



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Indicadores de Saúde Cardiovascular, Personalidade e Sintomatologia de Ansiedade e Depressiva em Estudantes

Inês de Castro Ruge e Lemos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA

Orientador: Prof. Doutor Samuel José Fonseca Monteiro

Covilhã, novembro de 2017

Dedicatória

*Eterna a solidão
Dos que julgam estar sós,
Eterno o silêncio
Dos que não escutam a sua voz,
Porque tudo o que ouvimos vem de nós.*

É a vós que dedico este trabalho.

A vós, os que nunca desistiram de acreditar,
Que não me deixavam baixar o olhar,
Que sempre me deram a mão
Por cada vez que eu dizia que não.
Que não seria possível, que não conseguiria.

É a vós, que perante qualquer aperto
Soubestes dar o vosso abraço e carinho no momento certo.
A vós, os que sempre conseguiram transmutar
Meu rosto sisudo num outro renovado e de sorriso aberto.
A vós que me motivastes, momento a momento,
A dar o melhor de mim,
Por mim, por vós, por nós.

É particularmente a vós,
Que de forma incansável,
Vos mantivestes presentes,
Prontos e disponíveis,
Mesmo em horas tardias,
A tornar o meu pensar coerente,
A dissipar qualquer medo ou dúvida,
A enfrentar e a aproveitar os desafios
Como uma nova experiência
De autoconhecimento e crescimento.

A vós,
Pelas horas em claro,
Mesmo quando a escuridão

Procurava toldar-me a visão.

Por compreenderem as palavras não ditas...
Por me ajudarem a sarar todas as feridas
Que ao longo do caminho se foram abrindo,

A vós, por estardes
Nos múltiplos acordares,
Por me ajudarem a tornar consciente
Momentos de inconsciência,
Virtudes, competências
E o que ainda havia a melhorar.

A vós que me acompanhais,
Há mais ou há menos tempo,
Aos que me conhecem
E ainda assim, permanecem,
De igual forma
Presentes, tal como um pai, mãe ou irmão,
Mas vós, escolhidos de coração.

Neste sentido vos digo,
E bem o sabeis,
Que é, sem a menor dúvida,
É a vós, que me acompanharam e sempre acreditaram, a quem dedico este trabalho,
Que não sendo apenas meu, é nosso.

Agradecimentos

*E é no meu silêncio que te agradeço, por me fazeres sorrir,
Por me ajudares a acreditar que vale a pena continuar,
E que após cada madrugada, a luz volta a brilhar.*

É de orgulho em braços e de gratidão no peito que agora finalizo este trabalho, construído com um pedacinho dos muitos "vós" que cruzaram a minha vida e permitiram a sua concretização. É graças à soma de cada experiência vivenciada que esta meta se tornou primeiramente visível e, por fim, possível.

Ao meu orientador, Professor Doutor Samuel Monteiro, um agradecimento muito particular, em primeiro lugar pelo seu profissionalismo, pelo seu método, pelo olhar atento a cada documento e pela sua disponibilidade. Em segundo, pelo constante auxílio e motivação na procura da resolução de cada entrave, de novas soluções a cada obstáculo, pela assertividade, compreensão, paciência e por ir reconhecendo em mim competências que eu mesma não reconhecia. Compete-me ainda, expressar-lhe a minha gratidão, uma vez que, se há alguém a quem devo grande parte do desenvolvimento de competências pessoais, é ao meu orientador que constantemente reforçava o trabalho desenvolvido, validava cada passo e refutava de forma fundamentada e crítica cada desvio do caminho que impedisse o progresso. Grata também por me inculcar, nos momentos certos, a confiança que necessitava que permitiu dar continuidade ao trabalho desenvolvido.

Às minhas colegas Cristina Ribeiro e Sara Silva, "colegas de batalha", sem as quais este trabalho não teria o mesmo significado, nem seria realizado com o mesmo brio nem brilho. Pelas nossas partilhas, pelas nossas ventilações emocionais, pela nossa capacidade de, conjuntamente, encontrarmos forma de sorrir perante as adversidades desta cruzada e de superar barreiras, pela união conseguida e pelo nosso trabalho conjunto pois, sem a menor dúvida que, sem vós todo o caminho seria mais agreste.

A todos os docentes, com os quais tive a oportunidade de me cruzar ao longo do 1.º e 2.º Ciclos, que de alguma forma, direta ou indiretamente, promoveram o desenvolvimento das minhas competências quer ao nível académico como pessoal.

Aos meus pais, pelos valores, pelo esforço, dedicação e carinho de toda uma vida, pelo apoio incondicional, pela presença e por serem os principais facilitadores para a concretização deste objetivo.

À minha família, ao meu irmão, à minha avó Prazeres, aos meus avós Américo e Fernanda e à Isabel Sapage, sem esquecer jamais, o meu avô Mário e o meu padrinho Pinto, que mesmo não estando cá, continuam bem presentes em mim e, ainda, a minha madrinha São, minha fonte de sorrisos, estes meus padrinhos que por mim escolhidos, tenham talvez sido a melhor escolha feita em toda a minha vida e da qual nunca me arrependi, obrigada pela vossa paciência e carinho.

À Carla Monteiro, ao Tiago Alves, à Aida Silva, Rita Sereno, Ana Rita Santos, Sara Caixinha e a todos os meus colegas de curso que de alguma forma influenciaram o meu percurso. Mas a vós em especial, pela nossa proximidade.

À Carolina Marques, minha "madrinha de curso", que mesmo estando longe te vais mantendo por perto, creio não haver necessidade de te dizer porque te agradeço, pois "sabes bem".

Ao Paulo Pessoa, por todo o apoio ao longo destes anos. Pela constante motivação, por cada debate, por cada reflexão, pela presença em cada conquista, por toda a paciência nos meus longos silêncios e na minha teimosia, por me mostrar que tal teimosia pode ser benéfica quando direcionada no sentido certo, por me desafiar sempre a cada receio/dúvida e por sempre ter acreditado nesta meta.

À Dona Ana Amorim, que do seu "gabinete" foi vendo o meu crescimento ano após ano, pela boa disposição de todos os dias, pela disponibilidade e, em especial, pelo esforço que mesmo com o cansaço que já lhe pesava, não me fechou a porta e trabalhou de forma incansável, gesto que não esquecerei.

Aos funcionários que foram acompanhando o meu percurso, nomeadamente Sr. Teixeira, pela presença diária, por cada "bom dia", pela atenção e disponibilidade a qualquer momento, ao Sr. Carlos e à Dona Sandra, pelos desabaços, pelos cafés ao balcão quando ainda saía do elevador, pelos sorrisos e boa disposição.

À Marta Vilarinho e à Natália Pacheco, pela disponibilidade, por me fazerem sentir sempre bem-vinda e nunca me "fecharem a porta" e pela constante prontidão em ajudar. Pela vossa alegria, pelo vosso carinho, pelos risos e sorrisos, pelo à-vontade e autenticidade, desde o primeiro dia em que vos conheci.

À amiga Rita Bandeira de Melo, por todo o apoio que me tem dado nesta caminhada, pelos abraços, por Estar.

Ao Coro da Universidade da Beira Interior, por me acolherem desde o início e por me acompanharem com carinho e amizade, pelos momentos de descontração, pelas aprendizagens,

pelos valores que me transmitiram e, principalmente, por constantemente me incentivarem a não deixar que desvanecesse em mim a paixão pela música.

À Banda de Freixo de Espada à Cinta, por compreender grande parte do meu crescimento e formação como pessoa, por todos os valores que me transmitiram entre os quais a disciplina, respeito, partilha, humildade, e ainda, pelo sentido de grupo e família, pelos saberes, por me darem a mão enquanto precisei e por me ensinarem a dar a mão aos novos que iam integrando a nossa família e a transmitir-lhes esses mesmos valores.

À Sofia Nascimento e ao Paulo Rodrigues, não tenho palavras que possam expressar quão lhes sou grata. Pelo apoio constante, incansável, por acreditarem e me terem ajudado a acreditar, a tornar o impossível, possível. Pela amizade, pela presença, pelo carinho, pelos sorrisos mesmo perante a adversidade, por me permitirem manter a minha sanidade e caminhar com maior leveza, por me arrastarem caso fosse necessário para que eu pudesse levar avante os meus objetivos. Por estarem lá nestes múltiplos e diversos despertares. Por serem. Por tudo.

Ao Nelson Silva, "pelo que sou, pelo que duvido, pela magia de ser". Grata pela quietude outrora por mim inimaginável. Pelas raízes criadas, pela planta que brotou e por nós foi sendo e é cuidada. Pela confiança, pelas partilhas de versos, prosas, poesias, melodias, por, a cada palavra e a cada timbre, procurares percorrer comigo, leve e serenamente, momento a momento, em crescimento mútuo, o caminho do autoconhecimento. Pelos sorrisos tranquilos perante o desconhecido. Por me mostrares a "complexidade do simples". Por cada respiração, por cada silêncio. Por cada batalha, que outrora minhas e tuas se tornaram nossas, por cada nossa conquista, pelo nosso caminhar. Pelos momentos vividos a cada instante, de mente vazia e coração pleno. Por cada ancoramento, por cada vez que me acordaste para a importância de assentar os pés na terra, pela dissipação de cada ilusão. Grata pelos olhares, pelos abraços, por me alegrares, por Seres e Estares em mim como eu Sou e Estou em ti. Simplesmente, por Sermos. *"You are forever pure,/ You are forever true/ & the dream of this world / Can never touch you./ So give up your attachment/ & give up your confusion/ & fly to that space/ That's beyond all illusion"* (Cântico tradicional Sânscrito).

Grata.

Resumo

A presente investigação apresenta uma natureza metodológica de índole correlacional, descritiva e transversal, cujo propósito geral tem como intuito explorar e analisar potenciais diferenças e dinâmicas de associação entre variáveis como escolaridade, sexo, modo de recolha de dados, pressão arterial sistólica e personalidade, aqui avaliada com recurso ao BFI-44 (John, Donahue & Kentle, 1991), bem como, sintomas de ansiedade e depressão, avaliados com recurso ao instrumento BSI (Canavarro, 1999).

A amostra é constituída por 153 participantes, estudantes com mais de dez anos de escolaridade, dos quais 35.9% são do sexo masculino e 64.1% do sexo feminino e cuja média de idades é de aproximadamente 22 anos.

No referente aos principais resultados obtidos, ao nível dos objetivos descritivos, destaca-se a presença de diferenças significativas na variável pressão arterial sistólica, em função das variáveis sexo, escolaridade e modo de recolha de dados. No que concerne aos objetivos correlacionais os resultados sugerem, por um lado, associações significativas positivas entre as variáveis ansiedade, depressão e neuroticismo e, por outro lado, indiciam o neuroticismo como preditor em cerca de 41% da variável ansiedade e aproximadamente 28% da variável depressão. Os resultados deste estudo indicam ainda que os estudantes universitários apresentam médias de pressão arterial sistólica, ansiedade e depressão tendencialmente superiores às estabelecidas como normativas para a população portuguesa.

Estas evidências reforçam a importância do estudo realizado e sugerem a necessidade de maior investimento na análise e compreensão da articulação de indicadores biomédicos e variáveis psicológicas e consequente ação, na prevenção e intervenção em comportamentos de saúde, adaptada às especificidades e características da população estudante.

Palavras-chave

Pressão arterial sistólica, ansiedade, depressão, neuroticismo, métodos de recolha de dados.

Abstract

The present research presents a correlational, descriptive and transversal a methodological nature, whose general purpose is to explore and analyse potential differences and dynamics of association between variables such as instruction, gender, data collection mode, systolic blood pressure and personality, here evaluated using the BFI-44 (John, Donahue & Kentle, 1991), as well as symptoms of anxiety and depression, evaluated using the BSI instrument (Canavarro, 1999).

The sample consists of 153 participants, students with more than 10 years of instruction, of whom 35.9% are male and 64.1% female, and whose average age is approximately 22 years.

Regarding the main results obtained, at the level of the descriptive objectives, we highlight the presence of significant differences in the systolic blood pressure variable, as a function of the variables gender, instruction and mode of data collection. Regarding correlational objectives, the results suggest, on the one hand, significant positive associations between the variables anxiety, depression and neuroticism and, on the other hand, indicate neuroticism as a predictor in about 41% of the anxiety variable and approximately 28% of the variable depression. The results of this study also suggest that university students present averages of systolic blood pressure, anxiety and depression tending to be higher than those established as normative for the Portuguese population.

These evidences reinforce the importance of this study and suggest the need for greater investment in the analysis and understanding of the articulation of biomedical indicators and psychological variables and consequent action in the prevention and intervention in health behaviors, adapted to the specificities and characteristics of the student population.

Keywords

Systolic blood pressure, anxiety, depression, neuroticism, methods of data collection.

Índice

I - Introdução	1
II - Enquadramento Teórico	5
1. Saúde Cardiovascular	5
1.1. Fatores de risco.....	7
1.2. Pressão arterial	9
2. Saúde mental	12
2.1. Noção de Sintoma	16
2.2. Ansiedade	17
2.3. Depressão	18
2.4. Relação entre ansiedade e depressão	21
3. Personalidade	23
3.1 Teoria dos traços	25
3.1.1 Modelo dos 5 fatores	26
4. Saúde cardiovascular e variáveis psicológicas	28
4.1. Estudos empíricos existentes sobre a relação entre as variáveis	29
4.1.1. Pressão Arterial, Ansiedade e Depressão	29
4.1.2. Pressão Arterial e Personalidade	32
4.1.3. Ansiedade, Depressão e Personalidade	35
III - Parte Empírica.....	39
1. Objetivos e Formulação de Hipóteses	39
2. Procedimentos de recolha de dados	40
3. Caracterização da Amostra.....	43
4. Instrumentos	46
4.1. Questionário Sociodemográfico	46
4.2. BSI - Brief Symptoms Inventory.....	46
4.3. BFI - 44: Big Five Inventory - version 44.....	48
5. Procedimentos de análise de dados e de resultados.....	48
6. Resultados	51
6.1. Análise de pressupostos - Normalidade	51
6.2. Análise de pressupostos - Fiabilidade	52
6.3. Análise de pressupostos - Linearidade.....	53
6.4. Teste de hipóteses: objetivos descritivos.....	53
6.5. Teste de hipóteses: objetivos correlacionais.....	59
7. Discussão.....	62
7.1. Objetivos descritivos.....	62
7.2. Objetivos correlacionais	64
IV - Considerações Finais	67
V - Bibliografia	71
VI - ANEXOS	87
Anexo 1: Análise da Normalidade.....	87
Anexo 2: Análise da Confiabilidade das Escalas	91
Anexo 3: Análise da Linearidade	92
Gráficos de dispersão.....	92
Curvas de estimação.....	101
Anexo 4: Protocolo de recolha de dados	109

Lista de Figuras

Figura 1 - Análise do pressuposto da linearidade	53
Figura 2 - Pressão arterial sistólica (mmHg) em função da variável escolaridade	57

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial, segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia	11
Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo a idade	44
Tabela 3 - Caracterização da amostra ao nível da escolaridade	44
Tabela 4 - Caracterização da amostra relativamente ao método de recolha de dados	44
Tabela 5 - Caracterização da amostra ao nível da pressão arterial	45
Tabela 6 - Caracterização da amostra relativamente aos níveis de sintomatologia de ansiedade e de depressão	45
Tabela 7 - Caracterização da amostra segundo os cinco traços da personalidade	46
Tabela 8 - Testes de normalidade	51
Tabela 9 - Análise dos valores de assimetria e curtose	51
Tabela 10 - Valores do alfa de Cronbach do BSI e do BFI.....	52
Tabela 11 - Variável pressão arterial sistólica em função da variável sexo	54
Tabela 12 - Teste de diferenças da pressão arterial sistólica em função da variável sexo.....	54
Tabela 13 - Variável ansiedade em função da variável sexo	54
Tabela 14 - Teste de diferenças da variável ansiedade em função da variável sexo	55
Tabela 15 - Variável depressão em função da variável sexo	55
Tabela 16 - Teste de diferenças da variável depressão em função da variável sexo	55
Tabela 17 - Variável pressão arterial sistólica em função da variável escolaridade.....	56
Tabela 18 - Teste de diferenças da variável pressão arterial sistólica em função da variável escolaridade	56
Tabela 19 - Teste de diferenças da variável ansiedade em função da variável escolaridade..	57
Tabela 20 - Teste de diferenças da variável depressão em função da variável escolaridade..	58
Tabela 21 - Pressão arterial sistólica em função do modo de recolha de dados	58
Tabela 22 - Teste de diferenças da pressão arterial sistólica em função do modo de recolha de dados.....	58
Tabela 23 - Correlação entre as variáveis ansiedade e depressão	59
Tabela 24 - Correlação entre as variáveis ansiedade e neuroticismo	60
Tabela 25 - Correlação entre as variáveis depressão e neuroticismo	60
Tabela 26 - Qualidade do ajuste do modelo preditor da variável neuroticismo sobre a variável ansiedade	60
Tabela 27 - Efeito preditor da variável neuroticismo sobre a variável ansiedade com os parâmetros Beta que conduz à equação (1)	61
Tabela 28 - Qualidade do ajuste do modelo preditor da variável neuroticismo sobre a variável depressão.....	61
Tabela 29 - Efeito preditor da variável neuroticismo sobre a variável depressão com os parâmetros Beta que conduz à equação (2)	61

Lista de Acrónimos

AHA	<i>American Hearth Association</i>
ANOVA	Análise de variância
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BFI	<i>Big Five Inventory</i>
BFI-S	<i>Big Five Inventory -Short version</i>
BFI-44	<i>Big Five Inventory - version 44</i>
BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>
CES-D	Escala de Depressão de Estudos Epidemiológicos
FCSH	Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
HDL	<i>High-density lipoprotein</i>
HPA	Hipotálamo-pituitária-adrenal
IGFP-5	Inventário dos Cinco Grandes Fatores
mmHg	Milímetro de Mercúrio
NEO-FFI	Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
RS-14	<i>Young Resilience Scale</i>
SAS	Escala de Autorresposta de Zung
UBI	Universidade da Beira Interior

I - Introdução

Enquadrado num projeto de investigação mais abrangente intitulado: “Investigação em Comportamento Humano e Biomedicina”, a presente dissertação surge como requisito no acesso ao grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior.

Este estudo tem como objetivo fundamental interligar os conceitos relativos à saúde cardiovascular com os conceitos no âmbito da saúde mental e da personalidade. A um nível mais específico, pretende-se analisar diferenças e associações entre variáveis como sexo, escolaridade, modo de recolha de dados, pressão arterial sistólica, personalidade, bem como, sintomas de ansiedade e depressão numa amostra de estudantes. Tal, tem como intuito incluir e articular diferenciadas áreas da saúde mediante a mensuração de indicadores biofisiológicos e indicadores de saúde mental.

A pertinência do tema tem como génese o impacto que as doenças cardiovasculares e as perturbações do foro mental denotam, bem como, as implicações que advêm da confluência de ambas. É a partir desta confluência que se delinea a presente investigação, considerando-se, por um lado, a potencial existência de associação entre a pressão arterial e os sintomas de ansiedade e depressivos e, por outro lado, que esta sintomatologia pode ser influenciada por determinados traços da personalidade.

As doenças cardiovasculares têm sido amplamente referidas como as principais causas de morte ao nível mundial. No que remete para a amostra em análise, a revisão sistemática realizada por Silva et al. (2017) no âmbito das intervenções para o controlo dos fatores de risco cardiovascular, evidenciou uma elevada prevalência destes fatores nos estudantes universitários, sendo na sua maioria de ordem comportamental, ou seja, modificáveis, como no caso da obesidade, sedentarismo/inatividade física, tabagismo e consumo de álcool. Também, quer a ansiedade quer a depressão têm implicações ao nível das relações interpessoais, no desempenho académico estando associadas ao aumento de perturbações de abuso de substâncias, comportamentos de risco e saúde física diminuída (Garber et al., 2016; Gorman, 1996). Supletivamente, tanto a depressão como a ansiedade são referidos na literatura como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças coronárias e para o agravamento do prognóstico de doenças coronárias pré-existentes (Cardoso, 2010).

Neste sentido pretende-se, no presente estudo, obter uma caracterização e descrição de uma amostra de estudantes ao nível da sintomatologia de ansiedade e depressiva e analisar o seu potencial grau de associação com indicadores de saúde cardiovascular, nomeadamente, a pressão arterial. Este objetivo de índole mais específica surge mediante a revisão da literatura, na qual, Reynoso-Erazo (2015) aponta para a existência de três alterações no estado de ânimo

que se denotam fortemente relacionadas com o aparecimento, desenvolvimento, manifestação ou deterioro das doenças cardiovasculares, sendo duas delas a depressão e a ansiedade (Reynoso-Erazo, 2015).

A ansiedade é uma resposta comum a qualquer ser humano, natural face a diversos estímulos e necessária para dar resposta a múltiplas situações quotidianas (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2007). Ainda assim, quando desadaptativa transmuta-se em sintoma psicopatológico ou até em psicopatologia (Ito, Roso, Tiwari, Kendall, & Asbahr, 2008). A sintomatologia de ansiedade pode apresentar-se sob a forma de indicadores biológicos, cognitivos e comportamentais (Canavarro, 2007; Saboya, 2009).

A distinção entre a tristeza e um quadro depressivo é realizada com base num determinado conjunto de sinais e sintomas que exercem influência ao nível da cognição, pensamentos, afetos e comportamentos que podem, por vezes, desencadear alterações biológicas (Afonso, 2004; Trzepacz & Baker, 2001). Na presença de perturbações depressivas, as funções básicas do corpo sofrem, muitas vezes, alterações (Afonso, 2004; Fleck et al., 2009; Trzepacz & Baker, 2001) passíveis de culminar em perdas funcionais significativas associadas, que comprometem a saúde física (Fleck et al., 2009).

