



Universidades Lusíada

Carvalho, Marisa Elisabete Ribeiro

Relação entre afeto positivo e sintomatologia depressiva em adultos

<http://hdl.handle.net/11067/6127>

Metadados

Data de Publicação	2021
Resumo	<p>Objetivo: O objetivo do presente trabalho foi compreender a relação entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo na amostra estudada. E, para além disso, explorar a relação entre sintomatologia depressiva e diferentes características sociodemográficas dos participantes. Metodologia: Neste sentido, participaram neste estudo 95 participantes (29 do género masculino e 64 do género feminino), com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos sendo os participantes maioritariamente de nacional...</p> <p>Abstract: Objective: The aim of the present study was to understand the relationship between depressive symptoms and positive affect in the studied sample. Also, we aimed to explore the relationship between depressive symptoms and different sociodemographic characteristics of the participants. Methodology: In this sense, 95 participants (29 male and 64 female) participated in this study, aged between 18 and 70 years old, the participants being mostly of Portuguese nationality. A sociodemographi...</p>
Palavras Chave	Psicologia clínica, Avaliação psicológica, Depressão
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-30T17:05:11Z com informação proveniente do Repositório



Universidade Lusíada - Norte
Porto

Relação entre afeto positivo e sintomatologia depressiva em adultos

Dissertação de Mestrado em **Psicologia Clínica**

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade Lusíada - Norte (Porto)

PORTO, 2021

Marisa Elisabete Ribeiro Carvalho



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



Universidade Lusíada - Norte
Porto

Relação entre afeto positivo e sintomatologia depressiva em adultos

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

PORTO, 2021

Marisa Elisabete Ribeiro Carvalho

Trabalho efectuado sob a orientação do/a
Professora Doutora Teresa Sofia Moreira Marques



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



UNIVERSIDADE LUSIADA PORTO

Relação entre afeto positivo e sintomatologia depressiva em adultos

Marisa Elisabete Ribeiro Carvalho

Tese para obtenção do Grau de Mestre

Porto 2021

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço à minha família que acompanhou todo o meu percurso nos bons e nos maus momentos.

Obrigada aos meus pais, Adelaide e Torcato que nunca me deixaram faltar nada mas principalmente carinho e amor e por sempre acreditarem em mim e serem o meu maior apoio. Ao meu irmão Vítor por todo carinho e apoio que sempre me deu ao longo de toda a minha vida.

Aos meus avós Paternos, á minha avó Materna pois eram um dos meus maiores pilares e ao meu tio Domingos que apesar de já não se encontrarem entre nós sempre estarão sempre no meu pensamento e que contribuíram de alguma forma para a pessoa que sou hoje.

À minha família, e amigos mais importantes pelo carinho e preocupação e que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste curso.

À Professora Doutora Sofia Marques pela supervisão, disponibilidade, paciência e orientação o meu muito obrigado.

A todos os Professores que me acompanharam ao longo da minha Licenciatura e de Mestrado.

À Dra. Sara Faria, pela disponibilidade e ajuda.

Espero não me ter esquecido de ninguém, mas se o fiz, este último agradecimento vai para as restantes pessoas que não estão aqui descritas mas que tornaram possível de alguma maneira o sucesso desta dissertação.

Obrigada a todos!

Índice

Introdução	1
Psicologia Positiva	3
Bem-estar subjetivo: O Afeto Positivo.....	4
Modelos teóricos do Bem-Estar Subjetivo	7
Sintomatologia Depressiva.....	11
A Sintomatologia Depressiva e as Características Sociodemográficas	14
Modelos Teóricos da Sintomatologia Depressiva.....	16
Teoria Neurotrófica	16
O Modelo Evolucionário	16
O Modelo Cognitivo.....	18
O Afeto Positivo e a Sintomatologia Depressiva	20
Objetivos, Questões e Hipóteses de Investigação	25
Metodologia	26
Participantes.....	26
Instrumentos.....	28
Questionário sociodemográfico.....	29
Positive and Negative Affect Schedule (PANAS).....	29
Medida de Auto Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5	29
Procedimento	30
Recolha de dados.....	30
Análise de dados.....	31
Resultados	33
Discussão dos Resultados.....	40

Limitações do Estudo e Contribuições para a prática clínica	47
Conclusão.....	48
Referências Bibliográficas	49

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo Circumplexo do Afeto

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caraterização da amostra

Tabela 2: Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do género

Tabela 3: Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função da idade

Tabela 4: Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função da escolaridade dos indivíduos

Tabela 5: Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do estado civil

Tabela 6: Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva entre os indivíduos solteiros e casados/união de facto

Tabela 7: Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva entre indivíduos solteiros e viúvos/divorciados

Tabela 8: Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva entre indivíduos casados/união de facto e viúvos/divorciados

Tabela 9: Correlação entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo

Tabela 10: Correlação entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo em função do género feminino

Tabela 11: Correlação entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo em função do género masculino

Lista de Abreviaturas

AN: afeto negativo

AP: afeto positivo

APA: Associação Americana de Psiquiatria

BEP: Bem-Estar Psicológico

BES: Bem-Estar Subjetivo

DP: desvio-padrão

DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais

HF: Hiperativação Fisiológica

M: Média

Max: Máximo

Min: Mínimo

n: Frequência

OMS: Organização Mundial de Saúde

PANAS: Positive and Negative Affect Schedule

SPSS: Statistical Package for Social Science

SV: Satisfação com a Vida

%: Percentagem

Resumo

Objetivo: O objetivo do presente trabalho foi compreender a relação entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo na amostra estudada. E, para além disso, explorar a relação entre sintomatologia depressiva e diferentes características sociodemográficas dos participantes. **Metodologia:** Neste sentido, participaram neste estudo 95 participantes (29 do género masculino e 64 do género feminino), com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos sendo os participantes maioritariamente de nacionalidade portuguesa. Foi utilizado um questionário sociodemográfico para recolher informação acerca dos participantes, o *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)* para a avaliação do afeto positivo assim como a Medida de Auto Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* de forma a mensurar os níveis de sintomatologia depressiva dos participantes. **Resultados:** Foi encontrada uma correlação negativa e significativa entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo. Também se encontrou que os indivíduos do género feminino experienciam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva que os do género masculino (diferenças marginalmente significativas). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à sintomatologia depressiva em função da idade e do grau de escolaridade dos indivíduos. E foram encontradas diferenças marginalmente significativas no que diz respeito à sintomatologia depressiva em função do estado civil dos indivíduos.

Palavras-chave: Afeto Positivo; Sintomatologia Depressiva; Características Sociodemográficas; Adultos; Amostra Clínica

Abstract

Objective: The aim of the present study was to understand the relationship between depressive symptoms and positive affect in the studied sample. Also, we aimed to explore the relationship between depressive symptoms and different sociodemographic characteristics of the participants. **Methodology:** In this sense, 95 participants (29 male and 64 female) participated in this study, aged between 18 and 70 years old, the participants being mostly of Portuguese nationality. A sociodemographic questionnaire was used to collect information about the participants, the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) for the assessment of positive affect as well as the DSM-5 Level 1 Cross-Symptom Self-Assessment Measure in order to quantify the level of participants depressive symptomatology. **Results:** The results showed that there is a negative and significant correlation between depressive symptoms and positive affect and also demonstrated that there are marginally significant differences between the female gender and the male gender with regard to depressive symptoms. However, it was found that there are no statistically significant differences with regard to depressive symptoms depending on the age, educational level and marital status of individuals.

Keywords: Positive Affection; Depressive Symptomatology; Sociodemographic characteristics; Adults; Clinic Sample

Introdução

O interesse pelos estudos sobre o bem-estar subjetivo (BES) tem aumentado principalmente nas últimas três décadas (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Esse tema insere-se na perspectiva da Psicologia Positiva, que prioriza os aspectos positivos da vida, considerando experiências subjetivas como satisfação com a vida, contentamento, felicidade entre outros (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000). Tendo a Psicologia Positiva como conceito central o bem-estar subjetivo (BES) (Seligman, 2004).

Na Psicologia Positiva, o bem-estar pode ser estudado tanto na visão hedônica quanto eudaimônica (Robbins, 2015). A primeira considera que as emoções que dão prazer, satisfação com a vida e felicidade aumentam os níveis de bem-estar (Robbins, 2015). Na segunda o bem-estar está relacionado ao funcionamento psicológico global, que ancora o conceito de bem-estar psicológico (Freire et al., 2013; Ryff & Singer, 1998).

A componente emocional do bem-estar subjetivo (BES) é constituída pelos afetos, que são vivenciados por meio das emoções positivas ou negativas. Os afetos positivos incluem amor, alegria, contentamento, interesse, entre outros (Fredrickson, 2002) e favorecem interpretações mais positivas das relações, sociabilidade, comportamento pró-social e bem-estar físico, enfrentamento mais satisfatório diante das mudanças e eventos estressores, além de originalidade e flexibilidade diante das situações (Lyubomirsky et al., 2005).

Os afetos (positivos e negativos) constituem a dimensão emocional do bem-estar subjetivo (Diener, 1984), sendo um tema bastante estudado pela Psicologia Positiva.

Vélez (2005), defende que a depressão se tornou um dos principais problemas de fragilidade humana, ideia também defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que previa a depressão como a principal causa de doença em 2020.

No entanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que até 2030 a depressão será a doença mais comum do mundo, afetando mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, incluindo cancro e doenças cardíacas.

Esta perturbação transmite muita inquietação e infelicidade não só na vida do individuo, mas também na vida da sua família (Powell, Abreu, Oliveira & Sudack, 2008). É importante asseverar que a depressão é uma perturbação do domínio psiquiátrico, ao qual esta poderá ser precavida e tratada (Mello & Teixeira, 2011).

Sabe-se também que 12% das pessoas afastadas da sua vida produtiva (trabalhos e estudos) se encontram deprimidos, o que apresenta forte impacto económico (Baptista, 2004).

A depressão, em termos mundiais, é mais prevalente no feminino (5,1%) do que no masculino (3,6%) e variável entre as Regiões da OMS, mas não só: As taxas de predomínio mudam de acordo com a faixa etária, alcançando o máximo na idade mais avançada (acima de 7,5% entre as mulheres com 55-74 anos e acima de 5,5% entre os homens).

Para Almeida (2011), a depressão é uma patologia que se enquadra nas perturbações de humor, de seriedade e durabilidade mutáveis, acompanhada de uma multiplicidade de sintomas mentais e físicos, afetando os impulsos, o pensamento e a aptidão crítica. Esta perturbação caracteriza-se como sendo uma doença mental grave que afeta a condição emocional do indivíduo, levando a uma diminuição da sua qualidade de vida. Gordilho (2002, citado por Messoria, 2006) assegura que a depressão é uma perturbação do domínio afetivo ou do humor, que possui um forte impacto funcional na vida do sujeito independentemente da idade e que envolve diversos aspetos de carácter psicológico, biológico e social.

No entanto, subsiste uma opinião generalizada de que os fatores de risco clínicos e sociodemográficos com maior impacto na depressão são: pertencer ao género feminino, ter níveis inferiores de habilitações académicas, estar viúvo ou divorciado, auferir baixos rendimentos e ter más relações familiares (Freitas Teixeira, 2013; Özgün iksarlioglu et al., 2016).

Posto isto, pretende-se com este estudo, de alguma forma, colaborar para a edificação de uma assimilação mais ampla e completa acerca da relação entre o afeto positivo e a sintomatologia depressiva, bem como verificar se existe um efeito de algumas características sociodemográficas na sintomatologia depressiva.

Neste sentido, a presente dissertação está dividida em três partes, uma primeira parte centrada na revisão da literatura, a segunda descreverá o estudo empírico e a terceira foca-se nos resultados e na discussão dos mesmos.

Psicologia Positiva

A Psicologia Positiva surge nos Estados Unidos em 1998 com Martin Seligman, aliado a outros investigadores que procuraram desenvolver estudos quantitativos como forma de promover uma mudança no foco da Psicologia.

Até então, durante grande parte do século XX, a Psicologia debruçava-se primordialmente no adoecimento dos indivíduos e nos fatores relacionados ao processo patológico. Porém, alguns autores começaram a despertar para novos modelos de intervenções psicológicas, ao qual a psicologia positiva representou uma significativa mudança na forma de abordar tais questões, ao focalizar-se no estudo do lado positivo da vida, das pessoas e da sociedade, em contraponto ao estudo das patologias (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Os autores envolvidos no desenvolvimento do construto da Psicologia Positiva (e.g., Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, Park, Steen, & Peterson, 2005; Fredrickson & Losada, 2005) debruçam-se sobre a sua origem e a mudança de paradigma que se traduz na passagem de uma perspectiva negativista e generalista da natureza humana para uma visão positiva, otimista e de desenvolvimento (Gable & Haidt, 2005). Segundo Martin Seligman (2002), o movimento da psicologia positiva foi uma reação à atenção que a psicologia, em geral, sempre dedicou aos aspetos negativos e patológicos do funcionamento e comportamento humano, onde ao longo dos anos, a sociedade, no geral, e a investigação e pesquisa académicas, em particular, concentraram-se primordialmente nos aspetos negativos, nos problemas e nos erros das pessoas, tentando tratar e resolver essas mesmas fraquezas. Este novo paradigma da psicologia encontra-se muito além do que apenas focalizar-se em atenuar sofrimentos, mas sim em concentrar-se na otimização, na precaução de doenças e maximização das aptidões e virtudes do ser humano, isto é, a preocupação está em investir na prevenção da saúde psicológica, procurando sustentar o que cada ser humano tem de melhor, promovendo-se o seu equilíbrio e bem-estar (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

O objetivo da Psicologia Positiva é então o estudo e o entendimento da felicidade e dos aspetos positivos da vida do ser humano (e.g., erudição, persistência, esperança, religiosidade, poder criativo), que passaram a estar entre as principais preocupações da

psicologia, caracterizando assim o âmbito de uma nova corrente da psicologia, a psicologia positiva (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000).

A Psicologia Positiva é, portanto, o enfoque científico e aplicado da descoberta das qualidades das pessoas e da promoção do seu funcionamento positivo pleno, com a finalidade do florescimento humano, além da própria promoção do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida (Snyder; Lopez, 2009; Seibel; Poletto; Koller, 2016 citado por Cacozzi, 2017).

