Universidade Fernando Pessoa].
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063-1070.
- <http://www.who.int/whr/2001/en/>
- Zamon, C., Bastianello, M., Pacico, J. & Hutz, C. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, *18*(2), 193-202.
- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712012000100002