São diversos os autores que referem a existência de elevada comorbilidade entre os sintomas de ansiedade e sintomas de depressão, compartilhando múltiplos processos etiológicos comuns (APA, 2014; Garber et al., 2016; Gorman, 1996). Esta comorbilidade elevada, impulsiona a necessidade de se objetivar, na amostra em estudo, a análise do grau de associação entre sintomatologia de ansiedade e sintomatologia depressiva.

Ao nível da personalidade, a sua relevância no presente estudo emerge fundamentalmente na determinação do seu grau de associação e do seu papel preditor ao nível das variáveis ansiedade e depressão. Considerando Bernaud (2000), as teorias científicas da personalidade têm por base um conjunto de objetivos tais como: descrever comportamentos, explicar os comportamentos à luz dos conhecimentos relativos às influências genéticas e ambientais; e prever os comportamentos em situações particulares.

O referencial teórico subjacente à análise da personalidade será o Modelo *Big Five* que integra a Teoria dos traços, com uma incidência em particular no traço neuroticismo. A opção pelo neuroticismo deve-se, em parte, às suas características, uma vez que este traço é também descrito como afetividade negativa ou instabilidade emocional, representando a propensão de dado indivíduo a percecionar a realidade como ameaçadora e difícil, para se sentir sob *stress*, bem como, para encarar e vivenciar como negativos o mundo e a si mesmo (Palma, 2012; Rolland, 2002). No neuroticismo, é tendencial o indivíduo sentir emoções negativas e preocupação e, ainda, sentir-se como sensível e temperamental. Perante altos níveis de

neuroticismo, são comuns manifestações como baixa autoestima, pessimismo e nervosismo (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013; Rolland, 2002).

Por fim, numa outra linha, mais orientada para o domínio metodológico, explorar-se-á igualmente como um dos objetivos desta investigação, o modo de recolha de dados. No presente estudo perspectiva-se a adoção de dois métodos de recolha distintos, os métodos presenciais ou face a face e os métodos de recolha *online*. Salienta-se que a inclusão do método de recolha via *online* vem proporcionar variadas e novas oportunidades de aquisição de dados, bem como, novos desafios para o investigador (Topp & Pawloski, 2002). O intuito, neste estudo, passará por analisar a existência de um potencial impacto do método de recolha nos resultados obtidos com as variáveis consideradas.

Com o intuito de dar resposta aos objetivos, genérica e introdutoriamente, apresentados, o documento que se segue apresenta uma estrutura dividida em duas partes basilares, sendo estruturalmente a primeira referente ao enquadramento teórico e a segunda referente ao estudo empírico.

O enquadramento teórico é constituído por quatro capítulos distintos, nos quais se pretende, de forma apriorística, enquadrar e delimitar separadamente cada uma das principais variáveis e posteriormente articular e relacionar as variáveis em estudo. Cada um dos capítulos seguirá uma lógica do geral para o particular, sendo apresentados no final de cada capítulo estudos empíricos realizados relativos à temática em análise. Neste sentido, no primeiro capítulo será abordado de forma geral a temática saúde cardiovascular, afinando posteriormente o foco para os fatores de risco ao nível cardiovascular e por último para o conceito de pressão arterial. O segundo capítulo dirá respeito à saúde mental, que delimita de forma geral a noção de saúde mental, noção de sintoma, ansiedade, depressão e, por fim, a relação entre ansiedade e depressão. No terceiro capítulo será abordada a personalidade, seguindo uma orientação desde a delimitação genérica do conceito de personalidade, afinando para a teoria dos traços e, por fim, o modelo dos cinco fatores. No último e quarto capítulo, será realizada uma breve contextualização e explanação da relação existente entre os temas previamente descritos, seguindo-se de uma revisão da literatura relativamente a estudos empíricos existentes sobre a relação entre os temas.

No que concerne à parte empírica, serão inicialmente apresentados os objetivos e formuladas as hipóteses, sustentadas na revisão teórica, e na análise exploratória dos dados. Num segundo capítulo serão apresentados os procedimentos relativos à recolha de dados. O terceiro capítulo incidirá na caracterização da amostra, quer ao nível das variáveis sociodemográficas, quer ao nível da pressão arterial, ansiedade, depressão, personalidade e opção metodológica de recolha de dados. Nos capítulos seguintes, serão descritos os instrumentos utilizados, apresentar-se-ão

os procedimentos de análise de dados e de resultados, realizar-se-á a análise dos resultados e, por fim, a discussão interpretativa dos mesmos.

Para finalizar o documento, serão apresentadas as considerações finais, nas quais se procurará apresentar as principais conclusões e contributos do presente estudo, bem como, as suas limitações e propostas de estudos futuros.

Pretende-se, assim, com a realização deste trabalho de investigação, contribuir cientificamente não só para o aprofundamento e desenvolvimento do conhecimento das relações, teóricas e empíricas, entre indicadores biofisiológicos e indicadores de saúde mental, como, também, para o exercício da Psicologia Clínica e da Saúde.

II - Enquadramento Teórico

1. Saúde Cardiovascular

As doenças do foro cardiovascular são apontadas como as principais causas de morte a nível mundial, sendo responsáveis por aproximadamente 15 milhões de óbitos por ano. A maior incidência ocorre de forma desproporcional nos países com baixos rendimentos, por implicarem elevados custos socioeconómicos referentes à assistência médica (Correia, Cavalcante, & Santos, 2010; Martins et al., 2010; Vaduganathan, Venkataramani, & Bhatt, 2015). No entanto, nos últimos anos, tem-se verificado uma redução progressiva da taxa de mortalidade referente a pacientes com doença cardiovascular. Tal dever-se-á, em grande parte, à crescente aceitação das terapias cardiovasculares, ao desenvolvimento e maior acesso a procedimentos mais simplificados no âmbito de programas eficazes, objetivados à gestão da doença, resultando no aumento da longevidade (Vaduganathan et al., 2015).

Em 1900 nos Estados Unidos, a esperança média de vida era apenas de aproximadamente 43 anos de vida, sendo a principal causa de morte as doenças infecciosas como pneumonia, gripe, tuberculose e gastroenterite. Estas, representavam mais do dobro das mortes comparativamente às derivadas a doença arterial coronária e acidente vascular cerebral (AVC). Após a Segunda Guerra Mundial, perante melhorias no saneamento e o desenvolvimento de vacinas e antibióticos, verificou-se um declínio significativo na mortalidade provocada por doenças infecciosas e o concomitante aumento da esperança média de vida para os 69.7 anos. As doenças cardíacas e os AVCs passaram rapidamente a ocupar o primeiro lugar nas principais causas de morte, tendo sido responsáveis pela morte de 1 em cada 3 homens com idade inferior a 60 anos, o dobro da frequência comparativamente ao cancro, a segunda causa de morte (Dórea & Lotufo, 2001; Mensah et al., 2017; Wolf, 2012).

Se na primeira metade do século XX o controlo de doenças infecciosas foi considerado o maior êxito da saúde pública, nas últimas quatro décadas do mesmo século a grande história de sucesso foi atribuída ao declínio da mortalidade devido a doença arterial coronária e AVC (Mensah et al., 2017). O início desse declínio ocorreu de forma inesperada e controversa, relatada pela primeira vez nos princípios da década de 1970, tendo sido confirmada uma diminuição significativa da epidemia de doença cardíaca nos Estados Unidos da América em 1978, numa conferência convocada pelo *National Heart, Lung, and Blood Institute*. A partir desta data, o decréscimo acentuado da taxa de mortalidade por doença arterial coronária e por AVC tornou-se notório nos países industrializados diminuindo para aproximadamente um terço na linha temporal entre 1960 e o ano 2000. Tal, foi atribuído à atuação simultânea de diversos fatores que permitiram o rápido progresso ao nível da prevenção e do tratamento e a

alterações nos perfis dos fatores de risco, proporcionando uma melhoria da gestão clínica (Mensah et al., 2017).

Em resposta ao rápido aumento dos óbitos devido a doenças cardiovasculares e com o objetivo de identificar os fatores que poderiam contribuir para o desenvolvimento das mesmas, iniciou-se em 1948 sob a direção do *National Heart Lung and Blood Institute*, o *Framingham Heart Study*, constituindo-se como o estudo na doença crónica com maior tempo de duração realizado com uma população, mantendo-se ativo por mais de 60 anos (Dawber, Kannel, Revotskie, Kagan, & Gordon, 1959; Dórea & Lotufo, 2001; Wolf, 2012).

O estudo contou com uma amostra aleatória constituída por 5.209 pessoas com idades compreendidas entre os 29 e os 62 anos, representando aproximadamente dois terços da população adulta residente em Framingham, Massachusetts (Dawber et al., 1959; Dórea & Lotufo, 2001; Polanczyk, 2005). Num primeiro momento, o estudo foi desenvolvido com uma amostra aparentemente normativa, isto é, sem doença coronária diagnosticada, sendo que as primeiras conclusões se reportam ao âmbito da prevenção primária. Seguidamente, todos os participantes foram entrevistados e submetidos a exames de forma a estabelecer uma definição rigorosa de doença coronária (Lotufo, 2008). O exame inicial abrangia um exame físico, levantamento de dados detalhados relativos à história cardiovascular, entrevista sobre hábitos de vida, exames laboratoriais e a mensuração da pressão arterial, capacidade vital e outras variáveis fisiológicas (Dórea & Lotufo, 2001).

Os dados eram novamente recolhidos de forma bienal mediante a repetição de exames com o intuito de reavaliar e acompanhar o desenvolvimento de doença coronária. Os eventos cardiovasculares ocorridos, bem como as situações de óbito eram identificados através da confirmação de dados hospitalares, do serviço de verificação de óbitos, de familiares e por meio dos médicos do participante do estudo (Dawber et al., 1959; Dórea & Lotufo, 2001; Lotufo, 2008; Polanczyk, 2005).

O *Framingham Heart Study* foi dos primeiros estudos a demonstrar a importância de alguns fatores de risco para o desenvolvimento de doenças coronárias e cerebrovasculares, que após as primeiras análises identificou como principais fatores de risco o aumento da pressão arterial, aumento dos níveis de colesterol total, tabagismo, obesidade, diabetes *mellitus*, dislipidemia e o sedentarismo (Correia, Cavalcante, & Santos, 2010; Dawber et al., 1959; Dórea & Lotufo, 2001; Polanczyk, 2005). Subsequentemente, foram adicionadas algumas variáveis ao estudo e descobertos outros fatores de risco como o aumento de triglicéridos, a redução dos níveis de HDL (*High-density lipoprotein*) do colesterol e fatores referentes a fatores psicossociais e dados sociodemográficos, como idade e sexo (Dórea & Lotufo, 2001; Lotufo, 2008).

Posteriormente, em 1971, perante a necessidade de serem estabelecidos e determinados os fatores de risco cardiovascular em indivíduos jovens, o estudo foi continuado e expandido aos descendentes da população inicial (Dórea & Lotufo, 2001; Wolf, 2012). De acordo com o último levantamento de dados, realizado em 1998, foi apurado que aproximadamente 1.095 indivíduos da amostra inicial continuavam vivos, a par, que em relação ao estudo dos descendentes continuavam vivos 4.524 indivíduos de um total de 5.135 indivíduos (Dórea & Lotufo, 2001).

Atualmente, 40 anos após a realização da conferência convocada pelo *National Heart, Lung, and Blood Institute*, tem-se verificado a continuidade no declínio da doença arterial coronária tanto nos Estados Unidos, como na Europa Ocidental, Japão, Austrália e Nova Zelândia (Mensah et al., 2017).

1.1. Fatores de risco

Previamente ao reconhecimento da importância dos fatores de risco, persistiu a ideia que as doenças cardiovasculares estariam totalmente dependentes de fatores genéticos e, por tal, pouco poderia ser feito ao nível da prevenção (Correia et al., 2010).

No entanto, as evidências epidemiológicas têm indicado que os indivíduos que apresentam fatores de risco num nível considerado ótimo e adotam comportamentos direcionados à promoção da saúde, experienciam taxas reduzidas de eventos no âmbito da doença cardiovascular (Correia et al., 2010; Folsom et al., 2011). De igual forma, quanto maior o número de fatores de risco existentes, maior a probabilidade de ocorrer um evento do foro cardiovascular (Correia et al., 2010). Por essas razões, a cardiologia tem estado na vanguarda das principais transformações que estão a ocorrer na biomedicina, no que refere ao bem-estar e à prevenção (MacRae & Loscalzo, 2016). Atualmente, a conceção - fator de risco - é definida como uma característica mensurável, associada ao incremento da taxa de uma determinada doença e que pode ser utilizada como preditor do risco dessa doença se manifestar (O'Donnell & Elosua, 2008).

As manifestações clínicas surgem comumente na meia idade (Silva, Mendes, Rabelo, & Dias, 2017). Porém, segundo alguns autores, alguns processos relativos ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares, bem como, dos fatores de risco, podem ser identificáveis na infância ou na adolescência e serem preditivos do risco na idade adulta. No entanto, apesar de existirem evidências de que os fatores de risco se expressam sob a forma de interações genético-ambientais, a precisão de quais os fatores ambientais e genéticos que causam estas doenças ainda está a ser investigada (Berenson & Srinivasan, 2005; Silva et al., 2017).

A pressão arterial é um dos indicadores de saúde cardiovascular que quando elevada tem demonstrado uma associação consistente com o incremento do risco da mortalidade (Gosmanova et al., 2016; Stokes, Kannel, Wolf, D'Agostino, & Cupples, 1989). Quando crónica,

a pressão arterial elevada passa a considerar-se como sendo uma perturbação do sistema cardiovascular designada por hipertensão arterial. A principal característica desta perturbação é a manifestação de níveis de pressão sanguínea superiores aos que o metabolismo do organismo requer (Giles, Materson, Cohn, & Kostis, 2009; Soares, 2005). O fator de risco que mais recorrentemente tem sido assinalado é justamente a hipertensão arterial que, quando não detetada e tratada precocemente e de forma adequada, pode dar origem a complicações como AVCs (James et al., 2014; Santos, 2011).

O *Framingham Heart Study* foi fundamental para a compreensão da associação existente entre a pressão arterial e a doença cardiovascular, por ter permitido quantificar o risco da doença consoante os níveis pressóricos (Dórea & Lotufo, 2001; Stokes et al., 1989). Tendo por base a amostra deste estudo, foram mais de mil as publicações realizadas que, em conjunto com outras milhares que foram surgindo no decorrer das últimas décadas, permitiram o aprofundamento das características ambientais e individuais associadas à maior probabilidade de doença cardiovascular (O'Donnell & Elosua, 2008; Polanczyk, 2005). Das características que mais fortemente contribuem para o incremento do risco de doença cardiovascular destacam-se os níveis de colesterol, diabetes *mellitus*, hipertensão, história familiar de doença cardiovascular, anormalidades na coagulação do sangue e, ainda, a idade, obesidade, sedentarismo/inatividade física, tabagismo e consumo de álcool (Ludwig et al., 1999; O'Donnell & Elosua, 2008; Polanczyk, 2005; Santos, 2011; Wilson et al., 1998).

Nos anos precedentes ao estudo de *Framingham*, acreditava-se que a hipertensão arterial era um processo fisiológico resultante do envelhecimento, necessário para auxiliar o coração a bombear o sangue através das artérias enrijecidas das pessoas idosas (O'Donnell & Elosua, 2008; Polanczyk, 2005). Assim sendo, como a elevação da pressão arterial era encarada como um processo normal, essas elevações eram na maioria dos casos ignoradas (O'Donnell & Elosua, 2008).

Posteriormente, os investigadores que integravam o referido estudo possibilitaram que esta visão fosse dissipada ao revelarem uma associação direta entre a pressão arterial e o risco cardiovascular. Além de *Framingham*, outros estudos epidemiológicos evidenciaram a existência de uma relação contínua, elevada e positiva da pressão arterial sistólica e diastólica com repercussões ao nível cardiovascular (O'Donnell & Elosua, 2008). Como a pressão arterial situada entre os valores altos e normais também representava um risco aumentado no desenvolvimento destas doenças, o sétimo relatório do *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*, sustentado pelos estudos realizados, apresentou uma nova classificação da pressão arterial aplicada a adultos com idade igual ou superior a 18 anos, que incluía uma nova categoria designada por pré-hipertensão na qual se podem enquadrar os valores médios-altos de pressão arterial devido ao risco de evolução para hipertensão (Giles et al., 2009; O'Donnell & Elosua, 2008).

Até ao início da década de 90, o conceito de fatores de risco era considerado sob uma perspectiva unifocal, sendo que a prática interventiva incidia sobre fatores de risco isolados. Na tentativa de contrariar esta visão, surge em 1993 um documento introdutório de uma diretriz da Nova Zelândia, no qual foi apresentada uma tabela que, a partir dos resultados do *Framingham Heart Study*, estabelecia a correlação entre os fatores de risco cardiovascular e o risco da ocorrência de eventos cardiovasculares (fatais e não-fatais) no período de 5 anos. Mediante este documento, foi possível obter uma categorização dos riscos que se caracterizava por uma percentagem de risco compreendida entre 2.5% e 30%, sendo um indivíduo considerado de alto risco se alcançasse uma percentagem igual ou superior a 20% (Lotufo, 2008).

O principal avanço no que refere à conceção dos fatores de risco, numa perspectiva conjunta, ocorre em 1998 com a uma publicação realizada pela equipa do *Framingham Heart Study*. Essa publicação permite a identificação do risco de desenvolvimento de doença cardiovascular no espaço de uma década, mediante o sexo, faixa etária e informações relativas ao valor da pressão arterial sistólica, do colesterol total, da fração HDL do colesterol, do diagnóstico de diabetes e aos hábitos tabágicos (Lotufo, 2008).

Em 2010, o *Strategic Planning Task Force and Statistics Committee* da *American Heart Association* (AHA) estabelece o objetivo de melhorar a saúde cardiovascular da população americana em 20% até ao ano 2020. Foram, conseqüentemente, desenvolvidos os conceitos de saúde cardiovascular "ideal", "intermediária" e "fraca" para adultos e crianças, tendo por base sete fatores de risco/comportamentos de saúde. Os fatores de risco/comportamentos de saúde considerados e a estimativa da prevalência de cada, foram: fumar (73%), índice de massa corporal (33%), atividade física (45%), dieta saudável (< 0.5%), colesterol total (45%), pressão arterial (42%) e glicose plasmática em jejum (58%) (Folsom et al., 2011). No entanto, a percentagem de adultos e crianças que se enquadram no conceito de saúde "ideal", definido pela *American Heart Association* (AHA), não progrediu nos últimos anos, refletindo-se em 1% ou menos, mantendo-se praticamente inalteradas as taxas de fatores de risco cardiovascular e de comportamentos adversos à saúde (Vaduganathan, Venkataramani, & Bhatt, 2015).

1.2. Pressão arterial

O conceito de pressão arterial refere-se à força exercida contra as paredes dos vasos sanguíneos necessária para impulsionar o sangue de forma a atingir todas as partes do corpo e perfundir adequadamente os tecidos (Pegram & Bloomfield, 2013). Convencionalmente, a pressão arterial é representada por duas medidas que variam entre um valor máximo, que ocorre durante a sístole, e um valor mínimo, na diástole, correspondendo à pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica, respetivamente. A pressão sistólica refere-se à maior pressão exercida nas paredes da artéria enquanto o coração se contrai e a pressão diastólica refere-se à menor pressão nas artérias à medida que o coração relaxa (Lolio, 1990; Pegram & Bloomfield, 2013).

A média dos valores da pressão arterial considerados normativos para um adulto jovem é de 120/80mmHg (milímetros de mercúrio) (Fonseca, Coelho, Nicolato, Malloy-Diniz, & Da Silva Filho, 2009; Giles et al., 2009). Contudo, é necessário reconhecer que existem fatores que exercem influência nesses valores como a idade, peso, exercício, emoções, stress e ritmos diurnos (Fonseca, Coelho, Nicolato, Malloy-Diniz, & Da Silva Filho, 2009; O'Brien, 2007 cit. in Pegram & Bloomfield, 2013). Em indivíduos com idade compreendida entre os 40 e os 70 anos, cada incremento de 20mmHg na pressão arterial sistólica e/ou 10mmHg na pressão arterial diastólica pode implicar um aumento de doença cardiovascular para o dobro (O'Donnell & Elosua, 2008).

No entanto, a variável pressão arterial é considerada uma variável contínua cujos valores, na maioria das populações, aumentam progressivamente com a idade (Fonseca et al., 2009; Lolio, 1990). Especificamente, no que concerne à pressão arterial sistólica, diversos estudos realizados revelam que esta eleva-se de forma contínua com o avanço da idade, com tendência a estabilizar-se nos grupos etários mais velhos, sendo neste grupo, maior nas mulheres do que nos homens, contrariamente ao que se verifica nos grupos etários mais jovens, nos quais se verifica pressão arterial sistólica superior nos homens. Relativamente à pressão arterial diastólica, tem-se verificado que tende a elevar-se com a idade, atingindo o seu máximo até à quinta década, sendo que posteriormente tende a estabilizar ou a sofrer um declínio (Lolio, 1990; Wolf, 2012).