Como referido anteriormente esta nova proposta foi apoiada por Martin Seligman em 1998, quando este assumiu a presidência da American Psychological Association (APA), tornando como objetivo principal de investigação o funcionamento saudável e adequado do ser humano e, portanto, incrementando uma crescente importância dos traços psicológicos e experiências consideradas de caráter positivo, tais como a resiliência, a satisfação, a esperança, o otimismo, o bem-estar e a felicidade (Nunes, 2007; Seligman, 2002).

Bem-estar subjetivo: O Afeto Positivo

Foi em meados do século XX que o fenômeno do bem-estar passou a ser investigado pelos teóricos da Psicologia Positiva (Diener, 1984; Ryff & Keyes, 1995; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), sendo este uma noção complexa, a qual tem vindo a ser muito estudada na literatura, e que foi sujeita a mudanças no decorrer do tempo (Chaves, 2015).

Todavia o conceito de bem-estar é antigo, pois, já na época da Grécia clássica, filósofos, tais como, Aristóteles, preocupavam-se com o estudo da felicidade, bem como descobrir a origem e a natureza da felicidade (Galinha & Ribeiro, 2005b). Demócrito, defendia que a vida feliz era apazível não só pela felicidade do indivíduo, mas conjuntamente com o modo como este reagia diante de diversos acontecimentos e contextos da sua vida, sendo portanto um dos primeiros a conceder destaque ao pensamento de subjetividade da felicidade (Ryan & Deci, 2001). Essas dúvidas de origem filosófica, geraram duas correntes de pensamento diferenciadas, que até aos dias atuais orientam os modelos correlacionados com o bem-estar: o hedonismo e o eudaimonismo (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2001).

Estas duas correntes teóricas acerca do bem-estar foram formadas a partir de perspectivas filosóficas diferentes. O modelo do bem-estar psicológico (BEP) tem por base a tradição eudaimónica que está direccionada para a realização do nosso verdadeiro “daimon”, da nossa autêntica natureza. E o modelo do bem-estar subjetivo (BES) segue uma tradição hedónica, mais relacionada com a busca do prazer e o evitamento da dor (Ryan & Deci, 2001).

Assim, a abordagem hedonista relaciona-se com a forma através da qual os sujeitos estimam a qualidade e a satisfação da sua vida com as suas condições e contextos em que vivem (Novo, 2003). Em conformidade com esta perspectiva, o bem-estar abrange vários conceitos como a satisfação, experiências emocionais positivas (Ryan & Deci, 2001) e a felicidade (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999).

Já a perspectiva eudaimónica buscou estudar o bem-estar para além do que é a felicidade. Nesta abordagem, o bem-estar não é tanto um estado ou uma realidade final, mas sim, um método de cumprimento ou realização do próprio daimon ou «verdadeiro eu» (Deci & Ryan, 2008). Sendo que o daimon referia-se às potencialidades comuns a qualquer ser humano e às capacidades únicas que diferenciam os sujeitos uns dos outros (Waterman, 1993).

Não obstante a existência de distintas definições do conceito de bem-estar subjetivo, consta haver conformidade em relação à existência de uma dimensão afetiva e de uma dimensão cognitiva (Sagiv & Schwartz, 2000).

A dimensão cognitiva está relacionada com a satisfação com a vida (SV), ou seja, com a avaliação que cada individuo faz em cada momento da sua vida e os juízos subjetivos globais que cada sujeito faz da mesma, em relação a si (Diener, 2000; Diener & Diener, in Simões et al., 2000; Drakulić, 2012 citado por Bucete, 2019). Pode dizer-se que a satisfação com a vida se refere à avaliação cognitiva e global que os indivíduos fazem sobre a sua qualidade de vida (Amado, 2008; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Singh & Jha, 2008 citado por Bucete, 2019). E a dimensão afetiva engloba os afetos positivos tais como: a alegria, o interesse e o carinho e os afetos negativos tais como: a culpa, a timidez e a angústia (Galinha, 2008). Esta dimensão afetiva, é caracterizada através da apreciação que cada individuo faz em relação às suas experiências afectivas (negativas ou positivas) (Diener, 2009), sendo por isso consistente com a perspectiva hedónica.

O modelo do bem-estar subjetivo assume o afeto positivo como traço fundamental do bem-estar, seguindo uma tradição hedónica, ou seja, centralizada na presença do prazer e na ausência de dor, tornando-se características de uma vida boa (Diener, Lucas & Oishi, 2002), onde de igual modo as emoções positivas poderão servir de “antídotos” contra os efeitos relativos às emoções negativas (Fredrickson, 2004). Sendo que este efeito anulatório das emoções negativas sugere que se pode melhorar o bem-estar e a saúde das pessoas, por meio da experimentação frequente de emoções positivas em determinada altura de maneira a conseguir superar as emoções negativas (Fredrickson, 2000). Fredrickson (2001) defende, por isso, o papel das emoções positivas como ingredientes ativos nos processos de lidar com e superar a adversidade.

No entanto, Albuquerque e Tróccoli (2004) alertam para o facto de que, apresentar um alto nível de bem-estar não significa necessariamente a ausência de emoções negativas, mas apenas o predomínio de emoções positivas.

Woyciekoski et al. (2012) por meio de uma revisão da literatura, debruçando-se sobre pesquisas realizadas entre 1980 e 2011, verificaram vários fatores associados ao bem-estar subjetivo, dentre os quais fatores internos e fatores externos ao ser humano, em que se destacam, em relação aos primeiros, a personalidade (Diener et al., 1999), a autodeterminação, as virtudes e a maneira como o indivíduo percebe o mundo pelo qual é rodeado.

Em relação aos fatores externos, estão o nível socioeconómico, o apoio social e os relacionamentos (afetivos, matrimoniais ou familiares).

Na verdade, as desigualdades no (BES) devem-se maioritariamente às desigualdades individuais na maneira como os sujeitos percebem o mundo que o rodeia (Diener et al., 2002), sendo que pessoas diferentes agem de maneira diferente aos mesmos contextos, uma vez que estabelecem uma apreciação destas com base nas suas próprias expectativas, valores e experiências antecedentes, o que prova que, para além dos elementos objetivos, também os elementos subjetivos são cruciais para a discussão da qualidade de vida (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Sendo assim, a percepção de bem-estar é influenciada tanto por características pessoais, como por variáveis externas às quais o indivíduo se encontra sujeito.

Em suma, o bem-estar subjetivo, traduz-se então, numa dimensão positiva da saúde representativa de uma área de pesquisa que busca perceber as avaliações que os sujeitos fazem acerca das suas vidas (Siqueira & Padovam, 2008).

Modelos teóricos do Bem-Estar Subjetivo

As perspectivas de tradição hedônica e eudaimônica, com as teorias de top-down e bottom-up, evidencia-se perante os principais modelos compreender quais os fatores que podem influenciar o bem-estar subjetivo (Diener et al., 2009 citado por Ventura, 2017).

As teorias bottom-up, mantêm o pressuposto de que existe uma série de necessidades básicas e universais do ser humano, e que a satisfação, ou não, destas possibilita a felicidade (Diener, Sandvik & Pavot, 1991; Diener, 2009; Diener & Ryan, 2009; Simões, et al., 2000 citado por Costa, 2015). Estas teorias sustentam também que a experiência de acontecimentos de vida diária prazerosos está relacionada com o afeto positivo e ainda que a satisfação e a felicidade resultariam do acumular desses momentos específicos, ou seja, dessas experiências felizes (Diener, 2009; Diener & Ryan, 2009; Simões, et al., 2000 citado por Costa, 2015).

Estas abordagens defendem também que o bem-estar subjetivo decorre de fatores extrínsecos (i.e., fatores contextuais), nomeadamente circunstâncias de vida e características sociodemográficas ao qual predizem e influenciam a felicidade (Giacomoni, 2004), dado que a investigação se foca na influência das experiências prazerosas ou não prazerosas nos afetos positivos e negativos (Luhmann, Hofmann, Eid, & Lucas, 2011 citado por Ventura, 2017).

Por outro lado, as teorias top-down pressupõem que o ser humano, apresenta uma predisposição para compreender as situações ou experiências de vida, de forma tanto positiva quanto negativa, e essa orientação influencia a avaliação que fazem da própria vida. Ou seja, segundo esta perspectiva top-down a interpretação subjetiva dos eventos é que primariamente influencia o bem-estar subjetivo ao invés das próprias circunstâncias objetivas da experiência, sugeridas pela abordagem anterior (bottom-up) (Diener, Sandvik & Pavot, 1991; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Galinha, 2008; Giacomoni, 2004 citado por Costa, 2015).

Neste sentido, a abordagem top-down defendem que o bem-estar é decorrente de fatores internos ao sujeito (e.g., valores pessoais) e conseqüentemente, de fatores intrínsecos (Diener & Ryan, 2009 citado por Ventura, 2017) ou intrapessoais (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

Em suma, a abordagem bottom-up considera o bem-estar subjetivo como uma consequência de várias experiências levando em conta os fatores de contexto, ao passo que a teoria top-down considera o bem-estar subjetivo uma causa das interpretações internas do sujeito, isto é, deve-se a fatores intrapessoais do indivíduo (Galinha, 2008; Galinha & Pais Ribeiro, 2011).

No entanto, estas abordagens partem da pressuposição que os sujeitos interpretam as experiências e situações de vida de maneira negativa e positiva, dado que a sua interpretação afeta a análise que os sujeitos fazem da sua própria vida (Giacomoni, 2004). Estas abordagens encontram-se sustentadas na filosofia de Kant, que considera o sujeito como sendo um indivíduo ativo e responsável pela sua própria experiência (Simões et al., 2000 citado por Ventura, 2017).

Numa tentativa de representar as experiências afetivas de determinado indivíduo, num determinado momento, Guttman (1954) propôs um modelo circular, designado de modelo circunplexo do afeto, que pressupõe que o afeto se baseia na existência de dois sistemas fundamentais: a valência e a ativação das emoções.

A valência diz respeito ao quanto agradável ou desagradável foi determinada experiência - isto é, positiva ou negativa, refletindo então a “positividade ou negatividade das emoções” (Phelps, 2009, p. 302). A ativação de emoções é relativa à força ou intensidade da resposta psicofisiológica, ou seja, à força da resposta do estímulo (Russell, 1980).

Posteriormente, Russell (1980) apresentou uma nova abordagem do modelo circunplexo de afeto, em que propôs que todos os estados afetivos resultam de dois sistemas neurofisiológicos fundamentais: a dimensão Prazer, relacionada à valência (agrado-desagrado), e Ativação, relacionada à excitação (alerta). Nesse modelo, as emoções são distribuídas num espaço circular bidimensional, com a Ativação representada no eixo vertical e o Prazer no eixo horizontal.

Um terceiro modelo de afeto, e o que mais aprovação reuniu, foi o apresentado por Watson e Tellegen (1985), sendo um modelo circular e bidimensional dividido em duas dimensões amplas de emoções básicas sendo estas: o afeto negativo e o afeto positivo. O afeto negativo, enquanto medida que se traduz na exteriorização de incómodo ou perturbação em relação à vida e o afeto positivo, enquanto medida que se traduz na exteriorização de excitação face á vida (figura 1).

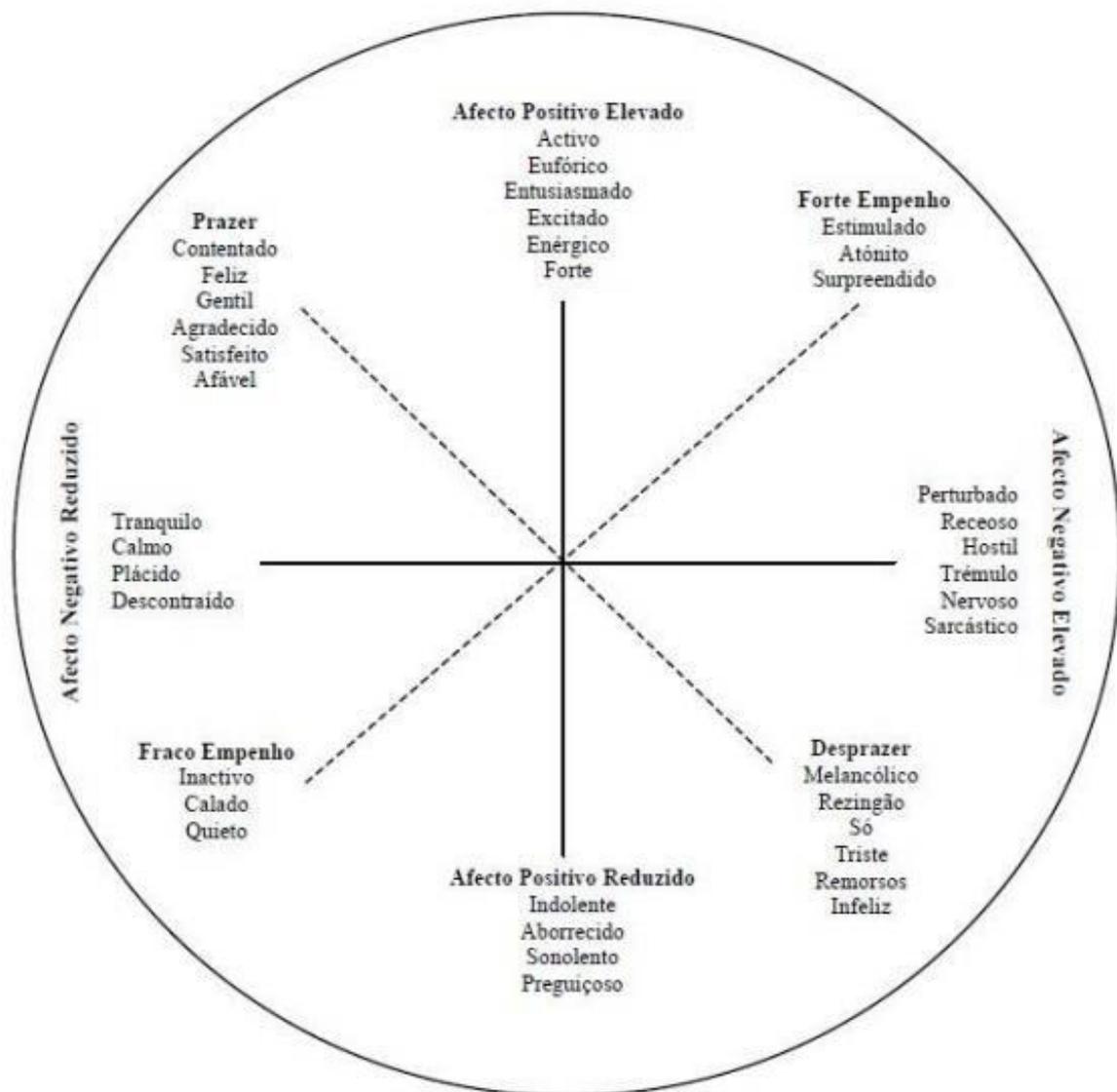


Figura 1- Modelo teórico do circumplexo do afeto (adaptado de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)

Watson, Clark e Tellegen (1988), asseguram que os afetos poderiam beneficiar a forma como o individuo se auto percebe e percebe os outros, pelo que quantos mais afetos positivos maior será a satisfação gerada ao vivenciar situações da vida diária. Desta forma,

o afeto compõe, como já foi visto anteriormente, o bem-estar subjetivo e tem implicações para as respostas de cariz afetivo dos indivíduos.

No que concerne ao Afeto Positivo, este refere-se aos acontecimentos em que o indivíduo experiencia estados emocionais favoráveis e positivos, como a alegria, o orgulho, o interesse e a confiança (Diener, 2006; Singh & Jha, 2008). O Afeto Positivo é, como referido anteriormente, uma das componentes da dimensão afetiva do bem-estar subjetivo.

Diener (1995, como citado em Scorsolin-Comin & Santos, 2012) considera que o (AP) é um contentamento hedônico puro, experimentado numa determinada ocasião como sendo uma situação de alerta, de excitação e de atividade. Sendo uma sensação passageira de prazer ativo.

Todavia, segundo Silva (2011), os afetos – dimensão emocional do bem-estar subjetivo - consistem em reações externalizadas pelos sujeitos, compreendidos como estados afetivos, apresentados perante as situações nas quais entram em contato com estímulos do meio físico e social. Assim, verifica-se uma dimensão relacional da afetividade, uma vez que “as pessoas vivenciam afetos em relação a elas mesmas, mas também perante outras pessoas e mesmo perante algum facto ou contexto concreto, como, por exemplo, o ambiente de trabalho” (Silva, 2011, p. 55).

No que diz respeito ao Afeto Positivo, existem muitas variáveis sociodemográficas, que podem caracterizar os laços afetivos. A idade, o género e o estado civil são algumas das variáveis que interagem entre si e que influenciam o afeto (Correia, 2008 citado por Pires, 2016).

De encontro com a literatura, o género feminino descreve sentir afeto positivo e negativo com mais frequência relativamente ao género masculino, isto é, o género feminino tende a sentir mais alegria e profunda tristeza, experimentando estas emoções com mais frequência do que o género masculino (Diener & Fujita, 1995 citado por Ventura, 2017).

Indivíduos com maiores níveis de afeto positivo experimentam situações mais intensas e frequentes de prazer, bem como, consideram-se alegres, entusiasmados e confiantes. Por sua vez, indivíduos com maiores níveis de afeto negativo experimentam repetidamente, episódios de desprazer (Zanon et al., 2013). Ambos os níveis representam dimensões de estado afetivo (Tellegen, 1985). Sendo assim, estas dimensões são mensuradas

por meio de métodos preexistentes quanto ao afeto e analisadas em relação à amostra que é estudada.

A dimensão emocional do bem-estar subjetivo é então definida a partir da intensidade e frequência dos afetos positivos e negativos, das emoções resultantes das vivências dos sujeitos. Assim, consiste na avaliação entre os níveis de afetos positivos e negativos, conseqüentemente, de sentimentos tidos como agradáveis ou desagradáveis. No entanto, deve-se enfatizar que a frequência apresenta maior influência sobre o bem-estar subjetivo que a intensidade das emoções (Zanon et al., 2013; Hutz, 2014). Por exemplo, um sujeito pode vivenciar um evento marcante da sua vida, como ser aprovado no concurso para o cargo tão desejado, experimentando um elevado nível de afeto positivo e, após um determinado período de tempo, retornar para o “seu afeto normalmente negativo”, levando esse sujeito a relatar baixos níveis de bem-estar subjetivo, apesar da intensidade elevada da sua conquista.

Desta forma, deve-se ressaltar que, para se vivenciar o bem-estar subjetivo satisfatoriamente, faz-se necessária a experiência de emoções positivas de forma frequente, mesmo que de intensidade média ou baixa, ou seja, apresentar, predominantemente, afetos positivos durante a vida (Hutz, 2014).

Apesar do pressuposto de que o afeto positivo e negativo são diferenciados e opostos, o modelo circumplexo do Afeto, formulado por Fredrickson (2001, como citado em Galinha, 2008), vem defender que a forma e a função das emoções negativas e positivas se complementam. Para este autor, as emoções positivas possuem a capacidade de destruir o efeito das emoções negativas, otimizando o bem-estar e a saúde e reforçando os meios de coping.

Sintomatologia Depressiva

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a Depressão é a perturbação mais comum no mundo, atingindo mais de 350 milhões de pessoas. Estudos mostram que é uma das perturbações mais prevalentes na população em geral, afetando diferentes faixas etárias e meios sociais, estimando-se que 12% a 18% da população mundial poderá vir a desenvolver sintomatologia depressiva em alguma altura da vida (Irons, 2018).

A noção de Depressão foi sendo alterada com o passar do tempo, da mesma forma que o seu significado. Melancolia era o termo dado ao que atualmente chamamos Depressão (Derogatis, 1988; Fernández, 2010 citado por Martins, 2019), sendo que a Melancolia era significativa de tristeza, propensão suicida e sensações de indiferença (Trenary & Ingram, 2007 citado por Martins, 2019).

Adolf Meyer foi o autor que propôs o termo Depressão, de modo a substituir a, até então, Melancolia (Correia & Barbosa, 2009). Mayer em 1905 acabou por concluir que as perturbações depressivas são uma reação mal adaptativa face ao stresse do ambiente. Freud em 1917 (citado por Correia e Barbosa, 2009), categorizou as perturbações depressivas como sendo o resultado de conflitos intrapsíquicos com uma provável tendência genética.

Tendo em conta Almeida (2011), a Depressão é uma patologia que se enquadra dentre perturbações de humor, com gravidade e durabilidade oscilantes, trazendo uma multiplicidade de sintomas mentais e físicos, envolvendo os impulsos, o pensamento e a capacidade crítica.

A depressão é, atualmente, caracterizada como sendo uma doença multifatorial que tem envolvida na sua etiopatogenia uma relação entre o ambiente, predisposição genética, alterações epigenéticas e eventos ao longo do desenvolvimento, que vão levar a alterações estruturais e neuro químicas do sistema nervoso central, com características mais ou menos estáveis (Sampaio et al, 2014).

Conforme Carvalho (2017) as perturbações depressivas abrangem duas tipologias principais sendo elas a perturbação depressiva major e a perturbação depressiva persistente. A perturbação depressiva major inclui a existência de pelo menos cinco dos subsequentes sintomas, num espaço mínimo de duas semanas: humor persistentemente triste e ansioso, diminuição clara de interesse nas atividades, alterações do peso ou do apetite, insónia ou sonolência excessiva, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva, diminuição da capacidade de concentração ou indecisão e pensamentos recorrentes sobre a morte ou ideação suicida. A perturbação depressiva persistente inclui um humor deprimido e a existência de pelo menos dois dos subsequentes sintomas, num espaço mínimo de dois anos: baixo apetite ou comer em excesso, insónia ou sonolência excessiva, pouca autoestima, diminuição da capacidade

de concentração ou indecisão e sentimentos de desespero (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2014).

Por sua vez, a etiologia da depressão é ainda uma área em estudo. A dificuldade em isolar um fator de risco ou fator precipitante que seja a base desta psicopatologia, torna evidente que esta ocorrerá por combinação de vários fatores e a forma como se influenciam mutuamente (Townsend, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

Existem várias teorias que procuram explicar a etiologia da depressão. Cada uma dessas teorias foca-se nos possíveis fatores associados à mesma, sejam fatores sociais, psicológicos, genéticos ou neurológicos, para justificar os sintomas manifestados, distinguindo uma causa do surgimento desta patologia: causa endógena – características internas -ou causa exógena - características externas ao paciente (Lucas, 2014).

Para além desta causa endógena, o sexo é uma característica que distingue a forma como a depressão é vivida entre homens e mulheres. O sexo feminino experiencia de um modo mais profundo todos os sintomas devido à sua estrutura biológica, a formas de pensar, à predisposição ao stress, às responsabilidades sociais, familiares e económicas, entre outras. Outros fatores de risco são os associados à história pessoal e familiar do próprio sujeito, como episódios vividos, experienciar perdas, ter sido vítima de abuso físico e sexual, viver num ambiente desencadeador de stress, falta de suporte social e familiar, entre outras condicionantes – causas exógenas (Lucas, 2014).

Por outro lado, fatores de proteção da depressão podem ser características individuais (recursos pessoais) e/ou contextuais (recursos ambientais) que fortalecem e dão suporte ao indivíduo no enfrentamento de diferentes eventos de vida. São exemplos de fatores de proteção: autonomia, autoestima, bem-estar subjetivo, competência emocional, afetos positivos, o apoio social, coesão familiar, entre outros (Poletto & Koller, 2008).

Importa, no entanto, referir que nenhuma variável representa por si só um fator de risco ou proteção. Por outras palavras, a própria perceção do indivíduo frente aos eventos de vida, as contingências do ambiente em que está inserido e as estratégias de enfrentamento por ele empreendidas é que permitirão configurar os fatores como de risco ou de proteção (Poletto & Koller, 2008).

A Sintomatologia Depressiva e as Características Sociodemográficas

A depressão é uma perturbação da saúde mental muito comum (Irons, 2018). Sendo que a repetição deste diagnóstico clínico altera de acordo com o género, a faixa etária, a nacionalidade, o nível económico, a zona de habitação (urbana ou rural) e a cultura (Irons, 2018). Esta recorrência cresce de acordo com o desemprego, a pobreza, os problemas físicos, as situações da vida diária e as complicações provocadas pelo consumo de drogas e álcool (Carvalho, 2017).

A literatura tem mostrado, em inúmeros estudos, a existência de relações significativas entre depressão e os fatores sociodemográficos (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007).

Hoje em dia, dos vários estudos feitos sobre o tema, já se tem uma ideia generalizada sobre quais os fatores sociodemográficos que mais estão correlacionados com a incidência de depressão. Vários estudos revelam as seguintes tendências gerais da influência das variáveis sociodemográficas sobre a depressão:

- O género, pois segundo pesquisas epidemiológicas, tem sido apontado que existem diferenças em função desta variável na manifestação de depressão (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Cameron, 2007; Carneiro, Baptista, & Dos Santos, 2013; Justo & Calil, 2006). Andrade et al. (2006 citado por Nogueira, 2017), assevera que o género masculino tem um risco inferior de depressão comparativamente com o género feminino, além de que a maneira de demonstrá-la não seja igual (Aros & Yoshida, 2009 citado por Nogueira, 2017). Desta forma, estes autores mencionam que o género masculino expressa a depressão através de sintomas de irritação, enquanto o género feminino expressa a depressão através de sintomas de disforia ou anedonia (Aros & Yoshida, 2009 citado por Nogueira, 2017).

Ainda relativamente ao género segundo Prince *et al.* (2007 citado por Cavalcante, 2019) as mulheres apresentam um risco duas vezes maior que os homens para desenvolver depressão (Prince *et al.*, 2007 citado por Cavalcante, 2019). No entanto, apesar de as mulheres possuírem o dobro da probabilidade em relação aos homens de serem diagnosticadas com depressão, existe um grande número de homens que também sofre desta perturbação (Addis & Hoffman, 2017).

A faixa etária é de igual modo um fator de risco usual com relação à depressão, pois segundo a literatura quanto maior a idade, maiores os níveis de sintomatologia depressiva (Baltes & Smith, 2003; Bergdahl et al., 2005; Dozeman et al., 2010; Kim, Shin, Yoon, & Stewart, 2002; Osborn et al., 2003; Weyerer et al., 2008 citado por Fernandes, 2014).

No entanto outros estudos também indicam uma maior prevalência de sintomatologia depressiva na faixa etária mais avançada (Akyol et al., 2010; Berg et al., 2009; Steunenber, et al., 2009 citado por Oliveira, 2014). Confirmando-se assim que a incidência da depressão pode aumentar com a idade (Gurland, cit. por Oltman, Michals, & Steer, 1980 citado por Oliveira, 2014).

Relativamente ao nível de escolaridade, diferentes estudos apontam para uma relação negativa entre estas variáveis, isto é, à medida que o nível de escolaridade aumenta, a prevalência de depressão diminui (Baptista, 2011; Čengiĉ, & Resic, 2010; Kizilcik, et al., 2012; Theofilou, 2011 citado por Azevedo, 2020). As pessoas com formação superior podem estar mais educadas para a doença e, portanto, mais comprometidas com os tratamentos, com a medicação e alimentação, representando um efeito positivo na saúde física e mental (Čengiĉ, & Resic, 2010).

Outros estudos reforçam que indivíduos com níveis de ensino mais elevados têm menores níveis de depressão (e.g., Blazer et al., 1994 cit. por Levin-Aspenson & Watson, 2018). Este dado da investigação é válido para ambos os sexos, ou seja, os indivíduos com baixa escolaridade têm uma maior prevalência de perturbações depressivas independentemente do sexo (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Lima, 1999; Patel & Kleinman, 2003).

No que diz respeito ao estado civil, a investigação aponta no sentido de os sujeitos solteiros ou casados terem menor prevalência de depressão, ao contrário dos sujeitos divorciados/separados (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007), sendo isto particularmente verdade para o género masculino (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; R. M. Gusmão et al., 2005; Lima, 1999). Sujeitos que tenham vivenciado uma separação/divórcio ou tenham ficado viúvos possuem maior probabilidade de padecer de perturbações depressivas (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Carvalho et al., 2014).