Alterações na pressão arterial podem também decorrer de acordo com flutuações denominadas de ordem verdadeira ou de ordem aparente. As flutuações verdadeiras estão relacionadas com mudanças que ocorrem ao nível intraindividual em função de estímulos que podem ser fisiológicos, como por exemplo o sono, febre, dor, exercício; ou ambientais, como por exemplo a temperatura ou o ruído (Lolio, 1990). Perante as alterações de saúde, as pessoas experienciam diferentes sensações, em especial quando tais alterações estão associadas a doenças crónicas como a hipertensão arterial, podendo ter impacto nas estruturas físicas e psicossociais, que leva à necessidade de modificar estilos de vida de forma a equilibrar a pressão arterial (Castro & Rolim, 2006).

Em 1978, o conceito de hipertensão arterial foi descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença expressa através da elevação crónica da pressão arterial acima dos valores considerados de ponto de corte para a pressão sistólica e/ou diastólica (Giles et al., 2009; Lolio, 1990). A hipertensão é, por tal, uma alteração do sistema cardiovascular cujas etiologias são descritas como complexas e interrelacionadas (Giles et al., 2009; Soares, 2005). É ainda considerada uma doença multifatorial com curso assintomático, por não revelar uma sintomatologia que seja específica, o que dificulta a sua deteção; e prolongada, necessitando de cuidados contínuos com determinadas restrições e da adoção de planos terapêuticos complexos (Castro & Rolim, 2006; Santos, 2011; Soares, 2005). A sua progressão está

marcadamente associada a anomalias cardíacas e vasculares que podem originar danos no coração, rins, cérebro e em outros órgãos podendo culminar na morte precoce (Giles et al., 2009; Soares, 2005; Stokes et al., 1989).

O carácter multifatorial da hipertensão tem como características a presença persistente de níveis de pressão arterial sistólica iguais ou superiores a 140mmHg e/ou níveis de pressão arterial diastólica iguais ou superiores a 90mmHg. A classificação que permite fazer a distinção entre indivíduos normotensos e indivíduos hipertensos é composta por duas normas reconhecidas. Uma delas é a da OMS cujos pontos de corte que estabelece são de 160mmHg para a pressão arterial sistólica e de 95mmHg para a pressão arterial diastólica. A segunda norma é a do *Joint National Committee* com pontos de corte de 140mmHg para a pressão arterial sistólica e de 90mmHg para a diastólica. O *Joint National Committee* apresentou ainda um critério para a classificação da pressão arterial normal-alta, ou normotensão limítrofe, com pontos de corte de 130 a 139mmHg para a pressão arterial sistólica e de 85 a 89mmHg para a diastólica (Fonseca et al., 2009). Por outro lado, de acordo com a Fundação Portuguesa de Cardiologia, mediante os valores da pressão arterial, os indivíduos podem ser classificados em função de quatro categorias: normal, pré-hipertensão, hipertensão arterial estágio 1 e hipertensão arterial estágio 2 (cf. Tabela 1). O valor ideal da pressão arterial deve ser inferior a 120/80, sendo que acima destes valores os indivíduos possuem riscos acrescidos de doença coronária ou acidente vascular cerebral (Fundação Portuguesa Cardiologia, 2017).

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial, segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia

Categoria	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	Até 120	Até 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão arterial estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão arterial estágio 2	>160	>100

Ao nível da saúde pública, a hipertensão representa um importante problema, por ser a doença cardiovascular com maior representatividade, bem como, o mais influente fator de risco no desenvolvimento de doenças coronárias e de doenças vasculares cerebrais. Por ser considerada uma “assassina silenciosa” e o maior problema dos países desenvolvidos, acresce a necessidade ao nível da deteção e de um controlo adequado (Polónia, Ramalhinhos, Martins, & Saavedra, 2006; Santos, 2011). Em Portugal, esta necessidade assume particular importância, principalmente devido ao facto do AVC associado à hipertensão, representar a principal causa de morte (Polónia et al., 2006).

Na maioria dos estudos realizados com adultos, nos quais foi medida a pressão arterial, a prevalência de hipertensão arterial é menor nas mulheres, dados estes, congruentes com os referidos na revisão sistemática realizada, em 2010, por Pereira et al. e também nos resultados da OMS para Portugal em 2008 (Uva, Victorino, Roquette, Machado, & Matias Dias, 2014; WHO, 2010). Os dados relativos à prevalência de hipertensão arterial em Portugal apontam para um valor de 43% na população adulta (Polónia et al., 2006; Soares, 2005). No referente à incidência da hipertensão arterial, na população portuguesa apenas foi possível identificar a publicação de dois estudos entre 1995 e 2013, um dos quais realizado a um nível regional. O outro estudo, realizado por Branco e colaboradores em 2011, incluiu todas as regiões do País contando com uma amostra de 34.981 cujos resultados indicaram uma incidência de 6.54 por 1000 pessoas ao ano. As taxas de incidência auferidas revelaram-se inferiores no sexo feminino em ambos os estudos (Uva et al., 2014).

A revisão sistemática realizada por Silva et al. (2017) no âmbito das intervenções para o controlo dos fatores de risco cardiovascular em estudantes universitários, evidenciou uma elevada prevalência destes fatores, sendo na sua maioria de ordem comportamental, ou seja, modificáveis (Silva et al., 2017). Estes dados vêm acentuar a importância da implementação de programas preventivos nesta população e da divulgação de informações relativas à prevalência de fatores de risco, como da hipertensão ou da obesidade (Correia et al., 2010; Martins et al., 2010; Silva et al., 2017).

2. Saúde mental

Saúde Mental é um conceito amplo que implica complexas interações e compreendem fatores biológicos, psicológicos e sociais (Alves & Rodrigues, 2010). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a definição de Saúde Mental não se restringe à noção da ausência de doença ou perturbação mental sendo, ao invés, referente a um estado de bem-estar físico, psíquico e social no qual um indivíduo tem a capacidade de perceber as suas capacidades, de lidar com o stress regular do quotidiano, bem como, a capacidade de trabalhar de forma produtiva e de cooperar com a sua comunidade (Alves & Rodrigues, 2010; Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold, & Sartorius, 2015; Saxena, Funk, & Chisholm, 2014; Wahlbeck, 2015; Westerhof & Keyes, 2010; WHO, 2004).

Apesar do progresso constatado na definição da noção de saúde mental a um nível global, ressalva-se a importância de manter presente o impacto das diferenças culturais aquando da conceção de uma definição universal deste conceito (Galderisi et al., 2015; Vaillant, 2012). A antropologia cultural demonstra que a maioria dos comportamentos são considerados normativos e saudáveis em determinadas culturas, ainda assim, tal não significa que todos os comportamentos tolerados sejam saudáveis. Um dos cuidados a ter na definição de saúde

mental é a consideração de que a média não é sinónimo de saudável e outro é a importância de visualizar a saúde mental mediante o(s) contexto(s) (Vaillant, 2012). Segundo Vaillant (2012), estudar populações saudáveis de culturas diversificadas, sob múltiplas perspetivas e por um longo período de tempo, pode ser uma das formas que possibilita o desenvolvimento da compreensão dos constituintes da saúde mental (Vaillant, 2012).

A noção de que a saúde mental não se trata unicamente da ausência de doença foi aprovada e aceite de forma unânime (Galderisi et al., 2015; U.S. Department of Health and Human Services, 1999), no entanto, o mesmo não aconteceu com a ideia de equidade entre saúde mental e bem-estar. Galderisi e colaboradores (2015), conscientes do grau de influência que as disparidades culturais entre valores e contextos sociais detêm na conceção de um consenso geral respeitante à descrição de saúde mental, trabalharam na elaboração de uma definição o mais inclusiva possível, procurando evitar pareceres restritivos e culturais (Galderisi et al., 2015). A definição proposta contempla a saúde mental como um "estado dinâmico de equilíbrio interno" (Galderisi et al., 2015, p. 232), que possibilita os indivíduos a fazer uso das suas competências em concordância com os valores universais da sociedade. Nesta definição, a noção de estado dinâmico de equilíbrio interno é referente às mudanças necessárias que as diferentes fases do ciclo vital carecem para se manterem em equilíbrio, incorporando e reconhecendo que pessoas mentalmente saudáveis experienciam emoções ditas humanas como medo, raiva e tristeza, dispendo em simultâneo de resiliência suficiente para restabelecer o estado de equilíbrio (Galderisi et al., 2015). Os valores universais da sociedade são referentes ao respeito e cuidado pelo próprio e por outros seres vivos; ao reconhecimento de ligação interpessoal; ao respeito pelo meio ambiente; e ao reconhecimento pela liberdade própria e dos outros (Galderisi et al., 2015). Segundo estes autores, os principais contributos para o estado de equilíbrio interno refletem-se através de competências cognitivas e sociais básicas; capacidade de reconhecer, expressar e modular as próprias emoções e a empatia com os outros; flexibilidade e capacidade de lidar com situações adversas; e da relação coesa entre corpo e mente (Galderisi et al., 2015).

Sintetizando, a saúde mental no domínio público não se refere apenas a aspetos relativos à prevenção das perturbações mentais, mas enfoca de forma sincrónica a promoção da saúde mental e do bem-estar (Jané-llopis et al., 2011; Wahlbeck, 2015). Apesar da psicopatologia ter consequências marcantes tanto ao nível do funcionamento individual como para a sociedade, salienta-se a importância do estudo da expansão da saúde mental no âmbito da saúde mental ótima, além dos resultados patológicos (Westerhof & Keyes, 2010). Desta forma, a saúde mental pública abarca a experiência, a ocorrência, distribuição e trajetórias quer nos problemas de saúde mental, quer no âmbito dos determinantes positivos de saúde mental. Engloba ainda a promoção da saúde mental, prevenção de perturbações, políticas de sistemas de saúde, administração e organização (Wahlbeck, 2015).

Por outro lado, ao longo da história, a doença mental foi sendo percebida de múltiplas e distintas formas, demonstrando uma tendência conceptual em ser perspectivada sob o olhar da psicopatologia (Gonçalves, 2004; Pais Ribeiro, 2001). Foi muitas vezes encarada como um castigo dos deuses ou como possessão demoníaca procurando-se soluções para o alívio do sofrimento nas práticas ancestrais, enraizadas na cultura, que atuavam nos males do espírito (Gonçalves, 2004).

Os grandes estudos epidemiológicos do último meio século privilegiaram a noção de doença mental e indivíduos mentalmente doentes. Porém, já desde 1925 que o psiquiatra A. Meyer apontava para a necessidade de se parar de "moralizar" a saúde mental de forma fantasiosa, indicando que a mesma deveria ser estudada sob uma perspectiva consciente e imparcial através da "experimentação construtiva" (Vaillant, 2012).

Após a Segunda Guerra Mundial, começaram a ser publicados trabalhos influentes na temática da saúde mental focalizados maioritariamente na saúde mental não patológica e com populações normativas. Nesta altura, a saúde mental era considerada por muitos psiquiatras, em concordância com S. Freud, como uma "ficção ideal" (Vaillant, 2012) até que, em 1958, M. Jahoda levou um relatório à *American Joint Commission on Mental Illness and Health* que desencadeou uma mudança psiquiátrica nesta atribuição (Vaillant, 2012). Nesse relatório, Jahoda apresentou uma visão da saúde mental que incluía autonomia, que significava estar em contacto com os sentimentos e com a própria identidade; investimento na vida, referindo-se à autorrealização e orientação para o futuro; resolução eficiente de problemas, mediante a percepção clara da realidade, resistência ao *stress* e domínio ambiental; e ainda capacidade de amar, trabalhar e divertir-se. Contudo, aquando da publicação dos seus critérios, ainda não existiam provas para demonstrar a plausibilidade de tais definições (Vaillant, 2012).

Apesar do impacto dos problemas de saúde mental na saúde pública, estes eram largamente negligenciados. Por este motivo, na sucessão dos vários estudos, programas de ação e planos da União Europeia que decorreram ao longo dos anos 90 e no início dos anos 2000, foi desenvolvida uma nova abordagem da qual surgiu a Declaração de Saúde Mental para a Europa, considerada um marco significativo no âmbito das políticas de saúde mental (Semrau, Barley, Law, & Thornicroft, 2011; Wahlbeck, 2011, 2015). Essa abordagem deu relevo à visão da saúde mental como um componente integrado na saúde pública que acarreta um impacto significativo nos países e no seu capital humano, social e económico. Neste sentido, essa abordagem tinha como intuito mudar o foco de atuação no indivíduo para um foco na população, de forma a elevar a saúde mental para a esfera ampla da saúde pública, atenuando o seu isolamento profissional, organizacional e político, até então restrito à psiquiatria (Wahlbeck, 2011, 2015). Com esta declaração, todos os Ministros da Saúde europeus passaram a reconhecer a saúde mental como uma área prioritária, bem como, a necessidade de políticas de saúde mental que

fossem baseadas em evidências, comprometendo-se, conseqüentemente, a desenvolver, implementar e reforçar essas políticas (Semrau et al., 2011).

Atualmente, a sociedade denota ainda um parecer bastante negativo no que concerne à doença mental e a todas as questões associadas. Para uma grande parcela da população, uma pessoa com doença mental é encarada como perigosa, preguiçosa e/ou imprevisível e, para muitos, essas pessoas têm uma perturbação por opção própria (Querido, Tomás, & Carvalho, 2016; Xavier et al., 2013). Por sua vez, a saúde mental tem sido, por diversas vezes, conceptualizada mediante uma interpretação puramente positiva na qual predominam sentimentos de felicidade e sentido de mestria sobre o meio ambiente. Contudo, importa considerar que pessoas com boa saúde mental experienciam muitas vezes tristeza, indisposições, raiva e infelicidade e que tal representa parte integrante de uma vida plena em qualquer ser humano (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Galderisi et al., 2015; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster, & Keyes, 2011; Waterman, 1993).

Alguns autores consideram que um dos conceitos-chave para a saúde mental é o bem-estar, referindo, no entanto, a sua difícil conciliação com as muitas situações de vida que se apresentam como desafiadoras, levando até a que a maioria das pessoas considere um indivíduo que experiencia um momento de bem-estar como mentalmente perturbado (Galderisi et al., 2015). Já na perspetiva da OMS, os conceitos-chave presentes na definição de saúde mental são as emoções positivas e o funcionamento positivo (Galderisi et al., 2015; Keyes, 2006, 2014).

Keyes, apresenta três elementos na representação da saúde mental, sendo eles o bem-estar emocional, o bem-estar psicológico e o bem-estar social. O primeiro inclui o interesse pela vida, sentimentos de satisfação e felicidade. O segundo inclui a aprovação e o sentimento de estima pela maior parte da própria personalidade do indivíduo, uma boa gestão das responsabilidades quotidianas, boas relações interpessoais e satisfação com a própria vida. E, por último, o bem-estar social, é respeitante ao funcionamento positivo mediante o contributo do indivíduo para a sociedade (contributo social), ao sentimento de pertença a uma comunidade (integração social), à crença de que a sociedade se está a transformar num lugar melhor (atualização social) e à perceção de coerência acerca do funcionamento da sociedade, na medida em que esse funcionamento faz sentido para os indivíduos (coesão social) (Galderisi et al., 2015; Keyes, 2006, 2014).

No âmbito da doença mental, diversos autores concebem o sofrimento psicológico como um contínuo, desde as sensações de mal-estar emocional e reações ao stress, passando pelas dificuldades adaptativas até ao polo oposto, constituído pelas perturbações mentais. A localização de um sujeito neste contínuo estaria dependente de variáveis como o tipo e gravidade do problema psicológico; a intensidade, duração e frequência dos sintomas/dificuldades; o grau de interferência na vida quotidiana e nas diversas áreas de vida;

da história de dificuldades e tratamentos prévios; do nível de desenvolvimento e das aprendizagens; e do grau de vulnerabilidade do sujeito, da existência de fatores protetores e dos fatores de risco (Echeburúa, Salaberría, de Corral, & Cruz-Sáez, 2012).

2.1. Noção de Sintoma

Os sintomas psicopatológicos são a mais pequena unidade de observação na prática clínica e depreendem-se a partir de vivências, comportamentos e percepções de natureza biológica, psicológica e social, que se destacam do comum quotidiano, numa determinada cultura (Dalgarrondo, 2008; Scharfetter, 2005). Atualmente, aceita-se a visão que qualquer sintoma psicopatológico assenta em duas componentes, sendo uma a biológica, responsável por eventuais alterações ao nível do comportamento do indivíduo; e outra a componente psicossocial, que se relaciona com a interpretação efetuada quer pelo paciente quer pelo observador/clínico, relativamente a essas alterações (Echebarría & Uruchurtu, 2009).

A noção de sintoma pode ser aplicada com um sentido indicativo de um processo patológico (Viganò, 2010). Contudo, não se pode considerar um sintoma psicopatológico isolado como sinónimo de perturbação, mas como um indicador da existência de mal-estar que pode estar a comprometer a vivência pessoal, social e emocional de um indivíduo, devendo por tal ser analisado ao nível da sua gravidade, frequência e duração (Dalgarrondo, 2008; Scharfetter, 2005). Tal, indica que a manifestação sintomática não desempenha um papel exclusivo no processo patológico, indiciando apenas o que poderá ser investigado e confirmado por outros métodos independentes (Banzato, 2000; Viganò, 2010).

Ao analisar sintomatologia psicológica importa ainda ter em conta dois aspetos básicos: a forma e o conteúdo (Dalgarrondo, 2008). A forma de um sintoma está relacionada com uma estrutura de base que se manifesta de forma semelhante em grande parte dos indivíduos, como por exemplo, alucinações, delírios e labilidade afetiva (Dalgarrondo, 2008; Scharfetter, 2005). Por sua vez, o conteúdo dos sintomas está intrinsecamente relacionado com a história biográfica, cultura e experiências pessoais dos sujeitos, bem como, com aspetos personalísticos, incluindo os conteúdos que muitas vezes aludem a temáticas no âmbito da existência humana, como a sobrevivência e segurança; dos temores básicos, como morte e doença; e da religiosidade e/ou espiritualidade (Banzato, 2000; Dalgarrondo, 2008).

Com base na heterogeneidade do sintoma psicopatológico, um grupo de Cambridge liderado por Berrios e Marková, tem desenvolvido modelos segundo os quais as diferenças entre os sintomas não só ocorrem ao nível descritivo como também ao nível da sua origem, estrutura e expressão (Correia & Sampaio, 2014).

Um estudo epidemiológico realizado em Portugal no que diz respeito à saúde mental, nomeadamente à prevalência de perturbações psiquiátricas, revelam que Portugal,

conjuntamente com a Irlanda do Norte, ostenta o valor mais elevado na Europa em todos os grupos de perturbações. É em especial, nos valores prevalência das perturbações de ansiedade que Portugal se destaca de forma significativa (16.5%), seguidas das perturbações de humor (7.9%) (DGS, 2016; Xavier et al., 2013). As perturbações identificadas com mais frequência nesta população são as fobias específicas (8.6%), a perturbação depressiva major (6.8%), a perturbação obsessivo-compulsiva (4.4%), a fobia social (3.1%) e a perturbação pós-stress traumático (2.3%) (Xavier et al., 2013)

Da vasta panóplia de sintomatologia psicopatológica existente, no presente trabalho, apenas serão abordadas as dimensões relativas à sintomatologia de ansiedade e depressiva. Focalizando estas dimensões, há a referir que num nível psicopatológico a ansiedade reflete sintomatologia indicativa de nervosismo e tensão, bem como, a sintomatologia característica das perturbações de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Por outro lado, a sintomatologia depressiva refere-se aos sintomas associados ao afeto, ao humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e ainda, à ausência de interesse pela vida (Canavarro, 2007).

2.2. Ansiedade

As perturbações de ansiedade são consideradas as perturbações da esfera mental com maior índice de prevalência mundial, com um valor médio de 14.3%. Esta categoria de perturbações tem associada, um elevado custo económico, em muito, devido ao seu início precoce e ao considerável grau de incapacidade (Kaplan et al., 2007; Kogan et al., 2016), representando um problema latente devido às implicações a curto prazo e ao impacto ao nível familiar, social e económico (Reynoso-Erazo, 2015).

A definição de ansiedade não está delineada de forma tangível. Segundo Barlow (2002), a ansiedade corresponde a um estado de humor que, por estar orientado para o futuro, se centra na preparação para eventuais acontecimentos negativos (Barlow, 2002; Craske et al., 2009). Por sua vez, Kaplan, Sadock e Grebb (2007), conferem à ansiedade uma definição que consiste na experiência de uma sensação de apreensão difusa, desagradável e vaga, que se faz acompanhar por sintomas vegetativos (Kaplan et al., 2007).

De um modo geral, pode-se encarar a ansiedade como uma emoção associada a um comportamento avaliativo do risco decorrente de situações de perigo dúbio, como decorrentes de novos contextos ou mediante a recordação de um estímulo ainda vívido na memória (Graeff, 2007). Diversas abordagens da psicologia dedicam-se ao estudo da ansiedade. No caso da psicologia cognitivo-comportamental, foi desenvolvido o "princípio do medo do medo" (Mathews & MacLeod, 1994), cuja explicação refere que determinados acontecimentos de origem somática, como tonturas, desconforto ou dor, compreendem uma significação pessoal associada com a perceção de risco externo e/ou interno, bem como ao medo da perda do autocontrolo

ou do reaparecimento de uma doença (Ito et al., 2008). Estas atribuições errôneas, para alguns autores, devem-se a uma "sensibilidade à ansiedade" que resulta de predisponentes inclusos em memórias orientadas para o medo que perante situações semelhantes despoleta sintomas associados (Manfro et al., 2008). Nestas situações, os indivíduos podem experimentar sentimentos de perda de confiança e conflitos cognitivos derivados do medo da solidão (Manfro et al., 2008; Mathews & MacLeod, 1994).

No entanto, a ansiedade é uma resposta comum a qualquer ser humano, natural face a diversos estímulos e necessária para dar resposta a múltiplas situações quotidianas (Kaplan et al., 2007). Os autores Kaplan, Sadock e Grebb acrescem na explicação deste conceito, que se trata de um sinal de alerta indicativo de um perigo iminente com o intuito de permitir o indivíduo a adotar as medidas necessárias para lidar com a ameaça tornando-se, neste caso, adaptativa (Gomes, 2012; Kaplan et al., 2007). Por outro lado, quando a ansiedade passa a ser desadaptativa transmuta-se em sintoma psicopatológico ou até em psicopatologia (Ito et al., 2008).

A sintomatologia ansiosa pode apresentar-se através de indicadores biológicos, cognitivos e comportamentais com a possibilidade de se manifestar sob a forma de: nervosismo, tensão, palpitações, tensão muscular, tremores, sensação de fadiga, náuseas, tonturas, vômitos, frieza emocional, desorientação, apreensão, sensação de insegurança, sentimentos de inferioridade, preocupações constantes, entre outros (Canavarró, 2007; Saboya, 2009). Na vivência da ansiedade encontram-se circunscritos dois elementos. Um deles refere-se à perceção das sensações fisiológicas e o outro à perceção acerca da própria noção de que se está nervoso ou assustado. Para além dos efeitos motores e viscerais descritos, os sintomas podem interferir ao nível perceptivo, em domínios referentes ao tempo e ao espaço, produzindo confusão e distorções acerca das pessoas e dos significados de acontecimentos, podendo originar dificuldades ao nível da aprendizagem, da cognição, da memória e das relações interpessoais (Gomes, 2012; Kaplan et al., 2007).

No concernente às respostas da ansiedade na presença de sintomatologia num nível psicopatológico, Lang (cit. in Craske et al., 2009) classificou-os em três sistemas: atividade verbal-subjetivo, que ocorre quando os sintomas incluem preocupação; atividade motora evidente, quando a sintomatologia se faz acompanhar de comportamentos de evitamento; e atividade somato-visceral, quando existe a presença de tensão muscular (Craske et al., 2009).

2.3. Depressão

A tristeza pode ser caracterizada como sendo um sentimento normal e compreensível que é desencadeado perante um estímulo, presente ou recordado (Afonso, 2004). Qualquer pessoa pode experimentar este sentimento e o mesmo ser considerado normativo, porém, a linha de separação entre o normativo e o patológico é ténue e difusa (Afonso, 2004; Brant & Minayo-Gomez, 2008). Neste sentido, a distinção entre a tristeza e um quadro depressivo é realizada

com base num determinado conjunto de sinais e sintomas que exercem influência ao nível da cognição, pensamentos, afetos e comportamentos podendo, por vezes, desencadear alterações biológicas (Afonso, 2004; Trzepacz & Baker, 2001).

Vários estudos referem que a sintomatologia depressiva, bem como a evolução de perturbações depressivas, se encontram correlacionadas a uma multiplicidade de variáveis quer biológicas, como históricas, ambientais e/ou psicológicas (Joaquim, Valle, & Nascimento, 2010; Murthy et al., 2002). Ao analisar com mais pormenor algumas das variáveis verifica-se que entre elas podem-se encontrar perturbações ao nível do funcionamento de neurotransmissores (Juruena, 2013), história familiar de sintomatologia depressiva (Juruena, Cleare, & Pariante, 2004; Trzepacz & Baker, 2001), acontecimentos negativos e recentes, contrariedades no âmbito das relações conjugais, inexistência de confiança num relacionamento, perceção de escasso suporte social adequado e, ainda, a falta de autoestima (Ribeiro, 2007).

Em 1996, Sarason e Sarason, descreveram a depressão como um sentimento de tristeza persistente cujo início pode decorrer após uma perda ou um evento indutor de *stress*, fazendo-se acompanhar por padrões de pensamento, durante um longo período de tempo, em graus desajustados e generalizados para eventos percecionados como semelhantes (Yaqoob & Khan, 2014). A sintomatologia depressiva pode apresentar-se na forma de um único episódio ou em episódios sucessivos que, por sua vez, podem ocorrer em diversos graus de gravidade, de forma consequente ou em comorbilidade com outras doenças físicas e/ou mentais (Ellis, 2004).

A condição clássica deste grupo de perturbações é a perturbação depressiva *major* que se caracteriza pela ocorrência de episódios com, pelo menos, duas semanas de duração, alterações perceptíveis ao nível do afeto, da cognição e das funções neurovegetativas, bem como, remissões interepisódicas (APA, 2014). Esta perturbação depressiva, também designada por depressão clínica, representa-se como uma patologia crónica, incapacitante e recorrente, transversal a diversas culturas, sendo considerada uma condição médica que se apresenta com frequência elevada (Ellis, 2004). Esta é uma perturbação passível de ser tratável independentemente do seu grau de severidade. No entanto, o seu tratamento deve ser adequado e iniciado com a maior brevidade possível de forma a prevenir a ocorrência de disfunções de maior profundidade (Ellis, Hickie, & Smith, 2003; Fleck et al., 2009; Santos, Hara, Stumpf, & Rocha, 2006). Sob o ponto de vista da depressão, como doença crónica, denota-se a necessidade de uma abordagem que encare a sintomatologia depressiva como um conjunto de fatores biopsicossociais de forma a refletir acerca das alterações de humor, dos afetos, da motivação e do interesse pela vida na relação com o funcionamento orgânico e psicossocial (Canavarro, 2007; Joaquim et al., 2010; Juruena, 2013; Juruena et al., 2004).

Tanto a tristeza como a resposta depressiva podem decorrer na presença de um estímulo externo específico ou, ao invés, manifestar-se face a situações diversificadas (Afonso, 2004).

Assim sendo, a categorização de uma perturbação depressiva pode subdividir-se em dois tipos: quando não é possível identificar um motivo que esteja na origem do episódio a depressão é designada por endógena; quando o episódio depressivo resulta de uma resposta a uma determinada situação significativa ao nível emocional denomina-se depressão exógena ou reativa (Afonso, 2004; Ellis, 2004; Furlanetto & Brasil, 2006).

Na presença de perturbações depressivas, as funções básicas do corpo podem muitas vezes sofrer alterações. Relatos referem frequentemente dificuldades no âmbito do sono, diminuição do apetite e ausência do apetite sexual, bem como, falta de esperança face ao futuro e à vida. Este último, pode desencadear o desejo de morrer e, conseqüentemente, pensamentos e/ou tentativas de suicídio, levando muitos indivíduos a tentar ou a consumir o ato (Afonso, 2004; Fleck et al., 2009; Trzepacz & Baker, 2001).

Devido à elevada prevalência e às perdas funcionais significativas associadas, que comprometem a saúde física (Fleck et al., 2009) e, ainda, à elevada taxa de mortalidade (Gonçalves & Fagulha, 2004), as perturbações depressivas revelam-se um problema de saúde cuja recuperação ocorre de forma gradual e, por vezes, incompleta (Rozenhal, Laks, & Engelhardt, 2004). Alguns autores referem também que aproximadamente 30% a 60% dos indivíduos que passam por episódios depressivos, não são diagnosticados ou têm um diagnóstico tardio por não cumprirem todos os critérios (Fleck et al., 2009; Gonçalves & Fagulha, 2004; Gonçalves & Machado, 2007; Püschel, Ide, & Chaves, 2006).

Neste sentido, a avaliação além de uma formulação completa, deverá incluir avaliação de fatores de risco, subtipo, gravidade e duração da sintomatologia; comorbilidade com ingestão de substâncias (drogas lícitas ou ilícitas, de ordem médica/psiquiátrica ou não); dificuldades atuais, recursos e suporte do indivíduo; e história pessoal e familiar relevante, bem como antecedentes de doença mental de qualquer ordem (Ellis et al., 2003).

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA), a prevalência da perturbação depressiva *major* no período de doze meses é de aproximadamente 7% e de 15% a 20% ao longo do ciclo vital, afetando uma pessoa em cada 25 por mês (APA, 2014; Ellis et al., 2003). Verificam-se também acentuadas diferenças consoante grupo etário e consoante o género. Indivíduos entre os 18 e os 29 anos apresentam o triplo da prevalência comparativamente a indivíduos com idade superior a 60 anos, da mesma forma que indivíduos do sexo feminino apresentam índices 1.5 a 3 vezes superiores de prevalência em comparação com indivíduos do sexo masculino (APA, 2014; Fleck et al., 2009; Gonçalves & Fagulha, 2004). Acresce-se ainda, que alguns estudos indicam que em pacientes com patologia física estes valores podem alcançar os 33% (Fleck et al., 2009).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, espera-se que no ano de 2020 a depressão se apresente como a doença médica mais grave e a segunda causa de incapacitação ao nível mundial (Murthy et al., 2002).

2.4. Relação entre ansiedade e depressão

São diversos os autores que referem a existência de elevada comorbilidade entre os sintomas de ansiedade e sintomas depressão, compartilhando múltiplos processos etiológicos comuns (Garber et al., 2016; Gorman, 1996). Quer a ansiedade como a depressão têm implicações ao nível das relações interpessoais, no desempenho académico estando ainda associadas ao aumento de perturbações de abuso de substâncias, comportamentos de risco, suicídio e saúde física diminuída (Garber et al., 2016; Gorman, 1996).

Segundo Gerber et al. (2016) esta comorbilidade ocorre simultaneamente e sequencialmente, sendo a sua extensão evidente através das elevadas correlações existentes entre as medidas dimensionais de sintomas ansiosos e depressivos. Em algumas amostras clínicas a comorbilidade diagnóstica apresenta uma taxa de até 75%, não apresentando porém, um nível simétrico (Garber et al., 2016).

Segundo Gorman, em 1996, pacientes com depressão e ansiedade simultâneas, manifestam sintomas de maior gravidade, pior prognóstico e inferior resposta ao tratamento do que pacientes que apresentam apenas uma das perturbações (Gorman, 1996). Apesar destas duas perturbações serem condições distintas, apresentam-se com elevada frequência no mesmo sujeito, o que faz com que o diagnóstico se torne particularmente desafiante (Gorman, 1996). Em acréscimo, os pacientes com esta comorbilidade têm também menores interações sociais por manifestarem maior disfunção social, apresentando como sintomas a sensibilidade à crítica, sentimentos de rejeição, disforia, perturbações do sono e do apetite, fadiga e irritabilidade (Gorman, 1996). Ainda segundo o referido autor, a ansiedade e os sintomas depressivos sobrepõem-se com uma frequência tal, que sujeitos com apenas uma das perturbações representam-se como a exceção à regra, ao invés de serem a regra, sendo que a maioria dos pacientes com depressão manifesta sintomas de ansiedade e vice-versa (Gorman, 1996).

Estudos, como o de Pereira et al. (2002), revelam que mais de metade dos estudantes que ingressam no Ensino Superior apresentam dificuldades pessoais e académicas representando um incremento da psicopatologia neste grau de ensino. Tal, tem sido atribuído a uma maior representatividade dos jovens e dos seus problemas, em muito, graças a uma maior amplitude de acesso ao Ensino Superior e à facilidade na procura dos serviços de consulta psicológica e à diminuição do estigma referente a problemas do foro mental (Pereira et al., 2002).

Num dos estudos realizados com estudantes do Ensino Superior, os resultados revelaram baixos níveis de ansiedade em estudantes de Enfermagem (Pereira, 2013). Os resultados de um outro

estudo, numa amostra diferente mas igualmente do Ensino Superior, com estudantes no curso de Medicina, 58% dos estudantes apresentavam sintomatologia depressiva (Baykan, Naçar, & Çetinkaya, 2012).

O estudo realizado por Gramstad, Gjestad e Haver em 2013, com estudantes noruegueses a frequentar o curso de Medicina, demonstrou que nos estudantes universitários a sintomatologia de ansiedade é tendencialmente superior comparativamente com a sintomatologia depressiva (Brites, 2014; Gramstad, Gjestad, & Haver, 2013). Resultados estes, consolidados por Shamsuddin et al. (2013) num estudo com estudantes universitários da Malásia, no qual 37.2% dos participantes revelaram sintomas depressivos e 63.3% apresentaram sintomas de ansiedade (Brites, 2014; Shamsuddin et al., 2013).

No referente a trabalhos realizados com recurso ao *Brief Symptom Inventory* (BSI) em estudantes universitários, Körük, Öztürk e Kara (2016) levaram a cabo um estudo com o intuito de investigar as relações entre a perceção de parentalidade, estilos de apego parental e sintomatologia psicopatológica numa amostra de estudantes universitários turcos. O protocolo de recolha de dados incluiu, entre outros instrumentos, o *Brief Symptom Inventory*, cujos resultados indicaram que os sintomas de maior prevalência foram referentes às dimensões depressão, hostilidade e ansiedade (Körük, Öztürk, & Kara, 2016).

No âmbito de estudos com estudantes do Ensino Superior em Portugal, é possível encontrar algumas investigações realizadas, como o estudo de Pereira (2013) cujo principal objetivo pautava-se por avaliar depressão, o *distress* psicológico, em particular a dor psicológica e ideação suicida em estudantes de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, comparando os resultados entre os diferentes anos de estudo. Este estudo contou com uma amostra de 776 alunos, com idades compreendidas entre os 17 e os 58 anos e no protocolo constou o Inventário de Sintomas Psicopatológicos, versão portuguesa do BSI, cujos resultados indicaram maior sintomatologia depressiva e *distress* psicológico em participantes do sexo feminino (Pereira, 2013).

Em 2014, Brites elaborou um estudo visando definir o perfil dos estudantes de Psicologia através da exploração da personalidade e dos sintomas psicopatológicos e da relação destas, com as variáveis sociodemográficas, sexo e anos de curso. Este estudo contou com 240 participantes do primeiro e segundo ciclos de estudo em Psicologia, de instituições públicas e privadas das regiões Centro e Norte do País. O protocolo foi constituído pelo Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade (NEO-FFI), pelo Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e por um questionário sociodemográfico articulado pelo investigador. Os resultados revelaram que as dimensões Depressão e Psicoticismo apresentaram os valores médios mais elevados. Na análise da comparação entre sexo, foram obtidas diferenças significativas, sendo que em ambos os instrumentos o sexo masculino apresentou tendência a obter valores superiores. No BSI em

específico, as diferenças significativas ocorreram nas dimensões Sensibilidade Interpessoal e Ideação Paranóide (Brites, 2014).

Mais recentemente, em 2016, foi realizado um outro estudo por Crispim com o objetivo primordial de avaliar níveis de perfeccionismo enquanto característica da personalidade e a sua relação com a origem e manutenção de sintomas psicopatológicos numa amostra de jovens adultos. O estudo contou com 127 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos tendo os resultados demonstrado um papel de relevo para o perfeccionismo socialmente determinado como preditor na génese de perturbações psicológicas. Os resultados obtidos mediante a utilização do BSI indicaram uma maior predisposição para sintomatologia psicopatológica no sexo feminino e ainda, no referente à situação profissional, os estudantes apresentaram valores superiores dos sintomas medidos pelo BSI, comparativamente aos participantes não estudantes (Crispim, 2016).

Na Universidade da Beira Interior em 2010, foi realizado um estudo com o propósito de analisar a sintomatologia psicopatológica dos estudantes de forma a permitir um melhor entendimento acerca das necessidades de intervenção neste contexto. Nesse sentido, foi utilizado como escala de medida, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos, numa amostra de 378 sujeitos entre os 18 e os 48 anos de idade, a frequentar o 1.º ciclo de estudos ou o mestrado integrado. De forma geral, os resultados indicaram valores próximos da população normativa no âmbito da sintomatologia psicopatológica. No entanto, um número significativo de participantes (117 estudantes) indicou apresentar valores positivos de sintomas (Pessoa, 2010; Pessoa & Oliveira, 2010). Este estudo, ao nível das variáveis sociodemográficas, evidencia pontuações mais elevadas nas mulheres em todas as dimensões do BSI, inclusive nas dimensões relativas à depressão e à ansiedade e, ao nível dos anos de curso, foram os alunos do 1.º ano que obtiveram pontuações menos favoráveis comparativamente aos anos posteriores (Pessoa, 2010).

Ainda de referir que, posteriormente, num novo estudo realizado nos serviços de apoio psicológico da Universidade da Beira Interior, por Pessoa, Leitão e Ramos (2012), a partir de uma amostra constituída por elementos da comunidade académica, foram analisados os registos de 32 utentes dos quais 87.5% eram estudantes. Os resultados indicaram um incremento na procura de atendimento psicológico e, entre os principais motivos de consulta, predominaram os problemas no âmbito da ansiedade/humor, como uma percentagem de 43.8%, seguidos por problemáticas relativas à personalidade com 18.8%, dificuldades ao nível académico com 15.6% e problemas na relação afetiva com 12.5% (Pessoa, Leitão, & Ramos, 2012).

3. Personalidade

De forma introdutória, o conceito personalidade refere-se às características idiossincráticas correspondentes a um determinado padrão persistente ao nível das emoções, pensamentos e

comportamentos (Mazer, Macedo, & Juruena, 2017). Etimologicamente, este conceito está interligado à noção do desempenhar de determinado papel, por parte de um indivíduo, face a um dado contexto e a um público (Bernaud, 2000).

Como referem os autores Pires, Pereira, Paiva e Silva (2017), partindo dos primórdios a que se associa o termo *persona*, a personalidade deverá ser a capacidade de escolher e desempenhar um dado papel por um indivíduo, (sendo o termo papel a representação daquilo que os outros esperam que esse indivíduo faça), adequado ao contexto e aos objetivos de vida, vida esta representada alegoricamente como um teatro, à qual se associa um determinado estatuto, isto é, o que cada indivíduo espera dos outros (Pires, Pereira, Paiva, & Silva, 2017). Assim sendo, segundo estes autores, a personalidade é a capacidade que os sujeitos têm, ou não, de escolher o papel mais adequado a cada contexto, dentre todos os ensaiados e concebidos, revelando-se um processo de construção pessoal em contexto interpessoal (Pires et al., 2017).

O estudo da personalidade abrange uma multiplicidade tanto de abordagens como de métodos (Bernaud, 2000). Cada uma das abordagens contempla vários níveis de abstração e amplitude contribuindo, cada um deles, de forma única para a compreensão das diferenças no que refere ao comportamento e às experiências individuais (John & Srivastava, 1999). Neste sentido, ao abordar a personalidade, há a referir que existirá sempre desacordo relativamente ao que torna um determinado resultado importante (Ozer & Benet-Martínez, 2006; Urso-Junior, 2011). Ainda assim, apesar dos múltiplos referenciais teóricos já existentes, o campo da personalidade tem sido uma das áreas de estudo com resultados mais proficientes ao nível da investigação em psicologia (Urso-Junior, 2011).

Os primeiros desenvolvimentos da pesquisa neste campo tiveram como influência a psicometria e a psicologia dinâmica. No entanto, ao longo do tempo, a conceptualização da personalidade foi compreendendo os contributos de disciplinas tão diversificadas como a sociologia, biologia, filosofia, criminologia e todas as subdisciplinas da psicologia (Bernaud, 2000).

Apesar da multiplicidade de perspetivas e até discórdia entre os especialistas da área, a maioria deles concorda com o facto da avaliação da personalidade representar um complexo procedimento cuja resolução culmina numa visão parcial do funcionamento da personalidade (Bernaud, 2000). Deste modo, é possível analisar os processos conscientes ou inconscientes e avaliar as estruturas estáveis ou instáveis. No entanto, considerar todos os parâmetros da personalidade, em simultâneo, é algo considerado como ininteligível (Bernaud, 2000).

No referente às teorias científicas da personalidade, estas norteiam-se por um conjunto de objetivos, entre os quais: (1) descrever a conduta, referenciando taxonomias; (2) explicar essa mesma conduta tendo em consideração os conhecimentos existentes acerca das influências genéticas e ambientais; e (3) prever a conduta em situações particulares (Bernaud, 2000). Uma

teoria deve ainda ter como máxima quatro princípios básicos: conduzir ao conhecimento, ser parcimoniosa no plano dos conceitos; ser refutável e, por último, estabelecer predições (Bernaud, 2000).

A personalidade tem sido concebida à luz de múltiplas perspectivas, entre as quais a perspectiva psicanalítica, psicodinâmica, humanista, cognitivista e a perspectiva dos traços de personalidade, sendo nesta última que se enquadra o Modelo *Big Five*, ou Modelo dos Cinco Fatores (John, Robins, & Pervin, 2008; Schultz & Schultz, 2009), adotado para a análise, conceptualização e avaliação da personalidade no presente trabalho.

3.1 Teoria dos traços

Entre os diversos tipos de unidades existentes no estudo da personalidade, as dimensões baseadas nos traços têm sido as mais úteis ao nível de resultados preditores na associação entre condutas e eventos ao longo do tempo (Ozer & Benet-Martínez, 2006).

A teoria dos traços, iniciada pelos teóricos Allport e Cattell há várias décadas, é uma abordagem que permanece vital e fundamental nos dias de hoje, no que se refere ao estudo da personalidade (Schultz & Schultz, 2009). O principal fator que distinguiu estes teóricos de outros, foi na sua essência, o foco dos seus estudos. Contrariamente a outros teóricos que sustentaram os seus estudos em contexto de psicoterapia, mediante observação de situações de perturbação emocional, Allport e Cattell basearam o seu estudo na observação de pessoas emocionalmente saudáveis com o objetivo comum de identificar e tipificar traços de personalidade (Schultz & Schultz, 2009).