Modelos Teóricos da Sintomatologia Depressiva

Teoria Neurotrófica

As alterações fisiopatológicas decorrentes da depressão, explicadas à luz da teoria neurotrófica, identificam o fator stresse, associado à predisposição genética do indivíduo, como um despoletar do aumento dos níveis de cortisol. Esta alteração, desregula os fatores de crescimento celulares, podendo, não só alterar a plasticidade neuronal, como levar à morte dos neurónios, sendo este fenómeno, normalmente, mais frequente no hipocampo (Bastos, 2011; Duman & Nanxin, 2009).

Desta forma, as síndromes depressivas, desenvolvem-se por interação de fatores genéticos, neuroendócrinos, fisiológicos e bioquímicos, e também por fatores individuais de personalidade e de afetividade negativa. Por outro lado, destaca-se os acontecimentos de vida negativos, como a morte de um ente querido, stresse ambiental, bem como experiências traumáticas na infância e adolescência (Saraiva & Cerejeira, 2014; Townsend, 2014; American Psychiatric Association, 2014; Sadock & Sadock, 2007).

A respeito das experiências traumáticas precoces, é importante referir que nem todos os indivíduos com experiências geradoras de stresse intenso levam ao desenvolvimento de quadros depressivos. A componente genética do indivíduo, que poderá em si ser um preditor de vulnerabilidade, influencia a resposta do indivíduo na vivência de circunstâncias stressantes, e por sua vez o desenvolvimento da psicopatologia (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Ao analisar a multiplicidade de fatores que compõem a psicopatologia referida, é importante que, para além da compreensão dos mecanismos fisiológicos e biológicos a esta associada, se tenha em conta as funções adaptativas e filogenéticas de cada indivíduo (Castilho, 2011).

O Modelo Evolucionário

O modelo evolucionário postula que os sintomas psicopatológicos ocorrem como alterações disfuncionais dos traços adaptativos dos indivíduos levados ao extremo. Este modelo considera que os processos mentais básicos são fruto do processo evolutivo, sobre

os quais atuaram os mecanismos seletivos naturais, que ocorreram desde o passado (Castilho, 2011; Buss, 2004).

É de salientar que, para além do contexto social e cultural do indivíduo, no qual ocorrem as experiências de aprendizagem, também as disposições evolutivas, em interação, levam à construção da mente de cada pessoa. Neste sentido, é de referir que tais resultados evolucionários poderão ter-se desenvolvido, não na relação direta com o aumento da satisfação e bem-estar, mas no sentido de funcionar como mecanismo protetor de adaptação (Castilho, 2011; Buss, 2004).

Estes mecanismos evolutivos de adaptação, ocorrem, de forma premente, em contexto social e inter-relacional. A partir da confirmação do ser humano, enquanto indivíduo social e em constante relação, a importância da conexão com o outro, sujeita-nos aos fatores positivos ou negativos, a esta associados (Gilbert, 2000).

Sentimentos de abandono, desaprovação, rejeição, subordinação ou vergonha, surgem como eventuais ameaças sociais, que devem ser tidas em conta, no comportamento dos indivíduos, com ou sem psicopatologia associada (Gilbert, 2000).

Gilbert (1989), refere que o indivíduo é composto por dois sistemas em interação: o sistema de defesa e o sistema de segurança. O sistema de segurança, como o próprio nome indica, identifica um estado de segurança pelo indivíduo, confirmada pela análise da informação recolhida, que indica a ausência de uma situação perigosa ou de ameaça (Gilbert, 1989).

O afeto positivo encontra relação com o sistema de segurança, sendo que através deste são reconhecidas as emoções positivas, que servem de base para a construção da relação com os outros, bem como a vivência de sentimentos de segurança (Gilbert, 1989).

Por sua vez, o sistema de defesa relaciona-se com um conjunto de mecanismos associados ao sistema de autoproteção, que como o próprio nome indica, tem como objetivo a proteção e o evitar de ameaças ou ataques (Gilbert, 1989).

No contexto da depressão, existe uma vivência contínua de ameaça, conjugada com o afeto negativo. Associado a alterações neurobiológicas, a depressão acarreta consigo a experiência e vivência de emoções negativas que se associam a esta perspetiva da existência de ameaça, mas de forma extensamente disfuncional e contínua. Apresenta-se, associado aos

estados depressivos, a existência do aumento do afeto negativo, de forma a lidar com sentimentos de perda ou de derrota, funcionando como mecanismo adaptativo, ainda que disfuncional (Gilbert, 2007, 2004).

Por outro lado, o afeto positivo, na sua forma de emoção positiva, é um forte construto associado à relação e comportamentos sociais positivos, que oferecem estabilidade (Gilbert, 1989).

O Modelo Cognitivo

O modelo cognitivo da Depressão relaciona o humor deprimido com perturbações cognitivas que enviesam a representação que a pessoa faz da realidade e de si própria e que ocorrem de forma inesperada (pensamentos automáticos negativos).

Este modelo assenta no modelo de processamento da informação do psiquiatra americano Aaron T. Beck (Cruvinel & Boruchovich, 2003).

De acordo com Beck (1997), a cognição é o fator que determina a depressão. Segundo o autor, as alterações cognitivas são a base primária da perturbação e os pensamentos negativos são o fator inicial da sintomatologia. Beck afirma que existem três processos cognitivos específicos para explicar a etiologia da depressão: a tríade cognitiva, esquemas/crenças centrais e distorções cognitivas (Bahls, 1999).

A tríade cognitiva é constituída por três padrões cognitivos: visão negativa de si mesmo, em que o sujeito se vê a si próprio como inadequado; visão negativa das interações com o meio ambiente, fazendo uma interpretação distorcida do meio que o rodeia; e visão negativa do futuro, em que se antecipa que o sofrimento próprio será permanente. Esta interpretação errónea da realidade faz com que a pessoa deprimida se sinta cercada e envolvida em situações onde só podem decorrer deceções, sofrimento e sentimentos de desamparo e desespero, onde, Beck, Rusch, Shaw e Emery (1997), consideram os diversos sintomas depressivos como sendo consequência desta tripla visão negativista.

Os esquemas/crenças centrais que são utilizados para explicar o porquê de o cliente manter atitudes indutivas de sofrimento, apesar de existirem evidências positivas. O sujeito possui distorções cognitivas, pois retira conclusões negativas sem qualquer evidência baseada na realidade (Beck et al., 1997). Os esquemas são padrões cognitivos estáveis, que

são ativados por situações congruentes com essas crenças e que modelam o estilo de pensamento de um indivíduo, promovendo erros ou distorções cognitivas, os quais são adquiridos precocemente, atuando como ‘filtros’, pelos quais as informações e experiências são processadas (Beck et al., 1997). Deste modo, o sujeito classifica e avalia as situações através de um conjunto de esquemas, sendo que o tipo de esquema pode determinar a sua experiência (Beck et al., 1997). E por último, os erros cognitivos/distorções cognitivas. Os esquemas, uma vez ativados por certos acontecimentos de vida, dão origem a distorções sistemáticas no processamento da informação. Beck et al., (1997) identificaram um conjunto de distorções que frequentemente, os sujeitos deprimidos apresentam: a inferência arbitrária (conclusão antecipada e com poucas evidências), a abstração seletiva (tendência da pessoa a escolher evidências do seu mau desempenho), a supergeneralização (tendência a considerar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes) e a personalização (atribuição pessoal geralmente de caráter negativo).

Este modelo tem como pressuposto que as emoções, os comportamentos e as reações, estão diretamente ligados à forma como indivíduo avalia as suas experiências no mundo (Beck et. al., 1979).

O Modelo Cognitivo considera que a depressão possui um processamento emocional que se relaciona com problemas na interpretação, na memória e na atenção (Joiner, 2001; Joormann, 2009 citado por Martins, 2019). A conjectura deste modelo determina que o pensamento antecede o humor, ou seja, ao ser substituído um pensamento negativo por um adaptativo os efeitos serão positivos no humor, comportamento e autoconceito (Paulus, & Stein, 2010 citado por Martins, 2019). Este modelo, que se encaixa na teoria dos esquemas cognitivos disfuncionais, menciona que os esquemas disfuncionais do eu, são componentes centrais no início e conservação da depressão. Os modelos cognitivos apontam que as crenças, as atitudes e os pensamentos cumprem um papel determinante no princípio e na conservação da depressão, enquanto processos cognitivos negativos.

Sujeitos com problemas não desejam somente alcançar uma menor tristeza e preocupação, desejam também adquirir uma maior alegria e satisfação, ou seja, não desejam somente retificar as suas fraquezas, mas também edificar as suas forças (Duckworth et al., 2005).

Através da promoção das emoções positivas pretende-se contribuir para o atenuamento do sofrimento e desconstrução das suas origens (Duckworth et al., 2005).

Porém, o mero decréscimo do sofrimento não permite que o bem-estar seja atingido. Desta forma, o bem-estar é um processo complicado que não se fundamenta unicamente na ausência de depressão (Duckworth, et al., 2005).

Logo, o papel do psicólogo passa por auxiliar os clientes a construir vidas empregues, prazerosas, e com significado. A vida empregue compreende valer-se de traços individuais positivos. A vida prazerosa abrange a elevação das emoções positivas e a redução das emoções negativas. Por último, a vida com significado que compreende pertencer a instituições positivas (Duckworth, et al., 2005).

Perante isto, é importante investigar a relação dos afetos positivos com a sintomatologia depressiva.

O Afeto Positivo e a Sintomatologia Depressiva

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004) foca-se na saúde mental como um estado positivo que é definido como um estado de bem-estar em que o indivíduo consegue lidar com o stress do dia-a-dia, consegue trabalhar produtiva e eficazmente e é capaz de dar uma contribuição à comunidade.

A saúde mental é assim entendida como a fundação para o bem-estar, o funcionamento efetivo e o desenvolvimento do indivíduo e das comunidades, sendo que os valores centrais desta definição parecem ser consistentes com a sua interpretação em diferentes culturas, apesar das diferenças culturais, de contexto e de idade, entre outras, influenciarem o modo como as pessoas definem a saúde. A dimensão positiva da saúde mental é salientada na definição de saúde da (OMS), em que a saúde é entendida como um estado completo de bem-estar e não somente como a ausência de doença (WHO, 2004). A saúde mental é também concetualizada como uma emoção positiva (afeto positivo) tal como sentimentos de felicidade, recursos psicológicos de autoestima, sentido de resiliência, que permite ter a capacidade de lidar com a adversidade (OMS, 2004).

Expressar e receber afeto tem demonstrado benefícios ao nível da saúde mental e física, sendo que a troca de afetos parece ser benéfica, e a sua ausência contraproducente, estando associada a défices ao nível do bem-estar geral (Floyd, 2014), a problemas sociais, físicos e psicológicos (Floyd, 2014; MacLean, 2003), tais como: aumento na manifestação

de stresse e depressão acentuada, dificuldades a nível social e relacional, vinculação insegura, vulnerabilidade relativa a diagnósticos de perturbações de ansiedade e de humor, aumento das perturbações imunológicas secundárias, dor crónica e perturbações do sono (Floyd & Ray, 2016).

A saúde mental passou assim a ser considerada como um todo, ou seja, para além da presença ou ausência de doença mental, deve incluir ainda a presença de indicadores de saúde mental positiva, conduzindo a perspectivas como o *Modelo dual de saúde mental* que procura incluir a avaliação do bem-estar subjetivo e que entende que os dois fatores, bem-estar e sintomatologia psicopatológica, constituem *continuums* correlacionados e indicadores indispensáveis à avaliação da saúde mental (Wang, Zhang e Wang, 2011; Westerhoff & Keyes, 2010).

De acordo com a literatura verifica-se que diversos estudos comprovaram que o suporte social e saúde estão linearmente associados. O apoio social surge em várias pesquisas como um fator que aumenta a saúde e a protege (Siqueira, 2008), além de surgir como um facilitador fundamental na promoção do bem-estar subjetivo (Brunstein, 1993; Carvalhosa, 2011), e no decréscimo dos afetos negativos relacionados a situações desagradáveis da vida (Harlow & Cantor, 1996).

A literatura descreve a relação entre o apoio social e o bem-estar subjetivo, de forma que quanto maior o sentimento de apoio social, maior a presença de afetos positivos, e consequentemente maior bem-estar vivenciado (Caprara & Steca, 2005).

A ideia de que o apoio social tem efeitos na proteção da saúde está bem suportada empiricamente (Lino, Portela, Camacho, Atie, & Lima, 2013 citado por Veiga, 2014). Por exemplo, Broadhead e colaboradores (1983 citado por Veiga, 2014) verificaram uma forte correlação entre as duas variáveis. Também Kessler, Price, e Wortman, (1985 citado por Veiga, 2014), numa revisão da investigação concluem que o apoio social pode proteger os indivíduos em risco de subseqüentes perturbações mentais e o mesmo é defendido por Ornelas (1996 citado por Veiga, 2014).

Na mesma linha do ponto anterior, o apoio social parece ter um papel fundamental na saúde mental. Da mesma forma, o estudo de Dalgard, Bjørk, e Tambs (1995 citado por Veiga, 2014) sugere que o apoio social protege contra o desenvolvimento de perturbação mental, mas apenas quando o indivíduo é exposto a fatores stressantes, como eventos negativos da vida.

A falta de apoio social tem demonstrado ter complicações ao nível da saúde mental (Dalgard, Bjørk, & Tambs, 1995; Hanson, Isacsson, Janzon, & Lindell, 1989 citado por Veiga, 2014).

No entanto, o ser humano está constantemente sob as influências do meio em que está inserido, principalmente se essas partem de estímulos com alguma valência afetiva, sejam positivas ou negativas (Phaf, Mohr, Rotteveel, & Wicherts, 2014).

Conforme descrito por Ferraz, Tavares e Zilberman (2007), elevados níveis de emocionalidade negativa estão altamente associados com diferentes tipos de psicopatologia, portanto eles constituem um fator inespecífico de vulnerabilidade que fomenta o desenvolvimento de perturbação psicológica.