Relativamente à noção de traço, este corresponde, atualmente, a uma visão elementar da personalidade uma vez que, cada traço corresponde uma das suas parcelas constituintes, sendo que cada traço é independente de outro e caracteriza o indivíduo no âmbito de uma faceta específica (Bernaud, 2000). Um traço refere-se a uma característica ou qualidade particular de um indivíduo. No quotidiano, é utilizada frequentemente a abordagem dos traços nas descrições das pessoas que nos rodeiam selecionando, tendencialmente, as características singulares ou mais *sui generis* ao retratar uma pessoa (Schultz & Schultz, 2009). De forma mais ampla, os traços representam a probabilidade da eventualidade de determinado comportamento ocorrer numa situação concreta (Bernaud, 2000). A teoria dos traços assenta, por um lado, na premissa que os traços são relativamente estáveis ao longo do tempo e, por outro, que existe um certo nível de coerência na conduta perante situações semelhantes, bem como, de uma situação para outra distinta (Bernaud, 2000). Ainda, de acordo com McCrae & Costa (2008), a pesquisa com base nos traços integra quatro proposições fundamentais, relativas à natureza humana, sendo elas: que existem traços de personalidade e que os mesmos são mensuráveis; que tais traços se alteram entre indivíduos; que os traços exercem influência no comportamento ao nível

individual e que os traços permitem ao indivíduo um entendimento de si mesmo e dos outros (Gerber, Huber, Doherty, & Dowling, 2011).

As características inerentes aos traços da personalidade associam-se a uma multiplicidade de indicadores nos âmbitos individual, interpessoal e social, entre os quais, felicidade, identidade, qualidade das relações interpessoais, satisfação e desempenho profissional, saúde física e psicológica, entre outros (Hengartner, Kawohl, Haker, Rössler, & Ajdacic-Gross, 2016; Mazer et al., 2017). Como referido por Hengartner et al. (2016), estudos anteriores ao realizado por estes, demonstraram que a personalidade tem uma relação significativa com pressão no trabalho e *burnout*, problemas sexuais, perturbações do espectro psicótico, depressão *major*, comportamentos prejudiciais à saúde (como o abuso de substâncias), bem como, com problemas de saúde física e consequente, longevidade/mortalidade pelos motivos citados (Hengartner et al., 2016).

3.1.1 Modelo dos 5 fatores

Segundo alguns autores, como Ozer e Benet-Martínez (2006), as dimensões que compõem o Modelo dos Cinco Fatores têm sido amplamente estudadas e referenciadas na literatura no âmbito da personalidade (Ozer & Benet-Martínez, 2006).

No que remete para a avaliação da personalidade e considerando a noção de traço, o Modelo dos Cinco Fatores tem sido considerado dos mais importantes devido aos seus critérios, validade e estrutura bem estabelecidos (McCrae & Allik, 2002 cit. in Thomas & Castro, 2012).

Segundo John e Srivastava (1999), a psicologia da personalidade necessitava de um modelo taxonómico que permitisse aos investigadores o estudo de domínios específicos ao nível das características da personalidade, ao invés de uma análise isolada dos milhares de atributos que tornam cada ser humano único e individual (John & Srivastava, 1999). Considerando que um dos objetivos centrais das taxonomias científicas passa pela definição de domínios abrangentes, nos quais se enquadram um vasto número de condições básicas e simplificadas, a visão destes teóricos facilitaria em grande escala, o agrupar dos resultados empíricos, bem como, a sua comunicação com recurso a um vocabulário padrão ou a nomenclaturas (Gerber et al., 2011; John & Srivastava, 1999).

Apesar de no decorrer das décadas subsequentes a pesquisa se ter aproximado de uma taxonomia geral, relativamente aos traços de personalidade, correspondente aos apelidados Cinco Grandes Fatores, ou dimensões, a estrutura deste modelo ainda não foi aceite universalmente (Funder, 2001; John & Srivastava, 1999). O Modelo dos Cinco Fatores considera que os traços de personalidade indiciam para a existência de uma interação entre a herança biológica e as experiências pessoais do indivíduo sendo esta interação, por sua vez, determinante no comportamento humano (McCrae & Costa 1996 cit. in Thomas & Castro, 2012).

Segundo Gosling et al. (2003), a estrutura do Modelo dos Cinco Fatores representa-se como um modelo hierárquico de traços de personalidade constituído por cinco dimensões gerais que afiguram a personalidade num elevado nível de abstração (Gosling, Rentfrow, & Swann, 2003; Palma, 2012). Por conseguinte, a estrutura deste modelo indica que as diferenças individuais ao nível da personalidade humana, na sua maioria, podem classificar-se em cinco grandes domínios (Palma, 2012), são elas: Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura à experiência (John & Srivastava, 1999; Nunes & Hutz, 2006; Palma, 2012; Simões, 2016; Thomas & Castro, 2012; Urso-Junior, 2011).

A extroversão, também caracterizada por afetividade positiva, retrata um traço que predispõe as pessoas a experienciarem estados emocionais positivos, de forma a que se sintam bem consigo mesmas e com mundo envolvente. Indivíduos com elevados níveis de extroversão manifestam uma tendência para serem sociáveis, confiantes, afetuosos, amistosos, enérgicos, faladores e entusiastas (John & Srivastava, 1999; Palma, 2012; Simões, 2016), enquanto indivíduos que apresentem baixos índices de extroversão (ou seja, níveis elevados de introversão) tendem a apresentar-se como reservados, tímidos, tranquilos e a resistir ao contacto social (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013; John & Srivastava, 1999; Rolland, 2002; Simões, 2016).

A dimensão amabilidade valoriza as relações interpessoais, à semelhança da dimensão extroversão, e possibilita a distinção entre indivíduos com maior e menor facilidade ao nível do relacionamento com os outros (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013; Palma, 2012; Rolland, 2002; Simões, 2016). Enquanto indivíduos com níveis elevados de amabilidade estão predispostos a apresentarem-se simpáticos, acolhedores, carinhosos e bondosos (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013; Palma, 2012; Rolland, 2002), indivíduos com baixos resultados nestas dimensão revelam uma tendência a apresentar atitudes não cooperativas, rudes e pouco simpáticas (Palma, 2012) .

No referente à conscienciosidade, esta é uma dimensão que reflete questões no âmbito da responsabilidade, autodisciplina, controlo de impulsos e orientação ao nível da organização, da planificação e conclusão de tarefas, sendo encarada como bom preditor do desempenho profissional (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013; Palma, 2012; Rolland, 2002). O nível de conscienciosidade de um indivíduo manifesta-se através do seu grau de eficiência, rigor, organização, determinação e produtividade (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013; Rolland, 2002).

No que respeita à dimensão neuroticismo, descrita também como afetividade negativa ou instabilidade emocional, esta representa a propensão de um dado indivíduo a perceber a realidade como ameaçadora e difícil, para se sentir sob *stress*, bem como, para encarar e vivenciar como negativos o mundo e a si mesmo (Palma, 2012; Rolland, 2002). Nesta dimensão,

é tendencial o indivíduo sentir emoções negativas e preocupação, e ainda, sentir-se como sensível e temperamental. Perante altos níveis de neuroticismo, são comuns manifestações como baixa autoestima, pessimismo e nervosismo (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013; Rolland, 2002). Contrariamente, um indivíduo com baixos índices de neuroticismo é, habitualmente, calmo, estável e otimista (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013; Rolland, 2002). No entanto, apesar desta dimensão ser frequentemente associada à doença mental, é um traço presente de certa forma em qualquer indivíduo são (Palma, 2012).

Por sua vez, a abertura à experiência é uma dimensão relativa ao grau em que um indivíduo possui diversificados campos de interesses ou, por outro lado, possui um campo mais restrito preferindo dedicar-se a atividades limitadas (Palma, 2012). Por tal, esta dimensão abrange os comportamentos interligados com a permanente procura e paixão por novas experiências e características como ser original ou conservador, assumir riscos ou evitá-los (Palma, 2012; Rolland, 2002). Indivíduos com um nível elevado de abertura à experiência são tendencialmente sonhadores, fantasiosos, criativos e liberais no referente a pensamentos e/ou opiniões (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013; Rolland, 2002).

4. Saúde cardiovascular e variáveis psicológicas

Tanto a depressão como a ansiedade são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de doenças coronárias e para o agravamento do prognóstico de doença coronária pré-existente (Cardoso, 2010).

As emoções manifestam-se em distintos domínios, tanto psicológicos (cognitivo, afetivo, comportamental) como fisiológicos (neurovegetativo, neuroendócrino) (Graeff, 2007). Segundo Reynoso-Erazo (2015) existem três alterações no estado de ânimo que denotam forte relação com o aparecimento, desenvolvimento, manifestação ou deterioro das doenças cardiovasculares, sendo elas a depressão, ansiedade e a hostilidade (Reynoso-Erazo, 2015).

A fundamentação fisiológica destas três alterações do humor, constitui uma hiperatividade vascular mediante o *stress*, que implica uma maior resposta fisiológica aos *stressores* (Reynoso-Erazo, 2015). Concomitantemente, a resposta do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) apresenta também hiperatividade aquando o surgimento de sintomas de ansiedade e de depressão, originando, conseqüentemente, elevação em maior medida da frequência cardíaca, comparativamente a outros sujeitos; elevação da pressão arterial, maior vasoconstrição devido à hiper-reactividade dos vasos sanguíneos; e maior agregação plaquetária (Reynoso-Erazo, 2015).

A repetida e prolongada ativação de determinados sistemas, como é o caso do HPA, pode colocar os indivíduos em maior risco de desenvolvimento de alterações físicas, entre as quais, enfarte do miocárdio, e psicológicas das quais se destacam a sintomatologia depressiva e a sintomatologia de ansiedade (Baum, Revenson, & Singer, 2012; Graeff, 2007).

No que se refere à sintomatologia depressiva, autores como Joaquim, Valle e Nascimento (2010) mencionam a existência de vários estudos que relatam uma relação entre a sintomatologia depressiva e um vasto número de variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicológicas (Joaquim et al., 2010). Outros, como Reynoso-Erazo (2015), referem existir evidências que relacionam pessoas com depressão ou sintomatologia depressiva com doenças cardiovasculares (Reynoso-Erazo, 2015). Neste sentido, há diversos autores a considerar que o estudo da problemática associada à sintomatologia depressiva deve incidir, de forma particular, no HPA (Jurruena et al., 2004; Mello et al., 2007; Vismari, 2004).

Ao nível da ansiedade, e considerando que o HPA é a marca neuroendócrina característica da resposta ao *stress*, também foi demonstrada como um fator de risco para doenças cardiovasculares, uma vez que a ansiedade ativa tanto o eixo HPA como o simpático-adrenal, (Graeff, 2007), no entanto, a evidência acumulada não é tão consistente como no caso da depressão (Reynoso-Erazo, 2015).

Nesta explicação fisiológica introdutória há a referir e a ter em consideração que pessoas hostis, deprimidas ou ansiosas podem ter estilos de vida com condutas de risco, como, por exemplo, o consumo de substâncias, o sedentarismo e a obesidade (Reynoso-Erazo, 2015).

4.1. Estudos empíricos existentes sobre a relação entre as variáveis

4.1.1. Pressão Arterial, Ansiedade e Depressão

Chaves e Cade (2004) realizaram um estudo descritivo e associativo, cujos objetivos se pautaram, por um lado, por compreender a relação da ansiedade com os níveis de pressão arterial em mulheres hipertensas e, por outro lado, compreender a relação entre a ansiedade e o tempo de tratamento da hipertensão, numa amostra constituída por 78 mulheres em tratamento (Chaves & Cade, 2004). Os resultados indicaram a presença de ansiedade estado e traço moderadas e médias de pressão arterial correspondentes à hipertensão estágio 1, no entanto, referem não ter existido uma diferença estatisticamente significativa nem entre a ansiedade e os níveis de pressão arterial, nem entre a ansiedade e o tempo de tratamento da hipertensão (Chaves & Cade, 2004).

Licht et al. (2009) realizaram um estudo comparativo dos níveis de pressão arterial entre indivíduos com ansiedade clínica e perturbações depressivas e indivíduos saudáveis como grupo

de controlo (Licht et al., 2009). A recolha de dados constituiu um grande estudo de coorte, representando o Estudo Holandês de Depressão e Ansiedade (*Netherlands Study of Depression and Anxiety*) cuja amostra contou com 2981 sujeitos no total (Licht et al., 2009; Penninx, 2017). Os participantes foram agrupados em indivíduos deprimidos ou em remissão (N = 2028) dos quais 644 utilizavam antidepressivos e 1384 não utilizavam e, ainda, o grupo de controlo (N = 590) de indivíduos saudáveis (Licht et al., 2009). Após o controlo de covariáveis múltiplas, e por meio de análises de regressão, foram calculados os contributos da ansiedade, das perturbações depressivas, bem como, do uso de antidepressivos para as pressões arteriais sistólicas e diastólicas (Licht et al., 2009). No que concerne aos resultados, a média mais elevada de valores da pressão arterial diastólica foi encontrada nos sujeitos ansiosos, apesar da ansiedade não se ter revelado significativamente relacionada ao risco de hipertensão. Os sujeitos com perturbação depressiva, quer aquando do momento da recolha, quer em remissão obtiveram uma média mais baixa ao nível da pressão arterial sistólica, bem como, menor propensão à hipertensão sistólica isolada do que o grupo de controlo. Sujeitos que utilizavam antidepressivos tricíclicos apresentaram médias superiores de pressões arteriais sistólica e diastólica e, ainda, maior tendência a ter hipertensão estágio 1 e estágio 2 (Licht et al., 2009). Segundo os autores, o estudo realizado revela que as perturbações depressivas estão relacionados com baixa pressão arterial sistólica e menor hipertensão e, em sentido oposto, a utilização de determinados antidepressivos encontra-se associada a elevadas pressões sanguíneas sistólicas e diastólicas, bem como, a hipertensão (Licht et al., 2009).

Segundo Shah, Zonderman e Waldstein (2013), as associações longitudinais entre sintomas depressivos e a pressão arterial têm sido inconsistentes, sendo que a maioria dos estudos examinaram a hipertensão incidente como resultado e poucos são os que examinaram a modificação do efeito. Neste sentido, os autores deste estudo procuraram examinar as influências moderadoras do sexo e da idade, em percursos coincidentes de sintomatologia depressiva e pressão arterial (Shah, Zonderman, & Waldstein, 2013). O estudo contou com 2087 participantes que integraram o *Baltimore Longitudinal Study of Aging*, (19 a 97 anos, 53% homens) tendo os resultados demonstrado diferenças quer ao nível do sexo como da idade na relação entre os sintomas depressivos e a pressão arterial (Shah et al., 2013). Mediante os resultados obtidos, estes remetem para o potencial da prevenção, deteção e diminuição de sintomatologia depressiva na finalidade de prevenir a hipertensão nas mulheres e adultos mais velhos (Shah et al., 2013).

Kretchy, Owusu-daaku e Danquah (2014), tendo em consideração os sistemas de crenças de pacientes hipertensos e com o intuito de verificar a prevalência e o papel de sintomas de ansiedade, depressão e de *stress* permanente na adesão à medicação hipertensiva, realizaram um estudo transversal com uma amostra de 400 pacientes hipertensos (Kretchy, Owusu-daaku, & Danquah, 2014). A recolha de dados incidiu no levantamento de dados sociodemográficos e na mensuração da ansiedade, depressão, sintomas de *stress*, crenças espirituais e adesão à

medicação. Os resultados indicaram a presença da referida sintomatologia nestes pacientes e que, não obstante a hipertensão ser um problema do foro biomédico, este poderia incitar problemas no âmbito da saúde mental e, conseqüentemente, uma necessidade de atenção nas emoções negativas e do seu papel na não adesão à medicação. Segundo os autores, estes resultados ilustram o vínculo existente entre problemas biomédicos e o desenvolvimento de perturbações de índole psicológica (Kretchy et al., 2014).

A inconsistência de resultados oriundos dos estudos epidemiológicos acerca da associação entre ansiedade e hipertensão até então realizados, em 2015, os autores Pan et al. (2015) publicaram um trabalho com objetivo de resumir as evidências de estudos transversais e prospetivos que analisavam essa associação. Os resultados sugeriram a existência de associação entre a ansiedade e o aumento do risco de hipertensão, firmando a importância da deteção precoce e gestão da ansiedade em pacientes hipertensos para o tratamento desta última (Pan et al., 2015).

Com o objetivo de investigar o impacto da ansiedade e do stress em contexto de trabalho no desenvolvimento de hipertensão em jovens estudantes, bem como, as possíveis conseqüências relativas a doenças cardiovasculares precoces entre jovens estudantes, Mucci et al. (2016) realizaram um estudo cuja recolha de dados decorreu entre 2015 e 2016. A pesquisa foi constituída por uma amostra de estudantes europeus numa universidade italiana e contou com um total de 412 alunos de vários cursos da área da saúde dos quais 68.7% eram mulheres e 31.3% homens, tendo os participantes uma idade média de 23.9 (Mucci et al., 2016). Os métodos da investigação foram administrados por médicos ocupacionais de um hospital universitário italiano que permitiram investir especial atenção nos comportamentos de saúde e na saúde cardiovascular dos participantes (Mucci et al., 2016). As leituras da pressão arterial sistólica e diastólica foram obtidas com recurso a um esfigmomanómetro calibrado por técnicos profissionais mediante o qual se obtiveram valores diastólicos entre 70 e 90 mmHg e valores sistólicos entre 100 e 170 mmHg. As variáveis relacionadas com o estilo de vida foram investigadas em contexto de consulta médica (Mucci et al., 2016). Segundo Mucci et al. (2016) o seu estudo representa um contributo para a determinação da pressão arterial dos jovens e, conseqüentemente, da sua saúde cardiovascular mediante o incremento de informações acerca do papel dos *stressores* psicológicos e da satisfação dos alunos. Segundo a análise dos resultados, a pressão arterial sistólica parece estar significativamente associada à ansiedade, ao consumo de álcool e ao desporto/exercício físico. A ansiedade, por sua vez, mostrou associar-se significativamente à pressão arterial diastólica ao longo da prática de exercício físico e ao género (Mucci et al., 2016).

Num estudo recente, realizado por Smeijers et al. (2017), os autores procuraram examinar se a idade jovem e o sexo feminino e sua associação com infartos do miocárdio precedidos por emoções negativas, como a raiva e a ansiedade, bem como, se a idade e o sexo moderam o

subsequente risco de mortalidade aumentada após infartos de miocárdio nas referidas condições (Smeijers et al., 2017). Segundo as conclusões obtidas neste estudo, pacientes com elevados níveis de ansiedade ou raiva num período de duas horas antes do infarto do miocárdio têm uma idade mais jovem que pacientes sem os referidos precedentes emocionais (Smeijers et al., 2017). Por outro lado, concluíram que a ansiedade prévia a este evento está associada a um elevado risco de mortalidade em pacientes com idade superior a 65 anos (Smeijers et al., 2017).

Também em 2017, Pérez-Piñar et al., realizaram uma revisão sistemática e uma meta-análise na qual são apresentados uma avaliação crítica e um resumo acerca das evidências disponíveis relativamente à associação entre perturbações de ansiedade e risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Pérez-Piñar et al., 2017). Segundo os autores, apesar das perturbações de ansiedade serem um dos problemas de saúde mental mais comum em todo mundo, evidências sobre a sua associação com o risco de AVC é ainda limitada (Pérez-Piñar et al., 2017). Para a realização deste estudo foram pesquisados estudos realizados até à data de junho de 2016, sendo a meta-análise realizada com o intuito de obter estimativas agrupadas dos risco de AVC em pacientes com perturbações de ansiedade (Pérez-Piñar et al., 2017). Segundo as conclusões dos referidos autores, as perturbações de ansiedade são uma condição modificável e muito prevalente, associadas ao aumento do risco de AVC em 24% (Pérez-Piñar et al., 2017).

4.1.2. Pressão Arterial e Personalidade

Goldstein e Shapiro (2000) realizam um estudo cujo foco incidiu na interação da pressão arterial clínica com história familiar de hipertensão e, ainda, a relação de tal interação com a personalidade. Segundo os referidos autores a presença de determinados traços de personalidade em sujeitos com forte historial familiar de hipertensão deveriam aumentar a pressão arterial clínica em mulheres saudáveis (Goldstein & Shapiro, 2000). A metodologia desta investigação passou pelo registo da pressão arterial em dois dias laborais e dois dias fora do trabalho, durante a vigília e durante o sono. A amostra era composta por um total de 203 sujeitos com idades compreendidas entre os 24 e os 50 anos sendo os participantes agrupados de acordo com o histórico parental: 14 sujeitos tinha ambos os pais hipertensos, 77 tinham um dos pais hipertensos e 112 os dois pais normotensos. Foram avaliadas a hostilidade, defensividade, ansiedade e raiva. Os resultados indicaram que os níveis de pressão arterial durante a vigília e o sono foram potenciados em indivíduos com pais hipertensos. Participantes descendentes de dois pais hipertensos, defensivos, ansiosos ou que não expressavam raiva manifestaram um aumento da pressão arterial clínica, que sofria um incremento no decorrer dos dias de trabalho (Goldstein & Shapiro, 2000). A partir deste estudo, os autores concluíram que as medidas de prevenção são de particular importância para indivíduos que compreendem a associação de determinados traços personalísticos com um forte histórico familiar de hipertensão uma vez que poderão tais indivíduos ter maior predisposição para o risco de desenvolvimento de hipertensão arterial (Goldstein & Shapiro, 2000).