A depressão é designada como uma perturbação afetiva, que acompanha a humanidade ao longo da sua história (Oliveira, Carreiro, Ferreira Filha, Lazarte, & Vianna, 2010). Burns e Anstey (2010) encontraram uma correlação positiva entre a resiliência e o afeto positivo, enquanto ambos, o afeto positivo e a resiliência, apresentaram uma correlação negativa com o afeto negativo. Fredrickson et al. (2003 citado por Nogueira, 2017) encontraram resultados que ilustram que as emoções positivas explicam as relações entre a resiliência pré-adversidade (resiliência-traço) e o desenvolvimento posterior de sintomas depressivos e a resiliência pré-adversidade e o desenvolvimento posterior de recursos psicológicos de adaptação positiva. Os resultados sugerem que as emoções positivas constituem um fator protetor contra o impacto da adversidade e o desenvolvimento posterior de depressão.

Entretanto, de um ponto de vista teórico, aspetos positivos e negativos do funcionamento mental têm sido considerados enquanto componentes independentes ou ortogonais. Diener e Emmons (1984) e Watson e Tellegen (1988) relataram que afetos positivos e negativos são distintos e, em análises fatoriais, tendem a surgir como dimensões ortogonais. De acordo com este pressuposto de independência entre os fatores, há a possibilidade de as pessoas vivenciarem ambos esses estados internos concomitantemente, o que conduz à inferência de que a presença de sintomas de depressão não exclui necessariamente que os indivíduos possam, ao mesmo tempo, fazer uma avaliação cognitiva e afetiva positiva das suas vidas.

De acordo com Burns, Anstey & Windsor (2011, como citado em Correia, 2008), o (AN) elevado relaciona-se com a sintomatologia depressiva e ansiosa, ao contrário do Afeto Positivo baixo que se relaciona somente com a depressão.

Os Afetos Positivo e Negativo indicam funções distintas e complementares (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), sugerindo-se que o elevado Afeto Positivo encontra-se associado à ampliação de pensamentos e ações, favorecendo assim a construção de recursos pessoais a longo prazo e a otimização de resultados em saúde, enquanto um elevado Afeto Negativo encontra-se associado à restrição e foco de pensamentos e ações (Folkman & Moskowitz, 2000; Fredrickson, 2004, 2013; Fredrickson & Losada, 2005 citado por Soares, 2019).

Relativamente ao modelo circunplexo do afeto, Clark e Watson (1991) desenvolveram um modelo na tentativa de explicarem as semelhanças e as diferenças entre a ansiedade e a depressão (Seligman e Ollendick, 1998). Com o intuito de tentarem explicar as sobreposições observadas entre sintomas depressivos e sintomas de ansiedade, bem como explicar uma alta comorbilidade entre as duas categorias de diagnóstico (Clark e Watson 1991), pois segundo Watson e colegas (1995) a ansiedade e a depressão são conceitos difíceis de discriminar empiricamente.

Onde este paradigma guia-se por experimentações afetivas, particularmente afeto positivo e afeto negativo. Estes dois constructos encontram-se relacionados de forma diferente com a depressão e com a ansiedade. Tanto uma como a outra, estão de forma positiva relacionadas com o afeto negativo. Por sua vez os sintomas de humor depressivo e ansiedade estão relacionado de forma negativa com o afeto positivo. No que se refere ao modelo afetivo dos três fatores, foi adicionado um terceiro fator específico, denominado por hiperativação fisiológica (HF), destacando que este modelo de 3 fatores esclareceria melhor as relações entre a depressão e a ansiedade (Marques-Teixeira, 2001). Onde a (HF) inclui tensão somática, falta de ar, tonturas, taquicardia, tremores e boca seca (Fox, Halpern, Ryan & Lowe, 2010; Anderson e Hope, 2008).

Conforme Clark e Watson (1991), Barlow et al. (1996) e Chorpita et al. (1998) o afeto negativo prosseguiria a exibir um facto não específico presente nas duas perturbações, juntando um grupo de sintomas indicadores gerais de disfunção generalizada, especialmente sintomas que abarcavam o humor ansioso, depressivo e as dificuldades de concentração. No que se refere ao afeto positivo exibiria um facto próprio da depressão, abrangendo sintomas como a anedonia e a falta de afetos positivos; a hiperativação fisiológica exibiria um facto

particular da ansiedade e abrangeira sintomas como a hiperativação e a tensão somática (Marques-Teixeira, 2001).

Devido a estes obstáculos encontrados no decorrer do estudo das mesmas, Clark e Watson (1991) criaram o Modelo Tripartido (Pinto et al., 2015).

Este modelo sugere que existem três dimensões: afeto negativo, afeto positivo e excitação somática (Pinto et al., 2015). O afeto negativo abrange os sintomas inespecíficos presentes tanto na ansiedade como na depressão (Pinto et al., 2015). Estes sinais inespecíficos são responsáveis pela forte associação entre a ansiedade e a depressão (Pais-Ribeiro et al., 2004). As restantes duas dimensões que constituem o modelo tripartido são repartidas. Logo o baixo afeto positivo inclui os sintomas de anedonia característicos da depressão, tais como a falta de energia, de entusiasmo e agitação. Por sua vez no que concerne à excitação somática é a estrutura específica em relação á ansiedade, que abrange sinais tais como hiperexcitação e tensão (Pinto et al., 2015).

De acordo com Stone (1995), o afeto e o humor representam cargas de estados emocionais que podem ser curtos, como também mais duradouros. Assim como descrito por Watson, Clark e Carey (1988) algumas definições descrevem afeto como um estado de excitação, em que apenas as "altas" extremidades determinam a presença do afeto.

Uma forma de mensurar esta dimensão é através da *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)* (Watson et al., 1988), que permite medir a afetividade. Inicialmente as medidas dos Afeto Positivo (AP) e Afeto Negativo (AN) estavam representadas pelo modelo circunplexo (180°) de Russel (1980), que defendia a bipolaridade dos afetos com base em duas dimensões: a valência (prazer ou desgosto) e ativação (alta ou baixa). Sendo que estas dimensões se encontravam representadas na (*PANAS*) (Watson et al., 1988) como *Positive Affect* (afeto positivo) e *Negative Affect* (afeto negativo), que levava a assumi-las como pólos opostos. Na (*PANAS*) os (AP) consideram-se como estados agradáveis, elevados tanto em valência como em ativação, e os (AN) como estados desagradáveis, baixos em valência, mas altos em ativação.

Segundo Watson e Tellegen (1985) o eixo referente ao prazer contém termos que representam uma mistura de alto afeto positivo e baixo afeto negativo. Por outro lado, o desprazer inclui palavras que combinam alto afeto negativo e baixo afeto positivo. Quanto ao eixo forte empenho, os termos têm cargas moderadamente positivas em ambos os fatores

de humor, enquanto aqueles que representam o baixo empenho carregam negativamente em cada dimensão.

Baseado na revisão de literatura é possível deduzir que a associação entre a depressão e os afetos revela que a depressão está associada a uma diminuição dos (AP) (e.g., Seo et al., 2015).

Todavia segundo alguns estudos (Crawford, et al., 2009; Watson et al., 1988, cit in Correia, (2008), embora níveis altos de Afeto Negativo e Afeto Positivo sejam indicativos de uma eventual perturbação, no Afeto Positivo deverá prestar-se mais atenção aos pacientes com níveis baixos (na anedonia verificam-se níveis baixos de Afeto Positivo próprio de estados depressivos).

Objetivos, Questões e Hipóteses de Investigação

O principal objetivo do estudo foi explorar a relação entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo, numa amostra clínica. Outros dois objetivos do estudo foram também: (i) verificar a existência de relação entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo em função do género e, (ii) compreender a relação entre sintomatologia depressiva e diferentes características sociodemográficas dos participantes.

As questões de investigação enunciadas são as que se seguem:

1. “Será que existe associação entre sintomatologia depressiva e o afeto positivo?”.
2. “Será que a associação entre sintomatologia depressiva e o afeto positivo é diferente em função do género?”.
3. “Existem diferenças em indivíduos com sintomatologia depressiva em função das características sociodemográficas?”

Com base na pesquisa bibliográfica efetuada, será expectável que os indivíduos que apresentem sintomatologia depressiva tenham um baixo nível de afeto positivo e vice-versa e espera-se ainda encontrar diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do género, idade, escolaridade e do estado civil. Ou seja, prevê-se que sujeitos do género feminino, idade avançada, viúvos e divorciados e também com baixa escolaridade apresentem níveis de sintomatologia depressiva mais elevados.

Metodologia

Segundo Fortin (2000) a metodologia é o combinado de métodos e de técnicas que orientam a preparação de um método de investigação científica e ainda a elaboração de um relatório de investigação a fim de relatar os métodos e as técnicas usadas no decorrer da investigação.

A presente investigação foi desenvolvida segundo uma metodologia quantitativa.

Participantes

O presente estudo resultou de uma amostra de 95 utentes de dois hospitais localizados na região norte do país.

Para integrar o estudo foram definidos dois critérios de inclusão:

1- Apresentar sintomatologia psicopatológica, tendo sido referenciado para a consulta de psiquiatria do hospital por esse motivo.

2- Idade superior a 18 anos.

Numa etapa inicial da análise de dados procedemos a uma análise exploratória e descritiva das características da amostra de participantes deste estudo.

No que respeita à distribuição dos participantes em função do género, 30.5% dos participantes são do género masculino ($n= 29$), 67.4% do género feminino ($n= 64$), e 2.1% optaram por não responder a esta questão ($n= 2$) (tabela 1).

No que concerne à idade, 4.3 % dos participantes têm idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos ($n= 4$), 80.8% tem idades entre os 25 e os 59 anos ($n= 77$) e 10.7% tem idades entre os 60 e os 70 anos ($n= 10$). Para 4.2% dos participantes a informação da idade é omissa ($n= 4$). Deste modo, a idade apresenta uma média (M) de 45.34 anos e desvio padrão ($d.p.$) de 11.5 ($Min= 18$ e $Max= 70$) (Tabela 1).

Relativamente à escolaridade, 20.0 % dos participantes concluíram o 1^a ciclo do ensino básico ($n= 19$), 18.9 % concluíram o 2^a ciclo do ensino básico ($n= 18$), 23.2% concluíram o 3^a ciclo do ensino básico ($n= 22$), 22.1% concluíram o ensino secundário ($n=$

21), e 9.5% têm o ensino superior concluído ($n= 9$). Para 6.3% dos participantes é omissa a informação relativa à escolaridade ($n= 6$) (Tabela 1).

Quanto à nacionalidade, 93.7% dos participantes são portugueses ($n= 89$), 1.1% são moçambicanos ($n= 1$), 1.1% são brasileiros ($n=1$) e 4.2% não responderam a esta questão ($n= 4$) (Tabela 1).

No que concerne ao estado civil, 24.2% dos participantes estão solteiros ($n= 23$), 55.8% dos participantes estão casados ou em união de facto ($n= 53$), 14.7% dos participantes estão divorciados ou viúvos ($n= 14$) e 5.3% não responderam ($n= 5$). (Tabela 1).

Relativamente à habitação, 11.6% dos participantes vivem sozinhos ($n= 11$), 65.3% dos participantes vivem com o cônjuge, os filhos, os irmãos e os pais ($n= 62$), 15.8% dos participantes vivem com a mãe, os irmãos, os avós, os pais, os filhos, a nora, o neto, o pai ou os tios ($n=15$), 2.1% dos participantes vivem com o cônjuge, os filhos e os sogros ($n=2$) e para 5.3% dos participantes a informação é omissa ($n= 5$) (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização da Amostra

	N	%
Sexo		
Masculino	29	30,5
Feminino	64	67,4
Idade		
18-24	4	4,3
25-59	77	80,8
60- 70	10	10,7
Escolaridade		
1ª Ciclo do ensino básico	19	20,0

2ª Ciclo do ensino básico	18	18,9
3ª Ciclo do ensino básico	22	23,2
Ensino secundário	21	22,1
Ensino Superior	9	9,5
Nacionalidade		
Portuguesa	89	93,7
Moçambicana	1	1,1
Brasileira	1	1,1
Estado Civil		
Solteiro	23	24,2
União de facto/Casado	53	55,8
Divorciados/Viúvo	14	14,7
Habitação		
Sozinhos	11	11,6
Cônjuge, filho (s), irmão (s), pais	62	65,3
Mãe, irmão (s), Avó (s), pais, filho (s), nora, neto, pai e tios	15	15,8
Cônjuge, filho (s), e sogros	2	2,1

Instrumentos

Após a obtenção da autorização, por parte das entidades responsáveis, e com o devido consentimento informado assinado pelos participantes, foram administrados aos participantes deste estudo os questionários para avaliar as variáveis em análise.

Questionário sociodemográfico

Este questionário foi utilizado para recolher informação de carácter sociodemográfico acerca dos participantes e é constituído por itens referentes ao sexo, à idade, à escolaridade, à nacionalidade, à profissão, ao estado civil, sendo que todas as questões são de resposta curta ou de escolha múltipla.

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

Para a avaliação do afeto positivo foi utilizada a versão portuguesa de Galinha e Pais Ribeiro (2005a; 2005b) da escala de afeto positivo e negativo (PANAS). Este instrumento, desenvolvido por Watson e colaboradores (1988), contém 10 perguntas, que englobem todas as categorias de emoções do afeto positivo e do afeto negativo. Estes dois conceitos são normalmente apreciados como ortogonais e independentes (Galinha & Ribeiro, 2005), dado que estes dois constructos coincidem no mesmo momento do comportamento de um sujeito. O indivíduo precisará assinalar, por meio de uma escala tipo Likert, para cada emoção, vulgarmente com que intensidade experimenta cada uma das emoções, mediante as seguintes escolhas: “nada ou muito ligeiramente”; “um pouco”; “moderadamente”; “bastante” e; “extremamente”. Sendo que a pontuação da escala possibilita obter a afetividade negativa mediante a soma dos itens: 2, 4, 7, 8 e 10 e a afetividade positiva mediante o somatório dos itens: 1, 3, 5, 6 e 9. As respostas validadas podem oscilar entre 5 a 25 pontos, em relação a cada subescala. No entanto é de salientar que esta versão do *PANAS*, ostentou uma favorável consistência interna, em relação ao afeto positivo com um valor de 0.86 e no afeto negativo com um valor de 0.89 (Galinha, Pereira & Esteves, 2014 citado por Martins, 2019). Esta escala foi adaptada para a população portuguesa por Galinha, Pereira e Esteves (2014, citado por Martins, 2019).

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 um instrumento que se propõe a rastrear a presença de sintomatologia depressiva nos participantes.

Trata-se de um instrumento de autoavaliação, com uma abordagem dimensional, que incorpora alterações das características num indivíduo, pois avalia a intensidade, a duração

ou o número de sintomas, juntamente com outras características, como o tipo e a gravidade das incapacidades (American Psychiatric Association, 2013 citado por Filho, 2017).

Este instrumento foi traduzido e disponibilizado na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, ou DSM-V (APA, 2014).

A escala de Nível 1 apresenta 23 perguntas que avaliam 13 domínios psiquiátricos incluindo: depressão, raiva, mania, ansiedade, sintomas somáticos, ideação suicida, psicose, problemas de sono, memória, pensamentos e comportamentos repetitivos, dissociação, funcionamento da personalidade e uso de substâncias.

O domínio correspondente à depressão é o domínio um, que 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”. Sendo que o máximo de pontuação que um indivíduo pode obter é 8 e o mínimo 0 pontos.

Procedimento

Recolha de dados

Inicialmente foi necessário obter uma autorização por parte dos conselhos de administrações dos hospitais participantes e um parecer ético por parte da Comissão de Ética da Universidade Lusíada Norte, a fim de ser possível a recolha de dados.

Posteriormente, depois de obtidas as autorizações, foi necessário obter o consentimento informado por parte dos participantes. Neste sentido, os participantes foram informados acerca do estudo através dos seus médicos psiquiatras, no sentido de se perceber a sua disponibilidade para a participação no estudo. Após este primeiro contato, foi reforçado junto dos participantes o carácter voluntário do estudo, pelo investigador responsável pela recolha de dados, e estes foram convidados a assinar o consentimento informado. O estudo foi conduzido segundo os princípios da Declaração de Helsínquia, princípios éticos que regem a investigação realizada com seres humanos de acordo com a Associação Médica Mundial.

Seguidamente, foram entregues os questionários de avaliação preenchidos pelos participantes, a fim de concretizar a recolha de dados.

Análise de dados.

A presente investigação utilizou o software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (versão 26.0) para realizar a análise e o tratamento dos dados recolhidos.

Inicialmente, os dados recolhidos foram introduzidos neste software e posteriormente, foi utilizada a Estatística Descritiva para descrever os dados (Martins, 2015).

Foi feita uma análise dos dados a qual incluiu a descrição e a sistematização dos resultados, bem como a testagem das hipóteses.

Posteriormente, foi utilizada a Estatística Descritiva para descrever os dados onde a análise da estatística descritiva consiste na delineação das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados recolhidos. Permite ainda descrever os valores obtidos através da medida das variáveis (Fortin, 2009).

Foi realizado o teste de Frequências para verificar a média (M), o desvio padrão (DP), o mínimo (Min), o máximo (Max), a frequência (n) e a percentagem (%) das variáveis sociodemográficas, bem como do afeto positivo.

Foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificar a normalidade da distribuição da variável dependente sintomatologia depressiva, uma vez, que o número da amostra é superior a 30 sujeitos. Através da realização do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, cujo valor de probabilidade associado é inferior a .001 ($p < .001$), verificou-se que não existe normalidade da distribuição da variável dependente sintomatologia depressiva.

Foi utilizada a Estatística Inferencial para analisar as diferenças entre os grupos e a relação entre as variáveis.

Especificamente, foram aplicados testes estatísticos não paramétricos para se proceder à testagem das hipóteses previamente formuladas, uma vez que o pressuposto de normalidade das distribuições não está cumprido para a variável dependente sintomatologia depressiva.

Foi realizado o teste de *Mann-Whitney* para comparar dois grupos independentes, ou seja, para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia depressiva em função do género.

Foi realizado o teste de *Kruskal-Wallis* para comparar três ou mais grupos independentes, isto é, para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia depressiva em função da idade, da escolaridade, e do estado civil dos participantes.

Foi utilizado o teste de correlação de *Spearman* para analisar se existia uma associação entre os níveis de sintomatologia depressiva e o nível de afeto positivo experienciado.

Resultados

Segue-se a apresentação dos resultados obtidos no presente estudo.

Análise de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do género dos indivíduos

Através da realização do teste de *Mann-Whitney* verificou-se que existem diferenças marginalmente significativas entre o género feminino e o género masculino no que diz respeito à sintomatologia depressiva, $U = 717.00$, $p = .074$ (Tabela 2). Os indivíduos do género feminino experienciam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva que os do género masculino.

Tabela 2

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do género

	Masculino	Feminino	U	P
	(N= 29)	(N= 64)		
	Ordem Média	Ordem Média		
Sintomatologia Depressiva	39.72	50.30	717.00	.074

Análise de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função da idade dos indivíduos

A partir da realização do teste de *Kruskal- Wallis* verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à sintomatologia depressiva em função da idade dos indivíduos $X^2 (2) = 0.45$, $p = .800$ (Tabela 3).

Tabela 3

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função da idade

	Idade			df	X ²	P
	18-24	25-59	60-70			
	(n= 4)	(n= 77)	(n= 10)			
	Ordem	Ordem	Ordem			
	Média	Média	Média			
Sintomatologia Depressiva	49.25	46.47	41.10	2	0.45	.800

Análise de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do grau de escolaridade dos indivíduos

Através da realização do teste de *Kruskal- Wallis* verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia depressiva em função do grau de escolaridade $X^2 (4) = 7.15, p = .128$ (Tabela 4).

Tabela 4

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função da escolaridade dos indivíduos

	Grau de escolaridade					df	X ²	p
	1º Ciclo (n=19)	2º Ciclo (n =18)	3ºCiclo (n = 21)	Ensino Secundário (n = 20)	Ensino Superior (n =9)			
	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média			
Sintomatologia Depressiva	54.79	49.08	41.93	42.43	29.67	4	7.15	.128

Análise de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do estado civil dos indivíduos

Através da realização do teste de *Kruskal- Wallis* verificou-se que existem diferenças marginalmente significativas no que diz respeito à sintomatologia depressiva em função do estado civil dos indivíduos $X^2 (2) = 4.91, p = .086$ (Tabela 5).

Tabela 5

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do estado civil

	Estado Civil			Df	X ²	p
	Solteiro (n= 23)	Casado/União de facto (n= 53)	Divorciado/Viúvo (n=14)			
	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média			
Sintomatologia Depressiva	40.17	44.29	58.82	2	4.91	.086

A partir da realização dos testes de Mann-Witney verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia depressiva entre os indivíduos “solteiros” e “casados/união de facto”(U = 552.00 p = .51) (Tabela 6), existem diferenças entre indivíduos “solteiros” e “viúvos/divorciados”(U = 96.00 p = .04) (Tabela 7), e não existem diferenças entre indivíduos “casados/união de facto” e “viúvos/divorciados”(U = 249.50 p = .06) (Tabela 8).

Tabela 6

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva entre os indivíduos solteiros e casados/união de facto

	Solteiro (n= 23)	Casado/união de facto (n= 53)	U	P
	Ordem Média	Ordem Média		
Sintomatologia depressiva	36.00	39.58	552.00	.509

Tabela 7

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva entre indivíduos solteiros e viúvos/divorciados

	Solteiro (n= 23)	Viúvo/Divorciado (n= 14)	U	P
	Ordem Média	Ordem Média		
Sintomatologia depressiva	16.17	23.64	96.00	.035

Tabela 8

Diferenças ao nível da sintomatologia depressiva entre indivíduos casados/união de facto e viúvos/divorciados

	Casado/união de facto (n= 53)	Viúvo/divorciado (n= 14)	U	P
	Ordem Média	Ordem Média		
Sintomatologia depressiva	31.71	42.68	249.50	.06

Análise de correlação entre níveis de sintomatologia depressiva e o afeto positivo

A partir da realização do teste de *Spearman* verificou-se que existe uma correlação negativa e significativa entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo total ($r_s = -0.27$, $p = .01$) sugerindo que elevados níveis de afeto positivo estão associados a menores níveis de sintomatologia depressiva (Tabela 9).

Tabela 9

Correlação entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo

	Sintomatologia Depressiva
Afeto Positivo	- 0.27 ⁺

* $p < .05$

Análise de correlação entre níveis de sintomatologia depressiva e o afeto positivo para o género feminino

Depois de vermos que existia correlação entre o afeto positivo e a sintomatologia depressiva e sabendo que existem diferenças marginais na depressão em função do sexo, fez sentido perceber se esta correlação era diferente para homens e mulheres.

A partir da realização do teste de *Spearman* verificou-se que existe uma correlação negativa e marginalmente significativa entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo em relação ao género feminino ($r_s = -0.24, p = .05$) sugerindo que elevados níveis de afeto positivo estão associados a menores níveis de sintomatologia depressiva nas mulheres (Tabela 10).

Tabela 10

Correlação entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo para o género feminino

	Sintomatologia Depressiva
Afeto Positivo	- 0.24 ⁺

⁺ $p < .10$

Análise de correlação entre níveis de sintomatologia depressiva e o afeto positivo para o gênero masculino

A partir da realização do teste de *Spearman* verificou-se que a correlação entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo em relação ao gênero masculino é estatisticamente não significativa ($r_s = -0.22, p = .25$) (Tabela 11).

Tabela 11

Correlação entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo para o gênero masculino

	Sintomatologia Depressiva
Afeto Positivo	- 0.22 ⁺

⁺ $p < .10$

Discussão dos Resultados

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

Os principais objetivos deste estudo foram: (i) descrever as diferenças dos indivíduos com sintomatologia depressiva em relação às seguintes características sociodemográficas: género, idade, escolaridade, estado civil e também (ii) verificar se existia uma relação entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo.

Análise de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do género dos indivíduos

Neste estudo, foram encontradas diferenças marginalmente significativas ao nível da sintomatologia depressiva em função do género dos indivíduos.

A literatura tem vindo a identificar diferenças entre géneros, nomeadamente, no que diz respeito às perturbações do humor, mais concretamente em relação à depressão, onde o sexo feminino apresenta uma maior predisposição para este tipo de perturbação do que o sexo masculino (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Os resultados deste estudo corroboram com a literatura revista que sugere que os quadros depressivos e de ansiedade sejam mais prevalentes no género feminino (Oliveira, 2010; Rabasquinho & Pereira, 2007 citado por Costa, 2015).

Neste sentido, os resultados deste estudo sugerem que a presença de sintomatologia depressiva nos homens e nas mulheres não são semelhantes, o que corrobora como os resultados do estudo de Hammer e Neal (2008) que referenciam que as mulheres apresentam valores superiores de depressão em comparação com os homens.

Segundo a literatura, estas diferenças existem, possivelmente devido ao facto de a mulher ter mais tendência em internalizar eventos estressantes e de os direitos e estatuto da mulher na sociedade serem diferenciados em relação aos homens, e também devido à desigualdade social entre os sexos que se verificam por exemplo ao nível dos salários mais baixos, falta de emprego para as mulheres, o que de alguma forma pode contribuir para a sintomatologia depressiva (Pajer, 1995). Para além destes estudos, Parker e Wilhcilm (1995) e Windle (1992) referem que os homens tendem a apresentar mais comportamentos de consumo de álcool e drogas do que as mulheres, quando se sentem deprimidos, o que

demonstraria que os homens utilizam estratégias de enfrentamento exteriorizando comportamentos, diferente das mulheres, que tenderiam a interiorizar os sintomas e a expressarem tristeza da maneira padrão (retraindo-se, chorando e evitando situações sociais). Em termos psicológicos, parece existir também uma maior dependência interpessoal das mulheres em relação aos homens (Sananthara, Gardner, Prescott & Kendler, 2003 citado por Brewer & Olive, 2014) o que pode explicar a disparidade entre géneros.

Deste forma, apura-se que, nas pesquisas citadas anteriormente, o género feminino ostentam sempre valores mais altos na sintomatologia depressiva do que o género masculino.

Contudo, a existência neste estudo de diferenças estatisticamente significativas em indivíduos com sintomatologia depressiva em função do género dos participantes poderá estar relacionada com o facto de a dimensão da amostra ser pequena (N= 95) e com o facto da grande maioria dos participantes serem do género feminino (67.4%). Para além do referido as pesquisas citadas anteriormente foram realizadas na população normativa, ao contrário deste estudo que foi realizado na população clínica, o que poderá ter afetado de algum modo os resultados obtidos.

Análise de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função da idade dos indivíduos

Neste estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia depressiva em função da idade dos indivíduos.

Sendo que estes resultados diferem de outros estudos, em relação à idade, onde indicam um aumento da prevalência de sintomas depressivos nas idades mais avançadas (Borges et al., 2013; Fernandes et al., 2009; Lima et al., 2009; Sasset al., 2012 citado por Lampert, 2018).

Sendo que é consensual, na literatura, encontrar-se evidências quanto ao aumento de sintomas depressivos com a idade (Unsal, Tozun & Ayranci, 2011; Frade, Barbosa, Cardozo & Nunes, 2015; Apóstulo, Antunes, Rodrigues, Figueiredo & Lopes, 2011; Bergdhal, Gustavsson, Kallin, Wagert, Lundman, Bucht, & Gustafson, 2005 citado por Frade et. al, 2015).

Ponderando sobre este dado, ao qual Blazer (2000 citado por Bernardino, 2013) também já teria chegado à conclusão que a depressão se encontrava associada com o aumento da idade (Heun & Hein, 2004 citado por Bernardino, 2013), assim como, Belló, Rosas, Mora & Lozano (2005 citado por Bernardino, 2013) ao afirmar que à medida que a idade aumenta, também os níveis de depressão aumentam, podendo apontar como fatores explicativos as mudanças no quotidiano subjacentes ao envelhecimento. O consequente início da reforma, a perda de autonomia, o término dos papéis profissionais, as alterações cognitivas e até mesmo o confronto com as alterações morfológicas, tais como o aparecimento de rugas Santos (2010 citado por Bernardino, 2013) parecem fatores indutores de depressão na idade mais avançada.

Portanto, a não existência neste estudo de diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva em função da idade pode estar relacionada com o facto de o número da amostra ser reduzido (N=95), da grande maioria dos participantes terem idades entre os 25 e os 59 anos (80.8%) e dos participantes pertencerem a uma amostra clínica.

Análise de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do grau de escolaridade dos indivíduos

Neste estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva em função do grau de escolaridade dos indivíduos.