Em 2007, Shipley, Weiss, Der, Taylor e Deary, procuraram analisar a influência da personalidade, em particular do neuroticismo e da extroversão, nas causas de mortalidade, 21 anos após o primeiro controlo de fatores de risco realizado entre 1984 e 1985 (Shipley, Weiss, Der, Taylor, & Deary, 2007). Os participantes que integraram este estudo eram membros da *Health and Lifestyle Survey*, uma pesquisa britânica com uma amostra de 9003 adultos. No estudo inicial os sujeitos preencheram um questionário sociodemográfico e de saúde, foram submetidos a um exame físico e preencheram ainda o Inventário de Personalidade de Eysenck. No estudo realizado em 2007, por Shipley, Weiss, Der, Taylor e Deary, 21 anos após o estudo inicial, foi avaliada a mortalidade tendo 5424 dos sujeitos apresentado dados completos (Shipley et al., 2007). Após o controlo dos vários fatores de risco, as conclusões obtidas revelaram que o neuroticismo elevado esteve significativamente relacionado com o risco de morte por doença cardiovascular, podendo os efeitos deste traço da personalidade serem mediados por variáveis sociodemográficas (como a idade e género), de saúde e fisiológicos (Shipley et al., 2007). Os autores referem também que os resultados sugerem que fatores sociodemográficos, comportamentos de saúde ou fatores fisiológicos mediam, de forma parcial, a relação existente entre o neuroticismo e a mortalidade (Shipley et al., 2007).

Os autores Kinnunen et al., em 2012, propuseram-se a investigar as associações longitudinais de perfis do modelo *Big Five* da personalidade com a saúde a longo prazo, numa amostra com 304 adultos, 53% do sexo masculino (Kinnunen et al., 2012). Os cinco traços da personalidade segundo o modelo foram avaliados aos 33, 42 e aos 50 anos e os indicadores de saúde física foram medidos aos 42 e aos 50 anos, por um lado, por meios subjetivos, que consistiram em autoavaliações da saúde, sintomas e avaliação de perturbações do foro psicológico e, por outro, por meios objetivos consistindo na medição do índice de massa corporal, relação cintura-quadril, pressão arterial, colesterol e triglicéridos (Kinnunen et al., 2012). Ao longo de 17 anos os cinco traços de personalidade mantiveram-se estáveis, sendo os mesmos em cada idade. Segundo Kinnunen et al. (2012), em estudos anteriores foi utilizada a análise de *clusters*, com base em três perfis de personalidade interpretados na forma de perfis resilientes, supercontrolados e subcontrolados. No que concerne aos resultados obtidos no estudo em análise, estes referem que indivíduos resilientes (neuroticismo baixo e outros traços elevados) revelaram a melhor saúde subjetiva, indivíduos supercontrolados (neuroticismo alto e os outros traços baixos) apresentaram menores níveis de saúde decorridos oito anos. Os indivíduos subcontrolados (elevada abertura à experiência e extroversão e reduzida conscienciosidade), os indivíduos reservados (elevada conscienciosidade e reduzidos valores nos restantes traços) e os designados pelos autores como indivíduos comuns (os que apresentaram todos os traços dentro na média) situaram-se entre os dois extremos da saúde subjetiva e não foram encontradas diferenças nos seus perfis, no referente aos indicadores objetivos de saúde. Deste modo, os autores concluíram que o designado controlo excessivo e a resiliência foram mais marcantes no que se refere à saúde (Kinnunen et al., 2012).

Num estudo de Israel et al. (2014), os autores tinham como intuito determinar se os traços da personalidade de jovens adultos poderiam prever quais os indivíduos que estariam em maior risco de saúde precária ao alcançarem a meia idade a partir de relatos breves de observadores. Este estudo surgiu na sequência de uma investigação longitudinal da saúde e do comportamento, denominado Estudo de Saúde e Desenvolvimento Multidisciplinar de *Dunedin*, Nova Zelândia, iniciado por Moffitt, Caspi, Rutter e Silva (2001 cit. in Israel et al., 2014) cuja amostra se constituía por cerca de 1037 indivíduos. Os participantes foram avaliados na altura do seu nascimento e aos 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 21, 26, 32 e, mais recentemente, 38 anos, quando 95% dos 1.007 membros do estudo ainda estavam vivos (Israel et al., 2014). Na sequência desta amostra, 1000 indivíduos participaram no estudo de Israel et al. (2014), ocorrendo a primeira avaliação aos 26 anos e novamente, com as mesmas medidas, aos 38 anos de idade, revelando os resultados que medidas muito breves da personalidade administradas aos jovens adultos, predisseram a sua saúde física na meia-idade em vários domínios como anormalidades metabólicas, cardiorrespiratória, função pulmonar, doença periodontal e inflamação sistémica (Israel et al., 2014). Além da utilidade preditiva dos traços da personalidade foram também avaliados outros fatores de risco como estatuto socioeconómico, tabagismo, obesidade, autorrelatos de saúde e história familiar de doenças. Os resultados indicaram que, dos cinco traços de personalidade medidos aos 26 anos, mediante relatórios de terceiros, dois dos traços, conscienciosidade e abertura à experiência, previram um prognóstico de saúde física aos 38 anos. Neste sentido, indivíduos com baixas pontuações nas dimensões de conscienciosidade e abertura à experiência desenvolveram uma saúde física mais fraca mesmo após a contabilização das diferenças pré-existentes ao nível da educação, estatuto socioeconómico, tabagismo, obesidade, saúde auto relatada, condições médicas e histórico médico familiar (Israel et al., 2014). Em média, a saúde de todos os participantes diminuiu entre as duas idades em análise, no entanto, este declínio foi mais acentuado nos indivíduos com valores inferiores nestes dois traços da personalidade. Os resultados também indicaram que as diferenças individuais ao nível do neuroticismo não tiveram um papel preditor consistente no referente à saúde física (Israel et al., 2014).

Segundo Hengartner, Kawohl, Haker, Rössler e Ajdacic-Gross (2016), existem fundamentos que comprovam a importância das avaliações de personalidade no âmbito das pesquisas e das práticas na saúde. Os dados deste estudo foram retirados de uma pesquisa epidemiológica realizada entre 2010 e 2012 na população de Zurique, Suíça, tendo sido administrada a 1155 participantes (54.4% mulheres, idade média = 29.6 anos) uma forma curta do *Big five Inventory*, enquanto os dados respeitantes à saúde foram obtidos mediante uma entrevista clínica semiestruturada. Ainda, uma subamostra por conveniência com 171 participantes facultou medidas laboratoriais, sendo 133 sujeitos dessa subamostra acompanhados posteriormente, pelo menos uma vez, num período máximo de 6 meses (Hengartner et al., 2016). No referente aos resultados deste estudo, estes denotaram a existência de uma relação consistente entre a personalidade com recursos socioambientais pobres, psicopatologia e com comportamentos

prejudiciais para a saúde, bem como, a existência de uma associação da personalidade com funções metabólicas e imunes que levou os autores a supor que influenciavam a saúde (Hengartner et al., 2016). É referido ainda que os traços do *Big Five* previam prospectivamente um comprometimento psicopatológico em geral e sintomas vegetativos, no entanto, alguns dos traços nomeadamente neuroticismo, conscienciosidade e amabilidade apresentaram correlações significativas com algumas das medidas laboratoriais de processos fisiológicos subjacentes à saúde em geral (Hengartner et al., 2016). Quando os resultados obtidos foram comparados com a literatura, os autores referem ter surgido como principal conclusão, que os grandes problemas de saúde no âmbito psicossocial se interligam essencialmente a valores elevados no traço neuroticismo e a valores reduzidos no que se refere à conscienciosidade, indiciando baixo autocontrolo, descuido e impulsividade (Hengartner et al., 2016).

4.1.3. Ansiedade, Depressão e Personalidade

Com o objetivo de analisar em que medida a intensidade emocional se associava às dimensões da personalidade do *Big Five* e aos sintomas depressivos, Karreman, Van Assen e Bekker (2013) deram início a uma investigação que se subdividia em dois estudos. Por um lado, no estudo 1 procuraram testar o modelo, de forma transversal, com a utilização de dados obtidos a partir de 266 estudantes holandeses. Por outro lado, no estudo 2, procuraram examinar de forma experimental a forma como as dimensões da personalidade se relacionavam à reactividade emocional perante diversos estímulos emocionais (Karreman, Van Assen, & Bekker, 2013). Neste segundo estudo, 130 estudantes holandeses descreveram a sua personalidade e visualizaram um vídeo, divertido ou triste, e posteriormente foi avaliada a mudança na intensidade de emoções positivas e negativas experienciadas. Deste estudo resultou que indivíduos com pontuação superior na dimensão neuroticismo, experienciaram maioritariamente um maior nível de sintomas depressivos e indivíduos com maiores pontuações na amabilidade relatam indiretamente a experiência de níveis mais baixos de sintomas depressivos através de maior intensidade geral de emoções positivas. Indivíduos com amabilidade superior denotaram um incremento mais acentuado das emoções negativas e um maior decréscimo das emoções positivas somente após a exposição ao estímulo triste (Karreman et al., 2013).

Um estudo transversal, realizado em 2015 por Shi, Liu, Wang e Wang, objetivou investigar os sintomas de ansiedade em estudantes de medicina chineses, analisar a relação entre os cinco grandes traços da personalidade e os sintomas de ansiedade dos estudantes e, ainda, explorar o papel mediador da resiliência nessa relação (Shi, Liu, Wang, & Wang, 2015). Foram administrados questionários de autorresposta como a Escala de Ansiedade de Autorresposta de Zung (SAS), *Big Five Inventory* (BFI) e *Wagnild e Young Resilience Scale* (RS-14) a uma amostra aleatória de 2925 estudantes de medicina (Shi et al., 2015). Os resultados indicaram que a prevalência de sintomas de ansiedade foi de 47.3% e, após o ajuste de fatores demográficos os traços de amabilidade, conscienciosidade e abertura à experiência revelaram-se negativamente

associados à ansiedade, contrariamente ao neuroticismo, que teve uma associação positiva com a ansiedade (Shi et al., 2015).

Em 2016, por Júnior, Lima, Tenório, Lopes e Fermoseli, foi realizada uma pesquisa também com estudantes que se objetivava a relacionar os traços de personalidade com a ansiedade, na qual se aplicaram três instrumentos: um questionário sociodemográfico, o Inventário dos Cinco Grandes Fatores (IGFP-5) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI - *Beck Anxiety Inventory*) (Júnior, Lima, Tenório, Lopes, & Fermoseli, 2016). Nesta pesquisa os resultados evidenciaram que, dos traços apresentados pela amostra, o que se correlacionou de forma mais significativa com níveis graves de ansiedade foi o neuroticismo, enquanto que a amabilidade denotou uma associação com níveis leves de ansiedade (Júnior et al., 2016).

Vittengl (2017), procurou analisar se desvantagens físicas, sociais e socioeconômicas levavam a um incremento dos riscos do neuroticismo elevado e se culminavam em aumentos longitudinais dos sintomas de depressão e ansiedade. A partir de uma amostra de 7108 adultos que integraram uma investigação prévia denominada *Midlife Development in United States Survey*, foram reavaliadas subamostras decorridos 9 e 18 anos aproximadamente (Vittengl, 2017). Os resultados sugeriram que cada componente (cada tipo de desvantagem) concomitante com o neuroticismo elevado, teve um papel preditor ao nível dos sintomas de depressão/ansiedade nos intervalos de reteste, da mesma forma que cada componente multiplicou também o risco de neuroticismo elevado através do aumento de sintomas (Vittengl, 2017). Em contrapartida, neste estudo, o neuroticismo não representou um risco para o aumento significativo dos sintomas de ansiedade e depressão nos participantes com reduzidas limitações físicas, poucos problemas sociais ou com elevado estatuto socioeconómico (Vittengl, 2017). Ao nível de variáveis sociodemográficas, os resultados indicaram que os participantes mais jovens e do sexo feminino com índices mais elevados de neuroticismo apresentaram um aumento significativo nos sintomas de ansiedade e de depressão num intervalo de 9 anos (Vittengl, 2017).

Com o intuito de analisar a possibilidade do *stress* percebido atuar como um mediador da associação entre neuroticismo e sintomas de ansiedade e de depressão, Pereira-Morales, Adan e Forero (2017) avaliaram uma amostra de 274 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos. Para tal, foram utilizados a versão curta do *Big Five Inventory* (BFI-S), a Escala de Depressão de Estudos Epidemiológicos (CES-D), a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), a Escala de Ansiedade de Autorresposta de Zung (ZSAS) e a Escala de *Stress* Percebido-10 (Pereira-Morales, Adan, & Forero, 2017). A amostra foi subdividida em dois grupos, formados em concordância com a sintomatologia depressiva, sendo um dos grupos constituído por sujeitos que não obtiveram pontuações elevadas nas escalas CES-D e HADS e o segundo grupo constituído pelos sujeitos que apresentaram pontuações elevadas nas duas escalas (Pereira-Morales et al., 2017). Os resultados deste estudo evidenciaram uma correlação positiva significativa dos sintomas de ansiedade e depressivos tanto com o neuroticismo como com o *stress* percebido.

Quanto aos resultados obtidos das correlações segundo o sexo, nas mulheres, o neuroticismo evidenciou maior correlação com sintomas depressivos, a par que nos homens se verificou uma correlação ligeiramente superior entre o neuroticismo e os sintomas de ansiedade. Relativamente ao efeito preditor, os resultados indicaram que o neuroticismo se revelou significativamente preditivo de sintomas depressivos no grupo de sujeitos com sintomas depressivos, enquanto ao nível dos sintomas ansiosos, o neuroticismo foi um preditor significativo em ambos os grupos. Nas análises realizadas, em função do sexo, o efeito preditor do neuroticismo ao nível dos sintomas de ansiedade e depressivos foi também significativo, apresentando-se em maior grau nas mulheres comparativamente aos homens (Pereira-Morales et al., 2017).

Também em 2017, Salles, Lopes, Loose e Freitas levaram a cabo um estudo cujo principal objetivo passava por compreender a associação entre os cinco traços de personalidade e o perfil emocional ao nível do *stress*, ansiedade e depressão numa amostra de 182 estudantes universitários (do curso de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sá de Vitória). Para a concretização do estudo foram utilizados um questionário sociodemográfico, que incluía questões relativas ao sexo, idade, turno de estudo, tipo de estudo e ano do curso; o Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade (IGFP- 5) e as Escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS-21). No que remete para os principais resultados, há a salientar que a correlação positiva e estatisticamente significativa do neuroticismo com o *stress* ($p < .001$) com a ansiedade ($p < .001$) e com a depressão ($p = .004$) (Salles, Lopes, Loose, & Freitas, 2017).

III - Parte Empírica

1. Objetivos e Formulação de Hipóteses

O presente apresenta uma natureza metodológica de índole correlacional, descritiva e transversal, cuja amostra será constituída por uma amostra normativa de estudantes com dez ou mais anos de escolaridade. A realização deste estudo tem como propósito principal analisar o grau de associação entre indicadores de saúde cardiovascular e a presença significativa de indicadores psicológicos referentes à Saúde Mental e à Personalidade.

No respeitante aos objetivos específicos, de ordem descritiva, propõe-se: descrever e comparar diferenças na pressão arterial¹, sintomas de ansiedade e sintomas de depressão em subgrupos da amostra em função de variáveis sociodemográficas, bem como, diferenças nestas variáveis em função do modo de recolha de dados. Para tal, e a partir do enquadramento teórico anteriormente exposto, foram formuladas as seguintes hipóteses, orientadoras da investigação realizada e estruturantes da componente empírica da dissertação:

H1: A pressão arterial sistólica nos homens é mais elevada que a pressão arterial sistólica nas mulheres;

H2: As mulheres apresentam pontuações mais elevadas na variável ansiedade do que os homens;

H3: As mulheres apresentam pontuações mais elevadas na variável depressão do que os homens;

H4: Existem diferenças nos níveis pressão arterial sistólica em função da variável escolaridade;

H5: Existem diferenças na variável ansiedade em função da variável escolaridade;

H6: Existem diferenças na variável depressão em função da variável escolaridade;

H7: Existem diferenças nos níveis de pressão arterial sistólica em função do modo de recolha de dados.

¹ Optou-se por seguir uma abordagem centrada na pressão arterial sistólica pois com base nas análises prévias compreendemos que a pressão arterial diastólica não apresenta uma amplitude de variação nem uma variabilidade que a tornem interessante para conduzir um estudo detalhado.

Ao nível correlacional, são objetivos específicos: analisar o grau de associação entre pressão arterial, sintomas de ansiedade e sintomas de depressão em participantes estudantes; analisar a relação entre sintomas de ansiedade, sintomas depressivos e neuroticismo em participantes estudantes; analisar o efeito preditor da sintomatologia de ansiedade e depressiva ao nível da pressão arterial; analisar o efeito preditor do neuroticismo ao nível de sintomas de ansiedade e depressão. Neste sentido foram formuladas as seguintes hipóteses:

H8: Existe uma associação positiva entre a variável ansiedade e a variável depressão;

H9: Existe uma associação positiva entre a variável ansiedade e a variável neuroticismo;

H10: Existe uma associação positiva entre a variável depressão e a variável neuroticismo;

H11: Existe um efeito preditor/influência da variável neuroticismo na variável ansiedade;

H12: Existe um efeito preditor/influência da variável neuroticismo na variável depressão;

H13: Existe uma associação positiva entre a variável pressão arterial sistólica e a variável ansiedade;

H14: Existe uma associação negativa entre a variável pressão arterial sistólica e a variável depressão;

H15: Existe um efeito preditor/influência da variável ansiedade na variável pressão arterial sistólica;

H16: Existe um efeito preditor/influência da variável depressão na variável pressão arterial sistólica.

2. Procedimentos de recolha de dados

Após aprovação prévia do projeto de investigação, no qual se enquadra o presente estudo, pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior deu-se início ao processo de recolha de dados. Este processo decorreu entre outubro de 2016 e janeiro de 2017 em dois formatos distintos, presencial e *online*. No que refere à recolha de dados presencial, foi realizada a apresentação do projeto a Diretores de Curso e docentes da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH) da Universidade da Beira Interior (UBI) abrangendo os cursos de Psicologia e de Ciências do Desporto. Posteriormente, mediante participação voluntária a recolha decorreu em contexto de sala de aula, consistindo num

primeiro momento no preenchimento de um protocolo constituído por um conjunto de questionários de autorresposta e, num segundo momento, na avaliação de parâmetros biofisiológicos. Na avaliação dos níveis de pressão arterial sistólica, diastólica, pulsação e arritmia foi utilizado o dispositivo de pressão sanguínea BMG 5610 AEG®. Este dispositivo possibilita mensurar, de forma automática, a pressão arterial estando calibrado em concordância com as medidas padrão da Organização Mundial de Saúde (OMS), nomeadamente as seguintes amplitudes: pressão arterial sistólica - 60-260mmHg; pressão arterial diastólica: 40-199mmHg; pulsação: 40-180 batidas/minuto; bem como a presença, ou não, de batimento cardíaco irregular. A referir, que a recolha de dados presencial dos indicadores biofisiológicos foi efetuada sempre com a presença de um profissional de enfermagem e realizada com os participantes em jejum.

No que remete para o formato *online*, este consistiu no preenchimento do mesmo protocolo, bem como, na recolha de dados biofisiológicos de eventuais resultados de avaliações recentes que os participantes dispusessem.

Relativamente ao consentimento informado, a referir que a primeira página do protocolo representou-se, simultaneamente, como um elemento informativo dos objetivos da investigação e como consentimento informado, quer na versão *online*, quer na versão impressa, sendo que apenas quem facultou o consentimento avançou para o preenchimento do questionário. Também o técnico de saúde presente em todas as sessões de recolha presencial informou, individualmente, os participantes acerca do objetivo, procedimentos e resultados da recolha de dados biofisiológicos.

Numa era de avanço constante no que toca à tecnologia, são cada vez mais as pessoas que têm acesso à *Internet*, tornando-se esta rapidamente num método de comunicação para muitos (Duffy, 2000 cit. in Granello & Wheaton, 2004). Estudiosos das mais distintas áreas de pesquisa começam a ver os benefícios da recolha de dados através da *Internet* e, cada vez mais, jornais publicam dados que foram recolhidos de forma *online* (Granello & Wheaton, 2004; Schleyer & Forrest, 2000).

Apesar da possibilidade de controlo do número de participantes que permite a recolha de dados através dos métodos tradicionais de pesquisa, como no caso do papel e lápis/pesquisas impressas, entrevistas orais, entre outros, estes podem ser demorados e dispendiosos e obrigam a um tempo e a uma localização, o que muitas vezes não garante que os participantes estejam realmente dispostos a participar (Lefever, Dal, & Matthíasdóttir, 2007; Topp & Pawloski, 2002). Muitas vezes, envolve ainda as instituições de visita (trabalho de campo) de forma a que seja garantida uma recolha satisfatória de dados exigindo ainda,

em alguns casos, que o pesquisador tenha acesso/contacto de funcionários e estagiários que o auxiliem no processo de recolha (Lefever et al., 2007).

O método alternativo parecem ser as pesquisas via *Web*, que aparentam apresentar potencial e são utilizadas em todo o mundo para a recolha de grandes quantidades de dados de forma eficiente, económica e num espaço de tempo relativamente curto, tendo-se tornado este método bastante comum para os avaliadores profissionais (Lefever et al., 2007; Topp & Pawloski, 2002). O método de recolha *online* vem deste modo proporcionar variadas e novas oportunidades de aquisição de dados, bem como, alguns novos desafios para o pesquisador (Topp & Pawloski, 2002). Nas pesquisas via *Web*, os participantes podem participar mediante a sua conveniência e optar acerca de onde e quando completar o preenchimento dos dados requeridos. A limitação, por parte dos respondentes, passa pela necessidade de ligação à *Internet*, no entanto, existe maior facilidade no envio das respostas quando comparada, por exemplo, ao envio por correio (Lefever et al., 2007).