Segundo Trentini et al. (2005), o grau de escolaridade pode estar relacionado diretamente com a depressão, isto é, quanto mais tempo de estudo o indivíduo tiver, menor a probabilidade de desenvolver doença mental.

Todavia de acordo com a literatura outros resultados mostraram que quanto menor é a escolaridade, maiores são os níveis de depressão (Bergdahl et al., 2005; Chou & Chi, 2005; Kim et al., 2002; Papadopoulos et al., 2005 citado por Fernandes, 2014).

Sendo que o baixo nível de escolaridade, por sua vez, pode ser considerado um importante fator de risco associado à depressão (Kulaksizoglu, 2005 citado por Santos, 2017). Para este autor a educação é um dos principais critérios de avaliação do nível socioeconómico de uma população, sendo esta outra importante variável, na avaliação de sintomatologia depressiva, em que o nível educacional é um bom indicador do nível

sócioeconómico (Fagulha & Gonçalves, 2012). Assim, é espectável que uma pessoa de escolaridade baixa tenha um nível sócio-cultural-económico baixo e, por consequência, tenha poucos recursos à sua disposição, um estilo de vida mais humilde, ambientes laborais precários e, ainda, baixos níveis de suporte social (OMS, 2000; Heun & Hein, 2005; Miller, 2011).

No entanto a escolaridade é um fator de grande relevância na depressão, visto que quanto maior o nível escolar, menores são os sintomas psíquicos. Um estudo que pesquisou várias variáveis associadas à depressão, entre elas a escolaridade, apontou para o fato de o elevado nível escolar estar relacionado ao baixo índice de sintomas depressivos, demonstrando que a escolaridade exerceria uma função protetora para a depressão (Irigaray & Schneider, 2007 citado por Sousa, 2019).

Portanto, conclui-se que, nas pesquisas anteriormente citadas, os sujeitos com um grau de escolaridade mais elevado ostentam menos disposição para a presença de sintomatologia depressiva.

Neste sentido, os resultados deste estudo sugerem que os níveis de sintomatologia depressiva em função do grau de escolaridade dos indivíduos são semelhantes, ao contrário dos resultados dos estudos acima mencionados.

Análise de diferenças ao nível da sintomatologia depressiva em função do estado civil dos indivíduos

No que respeita ao estado civil, foram encontradas diferenças marginalmente significativas ao nível da sintomatologia depressiva em função do estado civil dos indivíduos.

Através dos testes estatísticos realizados verificou-se na presente amostra que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia depressiva entre os indivíduos “solteiros” e “casados/união de facto”, existem diferenças entre indivíduos “solteiros” e “viúvos/divorciados” e existem diferenças marginalmente significativas entre indivíduos “casados/união de facto” e “viúvos/divorciados”.

Segundo Roncon, Lima e Pereira (2015) ser casado ou viver em união de facto reduz o risco de depressão, comparativamente com os sujeitos viúvos, solteiros e divorciados, o que nos indica que ter alguém com quem partilhar a habitação é um fator protetor para o

diagnóstico de depressão, na medida em que reduz drasticamente os efeitos do isolamento, tais como a solidão.

Estes resultados corroboram estudos anteriores que apontam o facto de ser casado estar associado a uma menor presença de sintomas depressivos, e portanto, funcionando como um fator protetor da depressão (Braam, et al., 2004; Papadopoulos et al., 2005; Stek, Vinkers, Gussekloo, Beekman, van der Mast & Westendorp, 2005 citado por Faisca, 2012). Sendo que essa diferença relativamente ao estado civil pode estar relacionada com o apoio e segurança que a pessoa experiencia quando mantém um relacionamento íntimo com outra pessoa, isto é, parece que as pessoas que mantêm uma intimidade com um “confidente” serão, em regra, capazes de suportar melhor as privações a que estão sujeitas, durante o envelhecimento, prevenindo, por conseguinte, o surgimento de um mal-estar psicológico, particularmente, o surgimento de sintomas depressivos Murphy (1982 citado por Faisca, 2012).

No entanto, tendo em consideração o resultado dos estudos apresentados, conclui-se que viver só é um fator preditor de depressão e, nesse sentido, do ponto de vista da intervenção deve ser privilegiado um incentivo à criação e manutenção das relações sociais como forma de contrariar esta tendência.

De forma concordante, os resultados do nosso estudo sugerem que os níveis de sintomatologia depressiva em função do estado civil dos indivíduos não são semelhantes, ao qual vai de encontro ao resultado de Roncon, Lima e Pereira (2015). Ou seja, no presente estudo pode-se concluir através dos testes estatísticos acima efetuados que se verificam valores mais elevados de sintomatologia depressiva em indivíduos casados/união de facto do que solteiros, valores mais elevados de sintomatologia depressiva em indivíduos divorciados/viúvos do que solteiros e por ultimo verificam-se valores mais elevados de sintomatologia depressiva em indivíduos divorciados/viúvos do que casados/união de facto.

Todavia o fato de existirem essas diferenças pode estar relacionada com o facto de a amostra não ser representativa da população e também a distribuição desigual dos participantes pelos vários grupos em comparação pode contribuir para este resultado.

Análise de correlação entre níveis de sintomatologia depressiva e o afeto positivo

Neste estudo, tal como no de Watson et al. (1988), verificou-se a existência de uma correlação negativa entre os afetos positivos e a sintomatologia depressiva, ou seja, valores mais elevados de afeto positivo estão associados a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva. Para estes autores, as pessoas que possuem maior prevalência de afetos positivos tendem a sentir mais prazer em suas atividades cotidianas e, nesse sentido, menores níveis de sintomatologia depressiva. Por outro lado, aqueles que possuem mais afetos negativos, a tendência é oposta, sendo que seu olhar para o quotidiano tenderá a ser negativo e triste (Watson et al., 1988), apesar de que no meu estudo não se analisou os afetos negativos, e por isso não posso concluir que ter menos afeto negativo significa ter mais afeto positivo.

Essas relações eram esperadas considerando que os afetos negativos regulam um sistema que orienta o funcionamento psicológico do indivíduo, fazendo-o vivenciar com maior frequência algumas emoções (p.e. medo, tristeza), pensamentos (p.e. ruminação) e comportamentos desadaptativos como se estivesse num estado de potencial perigo ou perda (Taylor et al., 2016). Já os afetos positivos incluem confiança, otimismo e autoeficácia, interpretações mais positivas das relações, sociabilidade, comportamento pró-social e bem-estar físico, além de enfrentamento mais satisfatório perante mudanças e eventos estressores, bem como flexibilidade diante das situações, o que parece proteger o indivíduo de desenvolver níveis de sintomatologia depressiva elevados (Lyubomirsky et al., 2005).

Estes autores Watson et al. (1988), Taylor et al. (2016) e Lyubomirsky et al. (2005), concluíram que os afetos positivos contribuem para diminuir os sintomas depressivos, concordante com o nosso estudo, e aumentam o sucesso para o seu tratamento.

Para além disto, importa referir o Modelo circunflexo do afeto proposto por Watson e Tellegen (1985), um modelo circular, bidimensional e que apresenta duas dimensões o afeto positivo e afeto negativo: o afeto positivo, enquanto medida que representa a manifestação de entusiasmo com a vida e o afeto negativo, enquanto medida que representa a manifestação de indisposição ou perturbação face à vida.

Sendo que o afeto positivo reflete a extensão em que a pessoa se sente entusiasmada, ativa e em alerta, ou seja, reflete o nível individual de prazer (Diener & Lucas, 2000), pelo que elevados níveis de afeto positivo refletem um estado de elevada energia, concentração

total e de compromisso apazível, ao passo que baixo afeto positivo é caracterizado pela letargia e tristeza.

Assim sendo, neste estudo a correlação entre a variável sintomatologia depressiva e a variável afeto positivo apresentam uma correlação negativa, sendo que a partir desta associação negativa entre as variáveis pode-se concluir que à medida que os afetos positivos aumentam a sintomatologia diminui e vice-versa.

Neste sentido, neste estudo verifica-se a existência de uma relação negativa entre os afetos positivos e a sintomatologia depressiva, assim como os estudos acima mencionados demonstram que os afetos positivos podem constituir-se como um fator protetor da perturbação depressiva.

Análise de correlação entre níveis de sintomatologia depressiva e o afeto positivo em função do género

Neste estudo verificou-se a existência de uma correlação negativa marginalmente significativa entre os afetos positivos e a sintomatologia depressiva, para o género feminino, o que significa que à medida que o afeto positivo aumenta a sintomatologia depressiva diminui, ou vice-versa. A mesma correlação foi testada isoladamente para o género masculino e os resultados foram não significativos.

De acordo com a literatura, as mulheres apresentam uma maior vulnerabilidade à depressão (Hankin e Abramson, 2001), o que pode ser explicado por fatores afetivos, biológicos e cognitivos (Hyde et al., 2008).

Quanto à epidemiologia da depressão, de acordo com diversos autores (e.g., Claudino et al., 2006; Huq & Afroz, 2005; Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002 citado por Martins, 2019), as mulheres manifestam significativamente mais sintomas depressivos quando comparadas com os homens. Essas diferenças entre géneros podem ser explicadas por fatores cognitivos (estilo cognitivo, ruminação), afetivos (reatividade emocional) e biológicos (vulnerabilidade genética, hormonas, mudanças da puberdade) (Hyde, Mezulis & Abramson, 2008).

No entanto o facto de o presente estudo verificar a existência de uma correlação negativa entre a sintomatologia depressiva e o afeto positivo deve-se ao facto de a maioria

da população do estudo ser do género feminino (n=64), pois o género feminino é quem segundo a literatura vivencia mais emoções negativas ao longo da vida

No entanto segundo Strongman (1987) existe pouca evidência para suportar a perspectiva de que a mulher é mais emocional que o homem. Contudo, as mulheres tendem a prestar mais atenção às emoções das outras pessoas e aos seus problemas, sendo mais influenciadas por estes do que os homens e talvez seja por isso, possam ser vistas como mais emocionais do que os homens, ainda que isto possa ser especulativo, sendo que neste resultado encontrado em que o afeto positivo está associado com a sintomatologia depressiva só nas mulheres pode indicar que os fatores afetivos constituem uma melhor explicação da variação na sintomatologia depressiva em mulheres do que nos homens. Pode verificar-se que nos homens sejam de facto outros fatores, que não o afeto, a explicar a variação na sintomatologia depressiva, tais como os fatores biológicos e cognitivos, o que seria interessante explorar num estudo posterior.

Limitações do Estudo e Contribuições para a prática clínica

O presente estudo pode servir como ponto de partida para outras pesquisas e aplicações mais extensas na área do Afeto Positivo e particularmente na sua relação com a sintomatologia depressiva. No entanto, algumas limitações podem ser observadas.

Uma das limitações deste estudo diz respeito ao facto de o tamanho da amostra ser muito reduzido (N=95), dificultando a sua representatividade, e à homogeneidade dos participantes em relação ao género (67,4% dos participantes são do género feminino).

A segunda limitação está relacionada com a área geográfica, uma vez que os dados foram recolhidos em apenas dois hospitais da zona norte do país, o que não permite a generalização dos resultados. Para além disso, o instrumento de recolha de dados sobre sintomatologia depressiva, a Medida de Auto Avaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 para Adultos, representa uma medida primária de rastreio, que tem apenas duas questões para a avaliação dos níveis da sintomatologia depressiva.

Todavia este estudo pode ter contribuições importantes para a prática clínica uma vez que este estudo demonstrou que os afetos positivos podem ser um contributo para a diminuição da sintomatologia depressiva, sendo que os psicólogos clínicos devem privilegiar a promoção dos afetos no tratamento da sintomatologia depressiva.

Conclusão

O presente estudo tinha como principais objetivos descrever a relação entre a sintomatologia depressiva e diferentes características sociodemográficas, onde os resultados mostraram que existem diferenças marginalmente significativas ao nível da sintomatologia depressiva em função do género e do estado civil, não existindo diferenças estatisticamente significativas em função da idade e escolaridade.

Outro objetivo do estudo era verificar se existia uma relação entre sintomatologia depressiva e os afetos positivos, onde os resultados revelaram que existe uma correlação significativa negativa entre os afetos positivos e a sintomatologia depressiva destes sujeitos.

O presente estudo abarcou contribuições relevantes para o ramo da Psicologia pois acrescentou uma assimilação mais abrangente e holística sobre os afetos positivos e relacionou os afetos positivos dos sujeitos com a sintomatologia depressiva. Devido a carência de pesquisas subjacentes a este tema, os resultados obtidos tornam-se extremamente essenciais no ramo da Psicologia.

No entanto futuramente, seria interessante analisar os afetos positivos não só em população clínica, mas igualmente numa população normativa para averiguar se subsistem desigualdades ao nível dos afetos positivos em função do tipo de população. Seria, também, interessante analisar os afetos positivos não só em sujeitos que padecem de sintomatologia depressiva, mas igualmente em sujeitos com outro tipo de sintomatologia para averiguar se existem desigualdades ao nível dos afetos positivos em função do tipo de sintomatologia.

Referências Bibliográficas

- Addis, M. E., & Hoffman, E. (2017). Men's depression and help-seeking through the lenses of gender. In *The psychology of men and masculinities*. (pp. 171–196). Washington, DC: American Psychological Association.
- Akhtar-Danesh, N., & Landeen, J. (2007). Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(4), 1-9.
- Albuquerque, A. S., & Trócoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Almeida, M. C. M. (2011). *Ansiedade, Depressão, Ideação suicida, Coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias -Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM-5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (5º ed.). Lisboa: Climepsi.
- Anderson, E., & Hope, D. A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, 28, 275-287.
- Azevedo, S. I. S. (2020). *A saúde mental na doença renal: o papel da vinculação, regulação emocional e da imagem corporal positiva*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Bahls, S. (1999). Depressão uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interacção*, 3, 49-60.
- Baptista, M. N. (2004). *Sobre a Depressão*. In: *Baptista, M.N (Ed.): Suicídio e Depressão: atualizações*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Bastos, T. C. N. M. (2011). *A Neurobiologia da Depressão*. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

- Beck, A. Rush, A., Shaw, B. & Emery, G.(1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Beck, A. Rusch, A., Shaw, B. & Emery, E. (1979). *Cognitive therapy of depression*. NY: Guilford Press.
- Bernardino, A. R. P. (2013). *Depressão e Ansiedade em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados Valorizar o envelhecimento*. Tese de mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Brewer, G., & Olive, N. (2014). Depression in men and women: relative rank, interpersonal dependency, and risk-taking. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 8 (3), 142-147.
- Brunstein, J.C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (5), 1061–1070.
- Bucete, C. M. G. (2019). *Preditores Sociodemográficos do bem-estar subjetivo em idosos comunitários*. Tese de Mestrado, Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Burns, R. A., & Anstey, K. J. (2010). The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Personality and Individual Differences*, 48, 527–531.
- Buss, D. M. (2004). *Evolutionary psychology. The new science of the mind* (2nd Ed.). Boston: Ally & Bacon.
- Cacozzi, A. (2017). *O bem-estar subjetivo de indivíduos com transtorno depressivo identificados na população geral*. Tese de Mestrado, Universidade Católica de Santos, Santos, Brasil.
- Cameron, O. G. (2007). Understanding Comorbid Depression and Anxiety. *Psychiatric Times*, 24(14), 51–54.
- Caprara, G., Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10(4), 275-286.

- Carneiro, A. M., Baptista, M. N., & Dos Santos, A. A. A. (2013). Medidas de sintomas depressivos em idosos: Relações com variáveis sociodemográficas. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 31(3), 483–492.
- 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.
- Carvalho, A., Mateus, P., Xavier, M., Nogueira, P., Farinha, C., Alves, M., Oliveira, A. (2014). Saúde Mental em números – 2014. *Direção Geral Da Saúde*.
- Carvalhosa, S. F. (2011). *Retrospective school bullying and their long-term implications: A study of well-being in young adults*. (15th) European Conference on Developmental Psychology, Bergen, Norway.
- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia (tese de doutoramento não publicada)*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Cavalcante, F. V. (2019). *Fatores associados á depressão em adultos residentes na região dos pirineus, entorno do distrito federal: um estudo caso-controle de base populacional*. Tese de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Čengić, B., & Resić, H. (2010). Depression in Hemodialysis patients. *Bosnian Journal of basic medical sciences*, 10(1), 73-78.
- Chaves, M. G. D. (2015). *Bem-estar subjetivo e percepção de suporte familiar em idosos institucionalizados (Dissertação de mestrado)*. Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316–336.
- Correia, D., & Barbosa A. (2009). Ansiedade e Depressão em Medicina. Modelos e Avaliação. *Acta Med Portuguesa*, 22(1), 89-98.

- Costa, D. J. L. (2015). *Preditores do bem-estar em crianças e adolescentes: um estudo em escolas do norte do país*. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2003). Depressão Infantil: Uma contribuição para a prática educacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7 (1), 77-84.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (2009). Subjective well-being. In E. Diener (Ed.), *The science of subjective wellbeing: The collected works of Ed Diener* (pp. 11-58). New York, NY: Springer.
- Diener, E., Lucas, R., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In Snyder, C. & Lopez, S. (Eds), *Handbook of positive psychology* (187-194). Oxford: Oxford University Press.
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 151-157.
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105-1117.
- Diener, E., & Lucas, R. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfilment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies*, 1, 41-78.
- Duman, S.; Nanxin, L. (2009). A neurotrophic hypothesis of depression: role of synaptogenesis in the actions of NMDA receptor antagonists – *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, v. 367, n. 1601, p. 2475-2484,201.
- Duckworth, L. A., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology* 1(1), 629-651.

- Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2012). A brief psychotherapeutic intervention with depressed middle-aged portuguese woman. *Women & Therapy, 35*, 233-247.
- Faísca, L. R. (2012). *Sintomatologia depressiva e solidão na população idosa residente na cidade da Covilhã*. Tese de mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Fernandes, M. M. G. C. (2014). *Depressão e qualidade de vida em idosos institucionalizados*. Tese de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.
- Ferraz, R. B., Tavares, H. & Zilberman, M. L. (2007). Felicidade: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(5), 234-242.
- Filho, P. L. S. (2017). *Identificação da emoção facial na ansiedade social*. Tese de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.
- Floyd, K. (2014). Relational and health correlates of affection deprivation. *Western Journal of Communication, 78*(4), 383-403.
- Floyd, K., & Ray, C.D. (2016). The biology of affection. In *Oxford Research Encyclopedia of Communication* (pp. 1-19). Oxford: Oxford University Press.
- Frade, J., Barbosa, P., Cardozo, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência, IV* (4), 41-49.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention and Treatment, 3*, 254-290.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2002). Positive Emotions. In C. R. Snyder & Shane J. Lopez. (Eds), *Handbook of Positive Psychology*, (pp. 120-134). New York, NY: Oxford University Press.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences, 359*, 1367-1378.

- Fredrickson, B. L., & Losada, M. L. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60, 678-686.
- Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D., & Iglésias, C. (2013). Felicidade Hedónica e Eudaimónica: Um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4(XXXI): 329-342.
- Freitas Teixeira, A. F. (2013). *Depressão em doentes internados em hospitais gerais*. Porto.
- Fortin, M.F. (2000). *O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização*. Loures: Lusociencia.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fox, J., Halpern, L., Ryan, J. e Lowe, K., (2010). Stressful life events and the tripartite model: relations to anxiety and depression in adolescent females. *Journal of adolescence*. 33, 43-54.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110.
- 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.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005b). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Galinha, I. C. (2008). *Bem estar subjectivo: Factores cognitivos, afetivos e contextuais*. (1ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective well-being. *International Journal of Wellbeing*, 2, 34-53.

- Giacomoni, C. (2004). Bem-estar subjectivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12, 43-50.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Gilbert, P. (2004). Depression: A biopsychosocial, integrative and evolutionary approach. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice* (pp. 99-142). Chichester: J. Wiley.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and counselling for depression* (3ª Edição). London: Sage.
- Gusmão, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., & Caldas de Almeida, J. M. (2005). Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 18(2), 129-46.
- Hammer, L. B., & Neal, M. B. (2008). Working sandwiched-generation caregivers: Prevalence, characteristics, and outcomes. *The Psychologist-Manager Journal*, 11(1), 93-112.
- Hankin, B., & Abramson, L. (2001). Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.
- Harlow, R.E., & Cantor, N. (1996). Still participating after all these years: A study of life task participation in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1235-1249.
- Heun, R., & Hein, S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly. *European Psychiatry*, 20, 199-204.
- Hutz, C. S. (2014). *Avaliação em Psicologia Positiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Hyde, J., Mezulis, A., & Abramson, L. (2008). The ABC's of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender differences in depression. *Psychological Review*, 115, 291-313.

- Irons, C. (2018). *Depressão. Saiba como diferenciar a depressão clínica das tristezas do dia a dia*. São Paulo: Saraiva Educação.
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão - O mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 74-79.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York, NY: Russell Sage Found.
- Lampert, C. D. T., Ferreira, V. R. T. (2018). Fatores Associados à Sintomatologia Depressiva em Idosos. *Avaliação Psicológica*, 17(2), 205-212.
- Levin-Aspenson, H. & Watson, D. (2018). Mode of administration effects in psychopathology assessment: Analyses of gender, age, and education differences in self-rated versus interviewbased depression. *PsychologicalAssessment*, 30(3), 287-295.
- Lima, M. S. De. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(5), 01-05.
- Lucas, M. (2014). *Diga não à depressão*. Lulu Press.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111-131.
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15, 853-884.
- Marques-Teixeira, J. (2001). Comorbilidade: Depressão e Ansiedade. *Saúde Mental*, 3(1), 1-10.
- Martins, C. (2015). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Martins, C. A. C. (2019). *Autocompaixão, afeto positivo, afeto negativo e sintomatologia depressiva em adultos*. Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Mello, E., & Teixeira, M. B. (2011). Depressão em idosos. *Revista saúde*, 5(1), 42-53.

- Messora, L. B. (2006). *Perfil dos idosos em instituições asilares de três municípios do sul de minas gerais. (Dissertação de Mestrado não publicada)*. Universidade Federal de Alfenas, Brasil.
- Miller, M. (2011). Woman and depression. *Harvard Mental Health Letter*, 27 (11).
- Nogueira, G. E. C. (2017). *Variáveis clínicas e sociodemográficas em adultos com e sem perturbações emocionais: um olhar sobre os clientes de uma Clínica Pedagógica de Psicologia*. Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Nunes, P. (2007). Psicologia positiva. Retrieved January 5, 2020, from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0115.pdf>
- Oliveira, G. F. De, Carreiro, G. S. P., Ferreira Filha, M. D. O., Lazarte, R., & Vianna, R. P. D. T. (2010). Risco para depressão, ansiedade e alcoolismo entre trabalhadores informais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 272–277.
- Oliveira, B. S. M. C. N. (2014). *A funcionalidade e a sintomatologia depressiva nos adultos mais velhos integrados na comunidade*. Tese de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). Women's Mental Health: na evidence based review. Disponível em www.who.int.
- Özgün Niksarlioglu, E. Y., Özkan, G., Günlüoğlu, G., Uysal, M. A., Gül, S., Kilic, L., Çamsarı, G. (2016). Factors related to depression and anxiety in adults with bronchiectasis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 3005–3010.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição Para O Estudo Da Adaptação Portuguesa Das Escalas De Ansiedade, Depressão E Stress (Eads) De 21 Itens De Lovibond E Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Pajer, K.(1995).New strategies in the treatment of depression in women. *Journal of Clinical Psychiatry*. 56 (2,Suplemento),30-37.

- Parker, D. G. e Wilhelm, K. (1995). Influencias artificiosas sobre las diferencias de los sexos en la depression. *International Psychiatry Today*, 5, 1-6.
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615.
- Phaf, R. H., Mohr, S. E., Rotteveel, M., & Wicherts, J. M. (2014). Approach, avoidance, and affect: A meta-analysis of approach-avoidance tendencies in manual reaction time tasks. *Frontiers in Psychology*, 5.
- Phelps, E. A. (2009). The study of emotion in neuroeconomics. *Neuroeconomics: Decision Making and the Brain*.
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *The British Journal of Psychiatric*, 177(6), 486-492.
- 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.
- Pires, C. F. (2016). *Promoção das relações familiares e dos laços afetivos entre doente de alzheimer institucionalizado e a família*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: Promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 405-416.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I., & Sudak, D. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental na depressão. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 30 (2), 73-80.
- Robbins, B. D. (2015). Building bridges between humanistic and positive psychology. In S. Joseph, *Practice Psychology in Practice: Promoting human flourishing in word, health, education, and everyday life*. (pp. 63-84). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Roncon, J., Lima, S., & Pereira, M. (2015). Qualidade de vida, morbidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 31(1), 87-96.

- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Sadock, B., Sadock, V. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (9ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sagiv, L., & Schwartz, S. H. (2000). Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, 30, 177-198.
- Sampaio, D., Figueira, M.L., Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa, Lidel. P59-77; 402-405.
- Santos, F. M. R. (2017). *Funcionalidade e sintomatologia depressiva em pessoas com 65+ anos a residir na comunidade*. Tese de Mestrado, Instituto politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Saraiva, C. Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M.A. (2012). A Medida Positiva dos Afetos: Bem-Estar Subjetivo em Pessoas Casadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 11-20.
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: An integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 125–144.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology – an personality integracion. *Journal of Personality and Social psychology*, 68, 531-543.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Seligman, M. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A, Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Seo, S., Jeon, J., Chong, Y., & Na, J. (2015). The relations among relatedness needs, subjective well-being, and depression of korean elderly. *Journal of Women & Aging*, 27, 17-34.
- Silva, C. A. (2011). *Design emocional: afetos positivos e negativos nas interações com ambientes WEB*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Singh, K., & Duggal Jha, S. (2008). Positive and negative affect, and grit as predictors of happiness and life satisfaction. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34(Special Issue), 40-45.
- Siqueira, M., & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia, Teoria e Pesquisa, Brasília*, 24, 201-209.
- Siqueira, M. M. M. (2008), Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.
- Soares, A. S. B. (2019). *Desenvolvimento Positivo na Adolescência: Recursos do Desenvolvimento, Percepção do Estado de Saúde, Satisfação com a Vida e Afeto Positivo*. Tese de Doutorado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Sousa, C. M. (2019). *Prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos em idosos de comunidade rural do nordeste brasileiro*. Tese de mestrado, Universidade Federal do Maranhão, Pinheiro, Brasil.

- Stone, Arthur A. Measurement of affective response. In S. Cohen, R. C. Kessler, & L. U. Gordon (1995), *Measuring Stress: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
- Taylor, C. T., Lyubomirsky, S., & Stein, M. B. (2016). Upregulating the positive affect system in anxiety and depression: Outcomes of a positive activity intervention. *Depress Anxiety*, *34*, 267–280.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the Anxiety Disorders*. p. 681-706.
- Townsend, M. (2014). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. (7ª edição). Loures: Lusociência.
- Trentini C. M. et al. A influência dos sintomas somáticos no desempenho dos idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n.2, p. 119-123, 2005.
- Veiga, S. M. (2014). *Viver com a Perda Auditiva no envelhecimento: o impacto psicossocial e o papel do apoio social*. Tese de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Vélez, D. M. A. (2005). *Adaptación y validación castellana del cuestionario de Depresión estado/rasgo (ST/DEP)*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidad de Granada-Facultad de Psicología, Granada.
- Ventura, A. C. C. (2017). *Bem-estar Subjetivo em Cuidadores Formais de Idosos que Frequentam Centros de Dias e/ou que se encontram Institucionalizados em Lares de Terceira Idade*. Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Wang, X., Zhang, D., & Wang, J. (2011) Dual-factor model of mental health: Surpass the traditional mental health model. *Psychology*, *2*(8), 767-772.
- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychologist*, *64*, 678-691.

- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, v, 98, 219-235.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of abnormal psychology*, v. 97, n. 3, p. 346-353.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1067.
- Westerhoff, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*, 28, 522-530.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Geneva: WHO.
- Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, C. S. (2012). Determinantes do bem-estar subjetivo. *Psico*, 43 (3), 280-288.
- Zanon, C., Bastianello, R., Pacico, C., Hutz, C. S. (2013) Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, v. 18, n. 2, p. 193-201.



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