No concernente à recolha de dados *online*, existem vários formatos. Os dois mais comuns são a recolha por *e-mail* e as pesquisas com base na *Web*. O primeiro consiste no envio de um *e-mail* ao participante com a pesquisa incorporada, no qual o mesmo seleciona "responder", preenche e por último seleciona "enviar". Seguidamente o investigador transfere os dados brutos para uma base de dados (Granello & Wheaton, 2004). O segundo formato, exige que o instrumento esteja disponível num *Website* e a solicitação para o seu preenchimento *online* é realizado por correio tradicional, via telefónica ou por outros *Websites* (Granello & Wheaton, 2004). No entanto, existem algumas questões importantes que os investigadores devem ter presentes. Por um lado, Carbonaro e Bainbridge (2000) referem que um acesso fácil às pesquisas para os participantes é essencial na recolha de dados *online* (Carbonaro & Bainbridge, 2000). Por outro lado, as pesquisas na *Web* devem ser projetadas de modo a serem concluídas de forma simples, devem ter um sistema integrado de segurança que permita a credibilidade e o anonimato e, por último, deverão exigir o mínimo de habilidades informáticas no seu preenchimento (Lefever et al., 2007).

Ambos os formatos apresentam vantagens e desvantagens (Granello & Wheaton, 2004; Topp & Pawloski, 2002). As vantagens associadas ao formato *online* são relativas a: tempo de resposta reduzido; menor custo; flexibilidade e controlo sobre o formato; aceitação do formato pelo destinatário; possibilidade de obter informações de conjuntos de respostas adicionais; capacidade de aceder a participantes fora do sistema de saúde mental (Granello & Wheaton, 2004); precisão, facilidade e velocidade de entrada de dados (Granello & Wheaton, 2004; Topp & Pawloski, 2002); mistura de tipos de *Media*; *feedbacks* de resultados imediatos; e facilidade de acesso de dados e resultados (Topp & Pawloski, 2002).

Por outro lado, é possível que a recolha de dados por via *online* não seja utilizada devido a uma série de barreiras, desafios e desvantagens que este método acarreta (Granello & Wheaton, 2004; Topp & Pawloski, 2002). Entre as quais: dificuldades em obter uma amostra representativa; taxas reduzidas de respostas; problemas técnicos (Granello & Wheaton, 2004; Lefever et al., 2007); equipamento e *Know-How* (o avaliador deve ter acesso ao equipamento e ao *know-how* técnico para realizar a tarefa), situações e conhecimento dos respondentes (uma vez que o sujeito entrevistado pode não ter conhecimento tecnológico suficiente para completar o instrumento); confiabilidade da recolha de dados *online* (no que refere à propriedade dos dados inseridos, uma vez que numa recolha de papel e lápis o investigador tem certeza de que a pessoa que completa a pesquisa é o proprietário "real" das respostas e o mesmo não acontece na recolha *online*); validade preditiva (dados que as populações respondentes são de forma geral tendenciosas para com aqueles que têm acesso à *Internet*) (Topp & Pawloski, 2002); e amostras de população não-aleatória, tendo a recolha *online* por base uma amostragem de voluntários ao invés de uma amostragem de probabilidade (Lefever et al., 2007).

Relacionado com a confiabilidade dos estudos existe ainda o fator das taxas de resposta. Comley (2000 cit. in Lefever et al., 2007) aponta para a existência de três fatores que influenciam as taxas de respostas em recolhas *online*: o estilo da primeira página da pesquisa, a relação do indivíduo com o *site*/marca e o interesse do indivíduo ou relevância do estudo (Lefever et al., 2007).

Os distintos níveis de controlo, oriundos dos formatos díspares de recolha de informação previamente mencionados, na base de dados constituída possibilitaram uma análise integrada e segmentada, das amostras mediante o formato de recolha elegido. Foram, ainda, realizados testes à homogeneidade da amostra em função do método de recolha dos dados.

3. Caracterização da Amostra

Da amostra inicial, na qual integravam 727 sujeitos, foram excluídos os sujeitos que não fossem estudantes e sujeitos com valores omissos em qualquer um dos itens dos instrumentos utilizados no presente estudo, bem como, com ausência de valores para a pressão arterial sistólica.

Neste sentido, a amostra em análise é constituída por 153 participantes estudantes dos quais 55 (35.9%) são do sexo masculino e 98 (64.1%) do sexo feminino e cuja média de idades é de 22.01 anos ($DP = 4.09$), variando entre um mínimo de 18 e um máximo de 45 anos (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo a idade

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	145	22.01	4.088	18	45

No referente ao nível de escolaridade dos participantes que integram a amostra, como demonstrado na tabela 3, 81 (53.3%) têm até 12 anos de escolaridade, 59 (38.8%) têm formação universitária ao nível da licenciatura/bacharelato e 12 (7.9%) têm formação universitária aos níveis de mestrado ou doutoramento.

Tabela 3 - Caracterização da amostra ao nível da escolaridade

		Frequência	Percentagem
Escolaridade	Até 12 anos	81	53.3
	Formação universitária (Lic./Bach.)	59	38.8
	Formação universitária (Mest./Dout.)	12	7.9

Quanto ao método de recolha de dados, 105 (68.6%) dos participantes realizaram o preenchimento dos dados em situação face-a-face e 48 (31.4%) preencheram *online* (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da amostra relativamente ao método de recolha de dados

		Frequência	Percentagem
Modo de Recolha	Face a face	105	68.6
	Internet	48	31.4

Na caracterização da amostra do estudo considerando os instrumentos utilizados, no que refere aos indicadores de saúde biomédicos em estudo, nomeadamente pressão arterial, ao nível da pressão arterial sistólica, a amostra apresenta uma média de 123.35 ($DP = 12.81$), variando entre um mínimo de 95.00 e um máximo de 157.00. Ao nível da pressão arterial diastólica, os participantes apresentam uma média de 74.33 ($DP = 8.12$), variando entre um mínimo de 50.00 e um máximo de 98.00 (cf. Tabela 5). Segundo as classificações da Fundação Portuguesa de Cardiologia (2017), a média obtida na pressão arterial sistólica da amostra enquadra-se no

grupo pré-hipertensão, enquanto no referente à média obtida na pressão arterial diastólica revelou-se normal, segundo a mesma classificação.

Tabela 5 - Caracterização da amostra ao nível da pressão arterial

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Pressão arterial sistólica	153	123.35	12.81	95.00	157.00
Pressão arterial diastólica	149	74.33	8.12	50.00	98.00

No âmbito da saúde mental e dos sintomas em estudo, no referente à sintomatologia de ansiedade, os participantes apresentam um valor médio de 1.83 ($DP = 0.72$), variando entre um mínimo de 1.00 e um máximo de 4.33. Ao nível da sintomatologia depressiva os indivíduos apresentam uma média de 1.80 ($DP = 0.81$), variando entre um mínimo de 1.00 e um máximo de 4.67 (cf. Tabela 6). Segundo a validação do BSI para a população portuguesa descritos por Canavarro (2007), ao nível da variável depressão, a média das pontuações obtidas na amostra em análise, aproxima-se do valor de ponto de corte estabelecido para as perturbações emocionais ($M = 1.83$, $DP = 1.05$). No referente à média obtida na variável ansiedade, esta revela valores superiores aos estabelecidos como ponto de corte para as perturbações emocionais ($M = 1.75$, $DP = 0.94$) (Canavarro, 1999, 2007).

Tabela 6 - Caracterização da amostra relativamente aos níveis de sintomatologia de ansiedade e de depressão

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
BSI_Depressão	153	1.798	0.813	1.00	4.67
BSI_Ansiedade	153	1.826	0.715	1.00	4.33

Como se denota na tabela 7, no concernente às dimensões da personalidade, a amostra apresenta uma média de 3.31 ($DP = 0.63$) na dimensão extroversão, variando entre um mínimo de 1.50 e um máximo de 4.75. Na dimensão amabilidade, os dados dos participantes apresentam uma média de 3.67 ($DP = 0.45$), variando entre um mínimo de 2.67 e um máximo de 4.78. No que refere à dimensão conscienciosidade, é apresentada uma média de 3.38 ($DP = 0.49$), variando entre um mínimo de 2.00 e um máximo de 4.44. Na dimensão neuroticismo, variando entre um valor mínimo de 1.63 e um valor máximo de 4.88, os participantes apresentam uma média de 3.04 ($DP = 0.60$). E, por fim, na dimensão designada por abertura à experiência, a amostra apresenta uma média de 3.66 ($DP = 0.42$), variando entre um mínimo de 2.70 e um máximo de 4.80 (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Caracterização da amostra segundo os cinco traços da personalidade

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
BFI_Extroversão	153	3.310	0.625	1.50	4.75
BFI_Amabilidade	153	3.665	0.454	2.67	4.78
BFI_Conscienciosidade	153	3.382	0.487	2.00	4.44
BFI_Neuroticismo	153	3.037	0.601	1.63	4.88
BFI_Abertura à Experiência	153	3.655	0.417	2.70	4.80

4. Instrumentos

O protocolo de questionários autoadministrado (cf. Anexo 4) foi constituído por um questionário sociodemográfico, pela versão traduzida e adaptada à população portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (BSI), de forma a recolher a informação referente à sintomatologia de ansiedade e depressiva e, relativamente à variável Personalidade, optou-se pelo *Big Five Inventory* (BFI-44). Instrumentos estes utilizados mediante autorização prévia a pedido da equipa de investigação ou já de livre utilização para fins de investigação. A informação relativa aos indicadores de saúde cardiovascular foi obtida não só através do questionário *online*, mas, também, por meio de recolha presencial através do dispositivo de pressão sanguínea BMG 5610 AEG®, como supracitado.

4.1. Questionário Sociodemográfico

Construído de raiz e adaptado aos objetivos do projeto de investigação, visa obter informações relativas à idade, género sexual, estado marital atual, local de residência, nível de escolaridade, situação profissional, estatuto socioeconómico e orientação sexual.

4.2. BSI - Brief Symptoms Inventory

De forma a recolher a informação referente à sintomatologia de ansiedade e depressiva, optou-se pela versão traduzida e adaptada à população portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (BSI), ou, Inventário de Sintomas Psicopatológicos, desenvolvido originalmente por Derogatis (1982) e adaptado à população portuguesa por Canavarro (1999) (Canavarro, 2007). O propósito do BSI pauta-se pela avaliação de sintomas psicopatológicos na forma de um rastreio rápido. É um questionário de autorresposta composto por 53 itens agrupados em nove dimensões e três Índices Globais que avaliam a gravidade da sintomatologia (Canavarro, 1999, 2007). Cada item

é classificado numa escala de *Likert* de cinco pontos cujas respostas variam desde “Nunca” até “Muitíssimas Vezes”, obtendo-se valores entre 0 e 4. Este instrumento pode ser administrado a indivíduos com idade superior a 13 anos, cujo tempo de preenchimento é de aproximadamente 10 minutos, permitindo avaliar as seguintes dimensões: Somatização, Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide e Psicoticismo.

No que refere à ansiedade fóbica, esta define-se como uma resposta irracional e desproporcionada de medo persistente na presença de um estímulo que poderá originar comportamentos de evitamento (Canavarro, 1999, 2007). Relativamente às obsessões-compulsões, incluem-se cognições, impulsos e comportamentos perante os quais os indivíduos não conseguem resistir, apesar de serem sintomas ego-distónicos e da sua natureza ser indesejada (Canavarro, 1999, 2007). Quanto à ideação paranoide, esta representa a manifestação de um comportamento perturbado no que refere ao funcionamento cognitivo. Esta sintomatologia reflete-se essencialmente sob a forma de pensamentos projetivos, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo de perder autonomia e delírios (Canavarro, 1999, 2007). Por sua vez, o psicoticismo engloba indicadores no âmbito do isolamento, de um estilo de vida esquizóide e de sintomas primários da esquizofrenia, como alucinações e controlo do pensamento (Canavarro, 1999, 2007). Os sintomas de somatização centram-se nas perceções do funcionamento somático que resultam em sensações de mal-estar ao nível dos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro (Canavarro, 2007). No âmbito da hostilidade, são reportados pensamentos, emoções e comportamentos próprios de um estado afetivo negativo da cólera (Canavarro, 2007). No concernente à dimensão sensibilidade interpessoal, esta abrange sentimentos de inadequação pessoal, de inferioridade em especial comparativamente com outras pessoas. As manifestações que caracterizam a sintomatologia referente a esta dimensão são a autodepreciação, a hesitação, desconforto e timidez perante interações sociais (Canavarro, 1999, 2007).

Os itens a considerar no presente estudo são especificamente os referentes às dimensões Ansiedade e Depressão, sendo a dimensão Ansiedade composta por seis itens (1, 12, 19, 38, 45 e 49) que refletem indicadores gerais da ansiedade como o nervosismo, sintomas de perturbações como a ansiedade generalizada e os ataques de pânico, componentes cognitivas que envolvem apreensão e ainda algumas somatizações associadas à ansiedade. Similarmente, a dimensão Depressão constituída pelo mesmo número de itens (9, 16, 17, 18, 35 e 50) e foca-se na sintomatologia da depressão enquanto patologia, integrando sintomas como humor disfórico, perda de energia, ausência de motivação e falta de interesse pela vida (Canavarro, 1999, 2007).

4.3. BFI - 44: Big Five Inventory - version 44

Desenvolvido por John, Donahue, e Kentle (1991), o Big Five Inventory teria como objetivo a criação de um inventário breve que possibilitasse uma avaliação eficiente e flexível dos cinco traços, ou dimensões, da personalidade aquando da ausência de necessidade da realização de uma medição mais diferenciada de facetas individuais (Brito-Costa et al., 2015; John & Srivastava, 1999; Simões, 2016). O BFI-44 é um questionário de autorresposta, constituído por 44 itens representados em frases curtas e de fácil compreensão (Simões, 2016). Este é um instrumento desenvolvido com base nos cinco grandes fatores da personalidade de Costa e McCrae (1987): Abertura à Experiência, Amabilidade, Conscienciosidade, Estabilidade Emocional e Extroversão, estando os itens agrupados de acordo com os mesmos (Brito-Costa et al., 2015). Tais itens, pertencem a cada uma das cinco dimensões sendo que cada dimensão integra 8 a 10 itens (Brito-Costa et al., 2015; John & Srivastava, 1999).

Na versão do instrumento utilizada no presente estudo, a dimensão Extroversão compõe-se por oito itens (item 1, 5, 12, 16, 26, 29, 37 e 42); a Amabilidade por nove itens (item 2, 3, 8, 15, 18, 27, 28, 30 e 40); a Conscienciosidade por nove itens (item 4, 6, 17, 19, 20, 22, 31, 32 e 38); o Neuroticismo por oito itens (item 7, 10, 14, 21, 23, 34, 36 e 41) e, por último, a Abertura à Experiência é constituída por dez itens (item 9, 11, 13, 24, 25, 33, 35, 39, 43 e 44).

Este instrumento caracteriza-se por ser económico e de rápida execução (cerca de 5 minutos), no qual é pedido aos participantes para refletirem acerca da forma como se caracterizam a si mesmos no geral. Compreende uma escala de resposta tipo *Likert* de 1 a 5, correspondendo o 1 a "Discordo totalmente" e o 5 a "Concordo totalmente" (Brito-Costa et al., 2015; Simões, 2016). A Extroversão é representada por escalas de sociabilidade e ambição, a Amabilidade pela simpatia, a Conscienciosidade representa-se pela prudência *versus* impulsividade, o Neuroticismo pelas pontuações baixas no ajustamento e a Abertura à Experiência pela criatividade e pelos interesses (John & Srivastava, 1999).

5. Procedimentos de análise de dados e de resultados

Após o término do processo de recolha de dados, o tratamento e análises dos mesmos foram realizados com recurso ao IBM SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences* - versão 23).

Sob o ponto de vista procedimental, num primeiro momento, realizaram-se as estatísticas descritivas mediante medidas de tendência central, entre as quais, média, moda, mediana, e

medidas de dispersão, como frequências, desvio padrão (Martins, 2011), máximos e mínimos em conformidade com as variáveis em análise.

Seguidamente, calculou-se a consistência interna das escalas utilizadas, por meio do Alfa de Cronbach (α). Na Psicologia e nas Ciências Sociais, por norma, são utilizadas escalas com múltiplos itens que visam avaliar, por exemplo, diferentes dimensões psicológicas. Em muitos dos casos a pontuação total da escala é resultante mediante a combinação de itens, por exemplo, através da soma dos mesmos, sendo os resultados submetidos a uma análise de fiabilidade (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

O índice α faz uma estimativa do quão uniforme é o contributo dos itens para a soma não ponderada do instrumento, variando entre 0 e 1 (Marôco & Garcia-Marques, 2006). A esta propriedade dá-se o nome de consistência interna da escala podendo, desta forma, o α ser interpretado como um coeficiente médio de todas as estimativas da consistência interna que seriam possíveis de obter perante todas as divisões possíveis da escala (Cronbach, 1951 cit. in Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Ainda, devido ao facto de quanto menor é a variabilidade de um dos itens numa amostra de sujeitos, menor é o erro de medida associado, a consistência interna permite também estimar a fiabilidade de um instrumento (Marôco & Garcia-Marques, 2006). Deste modo, quanto menor a soma das variâncias dos itens considerando a variância total dos sujeitos, mais o coeficiente se aproxima do valor máximo, isto é de 1, representando maior consistência e, consequentemente, maior fiabilidade do instrumento (Marôco & Garcia-Marques, 2006). De forma geral, considera-se que um instrumento tem fiabilidade apropriada quando α é de pelo menos .70 (Nunnally, 1978 cit. in Marôco & Garcia-Marques, 2006). No entanto, em alguns dos casos da investigação nas Ciências Sociais, considera-se aceitável um α de .60, desde que os resultados obtidos sejam interpretados com precaução (DeVellis, 1991 cit. in Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Analisaram-se também os pressupostos relativos à distribuição normal sendo que, segundo o Teorema do Limite Central, de forma geral assume-se que para amostras de dimensão superior a 25-30 sujeitos, a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal (Marôco, 2014). Nestes casos, em que a amostra é considerada razoável, segundo este teorema, a média tem distribuição tendencialmente normal mesmo que a variável para a qual se quer calcular a média não tenha (Marôco, 2014).

Neste sentido, seguindo uma abordagem paramétrica, no que refere aos testes de diferenças, recorreu-se ao teste T para Amostras Independentes e à Análise de Variância (ANOVA). O Teste T para Amostras Independentes investiga se as médias da variável dependente nos dois grupos de comparação apresentam diferenças significativas, isto é, o que este teste faz é avaliar,

fundamentado na probabilidade associada ao resultado do teste, se a diferença das médias que é encontrada se deve ao acaso, não sendo neste caso significativas, ou se se devem as diferenças que de facto existem na população à qual pertencem os dois grupos comparados (Martins, 2011). No que refere à ANOVA Unifactorial, esta é utilizada quando se quer comparar três ou mais grupos independentes ao longo de uma variável dependente intervalar. Este teste constitui-se uma extensão do Teste T para Amostras Independentes, o qual apenas permite a comparação de dois grupos independentes (Martins, 2011).

Relativamente aos testes de associação foi utilizado o Coeficiente de correlação de Pearson. Os testes de associação têm como objetivo avaliar se duas ou mais variáveis se relacionam, quantificando a intensidade e a direção da associação entre tais variáveis (Marôco, 2014; Martins, 2011). Esta avaliação é possível uma vez que este grupo de testes dá a possibilidade de averiguar se a variação de uma variável está associada à variação da outra (Martins, 2011). Medidas de associação, também designadas coeficientes de correlação, são muitas das vezes utilizadas de forma incorreta com o intuito de inferir relações causais, no entanto uma correlação mede simplesmente a associação entre variáveis sem implicações de causa-efeito (Marôco, 2014).

O Coeficiente de correlação de Pearson visa medir a intensidade e direção de associações de tipo linear entre variáveis quantitativas. Este coeficiente apresenta-se entre -1 e +1, sendo que quando $r > 0$, as variáveis variam no mesmo sentido e quando $r < 0$ as variáveis variam em sentido oposto. O valor absoluto da correlação indica qual a intensidade da associação (Marôco, 2014).

No sentido de verificar se a relação entre as variáveis era de tipo linear, foram realizados gráficos de dispersão, dado a linearidade ser uma condição necessária para o cálculo do Coeficiente de correlação de Pearson (Marôco, 2014).

A fim de cumprir os objetivos relativos a análises do efeito preditor, recorreu-se ao Modelo de Regressão Linear Simples. Sucintamente, regressão, é um conceito que procura definir um amplo conjunto de técnicas estatísticas utilizadas no sentido de “modelar relações entre variáveis e prever o valor de uma variável dependente (ou de resposta) a partir de um conjunto de variáveis independentes (ou preditoras)” (Marôco, 2014, p. 673). Quando se equaciona apenas uma variável independente, estamos perante o modelo designado por regressão linear simples (Marôco, 2014).

6. Resultados

6.1. Análise de pressupostos - Normalidade

No presente estudo, o pressuposto da normalidade, não foi validado através dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* (cf. Tabela 8), verificando-se a inexistência de uma distribuição normal na maioria das variáveis em estudo. No entanto, de acordo com Kline (1998 cit. in Marôco, 2014), valores absolutos de assimetria entre -3 a 3 e valores absolutos de achatamento/curtose entre -7 a 7 não se apresentam como problemáticos na realização de modelos lineares generalizados (cf. Tabela 9).

Supletivamente, segundo o Teorema do Limite Central, de forma geral, assume-se que para amostras de dimensão superior a 25-30 sujeitos, a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal (Marôco, 2014). Nestes casos, em que a amostra é considerada razoável, segundo este teorema, a média tem distribuição normal mesmo que a variável para a qual se quer calcular a média não tenha (Marôco, 2014). Deste modo, no presente estudo, é possível a relativização de desvios ao pressuposto da normalidade, dada a dimensão da amostra (N=153) e os valores expostos de assimetria e curtose.

Tabela 8 - Testes de normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Pressão arterial sistólica	.087	153	.006	.964	153	,001
BSI_Depressão	.174	153	.000	.853	153	,000
BSI_Ansiedade	.183	153	.000	.853	153	,000
BFI_Extroversão	.067	153	.092	.990	153	,390
BFI_Amabilidade	.109	153	.000	.972	153	,003
BFI_Conscienciosidade	.086	153	.007	.988	153	,199
BFI_Neuroticismo	.076	153	.029	.990	153	,335
BFI_Abertura à Experiência	.089	153	.004	.983	153	,051

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 9 - Análise dos valores de assimetria e curtose

		Estatística	Erro Padrão
Pressão Arterial Sistólica	Assimetria	-0.434	0.196
	Curtose	-0.389	0.39
BSI_Depressão	Assimetria	1.345	0.196
	Curtose	1.632	0.39
BSI_Ansiedade	Assimetria	1.461	0.196

	Curtose	1.961	0.39
BFI_Extroversão	Assimetria	-0.179	0.196
	Curtose	0.034	0.39
BFI_Amabilidade	Assimetria	-0.244	0.196
	Curtose	-0.257	0.39
BFI_Conscienciosidade	Assimetria	-0.239	0.196
	Curtose	-0.115	0.39
BFI_Neuroticismo	Assimetria	0.182	0.196
	Curtose	0.126	0.39
BFI_Abertura à Experiência	Assimetria	-0.021	0.196
	Curtose	-0.486	0.39

6.2. Análise de pressupostos - Fiabilidade

No sentido de averiguar a fiabilidade das escalas utilizadas em estudo, previamente desenvolvidas e validadas em contexto português, procedeu-se à análise da consistência interna através do alfa de *Cronbach* (α).

De forma geral, considera-se que um instrumento tem fiabilidade apropriada quando α é de, pelo menos .70 (Nunnally, 1978 cit in Marôco & Garcia-Marques, 2006). No entanto, em alguns dos casos da investigação nas Ciências Sociais, considera-se aceitável um α de .60, desde que os resultados obtidos sejam interpretados com precaução (DeVellis, 1991 cit. in Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Como constatado na tabela 10, relativamente às escalas utilizadas, no que refere ao BSI, para um N = 153 e um total de 53 itens, foi obtido um α de .971, valor considerado bom para a dimensão. Na escala BFI, para um n=153 e um total de 44 itens, obteve-se um α de .662, valor considerado como aceitável, uma vez que o presente estudo se enquadra numa investigação na área das Ciências Sociais e Humanas.

Tabela 10 - Valores do alfa de Cronbach do BSI e do BFI

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
BSI	.971	53
BFI	.662	44

6.3. Análise de pressupostos - Linearidade

No sentido de verificar se a relação entre as variáveis era de tipo linear, foram realizados gráficos de dispersão e curvas de estimação (cf. Anexo 3), dado a linearidade ser uma condição necessária para o cálculo do Coeficiente de correlação de Pearson (Marôco, 2014). Mediante o pressuposto da linearidade e devido à relação não linear entre algumas das variáveis (cf. Figura 1 e Anexo 3), houve a necessidade de suprimir algumas das hipóteses formuladas e até alguns dos objetivos iniciais do presente estudo, como são os casos das análises do grau de associação da variável pressão arterial sistólica com outras variáveis e as análises relativas aos efeitos preditores da sintomatologia de ansiedade e depressiva ao nível da pressão arterial sistólica.

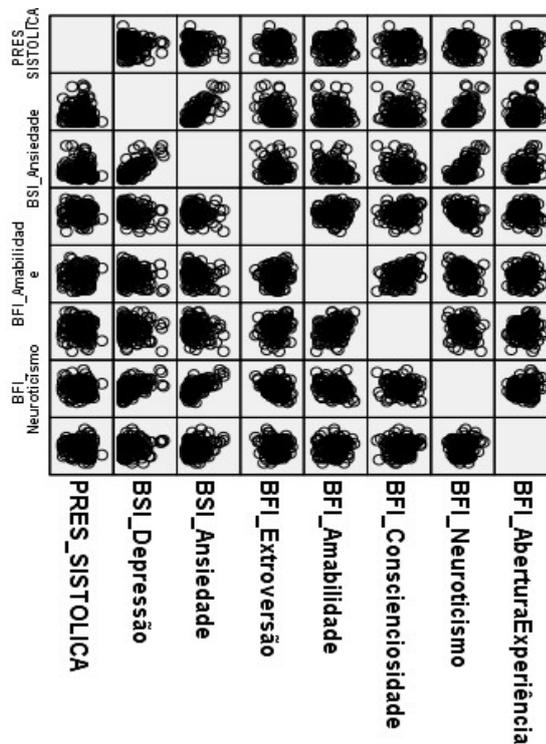


Figura 1 - Análise do pressuposto da linearidade

6.4. Teste de hipóteses: objetivos descritivos

A partir dos resultados respetivos aos testes de diferenças, nomeadamente ao teste T para Amostras Independentes e à ANOVA, que seguidamente se apresentam, pretendeu-se descrever e comparar diferenças na pressão arterial sistólica, sintomas de ansiedade e sintomas de depressão em subgrupos da amostra, em função de variáveis sociodemográficas, bem como, do modo de recolha de dados. Os resultados apresentar-se-ão organizados, estruturalmente, através das hipóteses de investigação formuladas.

H1: A pressão arterial sistólica nos homens é mais elevada que a pressão arterial sistólica nas mulheres.

A pressão arterial sistólica dos homens ($M=130.27\text{mmHg}$) é significativamente maior do que a das mulheres ($M=119.46\text{mmHg}$), [$t(138.94)=5.92$, $p<.001$]. Rejeita-se assim H_0 , que hipotetizava a não existência de diferença na Pressão Arterial Sistólica entre homens e mulheres (cf. Tabelas 11 e 12).

Tabela 11 - Variável pressão arterial sistólica em função da variável sexo

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão
Pressão Arterial sistólica	Homem	55	130.272	9.561
	Mulher	98	119.459	12.792

Tabela 12 - Teste de diferenças da pressão arterial sistólica em função da variável sexo

	t	gl	Sig. (bilateral)
Pressão Arterial sistólica	5.924	138.936	.000

H_2 : As mulheres apresentam pontuações mais elevadas na variável ansiedade do que os homens.

Neste caso, como verificado nas tabelas 13 e 14, não se rejeita H_0 , relativa a não haver diferenças na variável ansiedade entre homens e mulheres uma vez que, apesar das mulheres ($M=1.89$) apresentarem pontuações mais elevadas na variável ansiedade do que os homens ($M=1.71$), tais diferenças não se revelaram significativas [$t(146.06)=-1.65$, $p=.099$].

Tabela 13 - Variável ansiedade em função da variável sexo

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão
BSI_Ansiedade	Homem	55	1.712	0.534
	Mulher	98	1.891	0.795

Tabela 14 - Teste de diferenças da variável ansiedade em função da variável sexo

	t	Gl	Sig. (bilateral)
BSI_Ansiedade	-1.659	146.059	.099

H3: As mulheres apresentam pontuações mais elevadas na variável depressão do que os homens.

Apesar das mulheres ($M=1.86$) apresentarem pontuações mais elevadas na variável ansiedade do que os homens ($M=1.68$), as diferenças não são significativas [$t(151)=-1.30$, $p=.196$]. Deste modo, não se rejeita H_0 de não haver diferenças na variável ansiedade entre homens e mulheres (cf. Tabelas 15 e 16).

Tabela 15 - Variável depressão em função da variável sexo

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão
BSI_Depressão	Homem	55	1.684	0.664
	Mulher	98	1.862	0.882

Tabela 16 - Teste de diferenças da variável depressão em função da variável sexo

	t	Gl	Sig. (bilateral)
BSI_Depressão	-1.298	151	.196

H4: Existem diferenças nos níveis pressão arterial sistólica em função da variável escolaridade.

Foi encontrado efeito principal da escolaridade sobre a pressão arterial sistólica, $F(2,149)=7.72$, $p=.001$, como é possível verificar na tabela 18, existindo diferenças significativas ao nível da pressão arterial sistólica entre estudantes até 12 anos de escolaridade ($M=127.10$) e estudantes com formação universitária correspondente a Licenciatura/Bacharelato ($M=119.24$), $p=.001$. No entanto, no que refere às restantes comparações, não foram encontradas diferenças significativas ao nível da pressão arterial sistólica. Rejeita-se H_0 , que estabelecia a hipótese

de não existência de diferenças significativas nos níveis de pressão arterial sistólica em função da escolaridade (cf. Tabela 17 e Figura 2).

Tabela 17 - Variável pressão arterial sistólica em função da variável escolaridade

		N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Pressão arterial sistólica	Até 12 anos	81	127.098	12.027	96.00	157.00
	Formação universitária (Lic./Bach.)	59	119.237	12.659	95.00	142.00
	Formação universitária (Mest./Dout.)	12	119.416	11.812	96.00	136.00
	Total	152	123.440	12.795	95.00	157.00

Tabela 18 - Teste de diferenças da variável pressão arterial sistólica em função da variável escolaridade

Pressão arterial sistólica					
	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Entre Grupos	2320.663	2	1160.331	7.717	.001
Nos grupos	22402.805	149	150.354		
Total	24723.467	151			

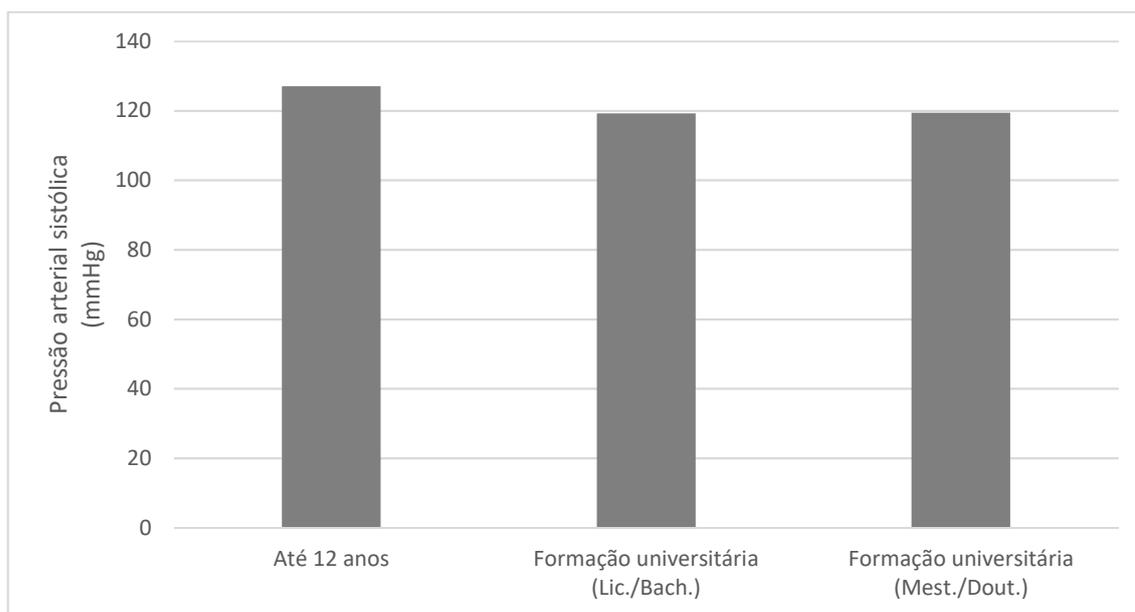


Figura 2 - Pressão arterial sistólica (mmHg) em função da variável escolaridade

H5: Existem diferenças na variável ansiedade em função da variável escolaridade.

No que refere à presente hipótese, não foi encontrado efeito principal da escolaridade sobre a variável ansiedade, $F(2,149)=0.74$, $p=.480$ (cf. Tabela 19), não se verificando a existência de diferenças significativas nos sintomas de ansiedade em função da escolaridade. Neste sentido, não se rejeita H_0 de que não existem diferenças na variável ansiedade em função da escolaridade.

Tabela 19 - Teste de diferenças da variável ansiedade em função da variável escolaridade

	BSI_Ansiedade				
	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Entre Grupos	0.760	2	.380	0.739	.480
Nos grupos	76.683	149	.515		
Total	77.444	151			

H6: Existem diferenças nos níveis de sintomas de depressão em função da escolaridade.

Não se rejeita H_0 de que não existem diferenças na variável depressão em função da escolaridade dado não ter sido encontrado efeito principal da escolaridade sobre a variável

depressão, $F(2,149)=2.81$, $p=.063$ (cf. Tabela 20), revelando que não existem diferenças estatisticamente significativas nos sintomas de depressão em função da escolaridade.

Tabela 20 - Teste de diferenças da variável depressão em função da variável escolaridade

BSI_Depressão					
	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Entre Grupos	3.630	2	1.815	2.809	.063
Nos grupos	96.265	149	0.646		
Total	99.895	151			

H7: Existem diferenças nos níveis de pressão arterial sistólica em função do modo de recolha de dados.

O modo de recolha de dados face a face ($M=125.30$) apresenta valores significativamente superiores de pressão arterial sistólica do que no modo de recolha por *Internet* ($M=119.06$), [$t(151)=2.86$, $p=.005$]. Deste modo, rejeitamos H_0 de que não existem diferenças nos valores da pressão arterial sistólica em função do modo de recolha (cf. Tabelas 21 e 22).

Tabela 21 - Pressão arterial sistólica em função do modo de recolha de dados

Modo de Recolha		N	Média	Desvio Padrão
Pressão arterial sistólica	Face a face	105	125.304	12.540
	Internet	48	119.062	12.456

Tabela 22 - Teste de diferenças da pressão arterial sistólica em função do modo de recolha de dados

	t	gl	Sig. (bilateral)
Pressão arterial sistólica	2.863	151	.005

6.5. Teste de hipóteses: objetivos correlacionais

Os resultados apresentados de seguida são referentes aos objetivos da análise do grau de associação entre neuroticismo, sintomas de ansiedade e sintomas de depressão em participantes estudantes, bem como, do objetivo que visava determinar o efeito preditor do neuroticismo nas variáveis relativas aos sintomas de ansiedade e de depressão. As análises correlacionais relativas aos objetivos que compreendiam a variável pressão arterial sistólica não constam dos resultados apresentados por motivos de não cumprimento do pressuposto da linearidade, tendo esta variável sido considerada, em particular, na descrição da amostra. Para determinar a magnitude das correlações obtidas, consideraram-se os valores determinados por Cohen (1988), segundo o qual se assume que uma correlação tem um pequeno efeito de magnitude quando $r=.10$, efeito moderado a partir de $r=.30$ e grande efeito a partir de $r=.50$ (Cohen, 1988).

H8: Existe associação positiva entre a variável ansiedade e a variável depressão.

A variável ansiedade está positivamente correlacionada com a variável depressão com uma magnitude elevada, $r=.773$, $p<.01$ (cf. Tabela 27). Assim, maior sintomatologia de ansiedade está associada a maior sintomatologia depressiva e vice-versa.

Tabela 23 - Correlação entre as variáveis ansiedade e depressão

		BSI_Ansiedade
	Correlação de Pearson	.773**
BSI_Depressão	Sig. (bilateral)	.000
	N	153

** . A correlação é significativa no nível .01 (bilateral).

H9: Existe associação positiva entre a variável ansiedade e a variável neuroticismo.

No que refere ao grau de associação entre as variáveis ansiedade e neuroticismo, estes estão positivamente correlacionados apresentando uma correlação de elevada magnitude, $r=.639$, $p<.01$ (cf. Tabela 28). Tal implica que quanto maior a sintomatologia de ansiedade maior o neuroticismo e vice-versa.

Tabela 24 - Correlação entre as variáveis ansiedade e neuroticismo

		BFI_Neuroticismo
BSI_Ansiedade	Correlação de Pearson	.639**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	153

** . A correlação é significativa no nível .01 (bilateral).

H10: Existe associação positiva entre a variável depressão e a variável neuroticismo.

Os sintomas depressivos estão positivamente correlacionados com o neuroticismo, com magnitude elevada $r=.530$, $p<.01$ (cf. Tabela 29). Esta associação é indicativa que maior sintomatologia depressiva está associada a maior neuroticismo e vice-versa.

Tabela 25 - Correlação entre as variáveis depressão e neuroticismo

		BSI_Depressão
BFI_Neuroticismo	Correlação de Pearson	.530**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	153

** . A correlação é significativa no nível .01 (bilateral).

H11: Existe um efeito preditor da variável neuroticismo na variável ansiedade.

A Regressão Linear Simples realizada sugere que a variável neuroticismo prevê aproximadamente 41% da variação da variável ansiedade [$F(1,151)=104.210$, $p<.001$; $r^2=.408$]. Neste sentido, a variável ansiedade é predita pelo produto da variável neuroticismo com valor 0.761 somada a -0.485, de acordo com a equação: $ansiedade = 0.761 \times neuroticismo - 0.485$ (1). Rejeita-se H0, que hipotetizava que não existia efeito preditor da variável neuroticismo na variável ansiedade (cf. Tabelas 30 e 31).

Tabela 26 - Qualidade do ajuste do modelo preditor da variável neuroticismo sobre a variável ansiedade

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	.639 ^a	.408	.404	.55242

a. Preditores: (Constante), BFI_Neuroticismo

Tabela 27 - Efeito preditor da variável neuroticismo sobre a variável ansiedade com os parâmetros Beta que conduz à equação (1)

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95.0% Intervalo de Confiança para B	
	B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
(Constante)	-0.485	0.231		-2.101	.037	-0.941	-0.029
BFI_Neuroticismo	0.761	0.075	0.639	10.208	.000	0.614	0.908

a. Variável Dependente: BSI_Ansiedade

H12: Existe um efeito preditor da variável neuroticismo na variável depressão.

A Regressão Linear Simples realizada sugere que a variável neuroticismo prevê aproximadamente 28% da variação da variável depressão [$F(1,151)=58.937$, $p<.001$; $r^2=.281$], de acordo com a equação $depressão = 0.717 \times neuroticismo - 0.379$ (2), segundo a qual a variável depressão é predita pelo produto da variável neuroticismo com valor 0.717 somada a -0.379. Rejeita-se H0 de que não existe efeito preditor da variável neuroticismo na variável depressão (cf. Tabelas 32 e 33).

Tabela 28 - Qualidade do ajuste do modelo preditor da variável neuroticismo sobre a variável depressão

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	.530 ^a	.281	.276	.69202

a. Preditores: (Constante), BFI_Neuroticismo

Tabela 29 - Efeito preditor da variável neuroticismo sobre a variável depressão com os parâmetros Beta que conduz à equação (2)

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B	
	B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
(Constante)	-0.379	0.289		-1.312	.192	-0.951	0.192
BFI_Neuroticismo	0.717	0.093	0.530	7.677	.000	0.532	0.901

a. Variável Dependente: BSI_Depressão

7. Discussão

Considerando os objetivos orientadores do presente estudo, assim como, resultados obtidos prossegue-se agora à sua análise e discussão, mantendo uma estrutura organizativa desenvolvida tendo por base as hipóteses estabelecidas, dividindo-se, tal como na apresentação dos resultados, em objetivos descritivos e objetivos correlacionais.

7.1. Objetivos descritivos

Ao nível dos objetivos descritivos, os resultados sugerem a existência de diferenças significativas na pressão arterial sistólica em função do sexo, sendo esta variável mais elevada nos homens comparativamente às mulheres (H1).

São diversificados os autores na literatura a referir que a pressão arterial é uma variável contínua que aumenta progressivamente com a idade (Fonseca, Coelho, Nicolato, Malloy-Diniz, & Da Silva Filho, 2009; Lolio, 1990) existindo uma tendência para que, em especial a pressão arterial sistólica se estabilize nos grupos etários mais velhos sendo, nestes grupos, mais elevada nas mulheres do que nos homens (Lolio, 1990; Wolf, 2012). Por sua vez, nos grupos etários mais jovens, como é o caso da maioria dos participantes da amostra em estudo, os autores referem que se verifica pressão arterial sistólica superior nos homens (Lolio, 1990; Wolf, 2012). Os resultados encontrados são congruentes com a maioria dos estudos nos quais foi medida pressão arterial, como nos resultados da OMS para Portugal em 2008, na revisão sistemática realizada por Pereira (2012 cit. in Uva, Victorino, Roquette, Machado, & Matias Dias, 2014) e no estudo de Branco et al. (2011 cit. in Uva et al., 2014), que referem que a prevalência de hipertensão arterial em Portugal aponta para um valor de 43% da população, revelando-se, ao nível da incidência, inferior nas mulheres (Polónia, Ramalhinhos, Martins, & Saavedra, 2006; Soares, 2005; Uva et al., 2014; WHO, 2010).

No que concerne às diferenças encontradas nas dimensões da depressão e da ansiedade em função do sexo, apesar de não serem significativas e, portanto, não passíveis de interpretação, ainda assim foi possível verificar que as mulheres apresentaram pontuações mais elevadas em comparação aos homens em ambas as dimensões (H2 e H3).

A revisão da literatura indica a existência de diferenças acentuadas consoante o grupo etário e o género, sendo que, no que concerne às perturbações depressivas, indivíduos do sexo feminino tendem a apresentar índices de prevalência de 1.5 a 3 vezes superior comparativamente ao sexo masculino (APA, 2014; Fleck et al., 2009; Gonçalves & Fagulha, 2004). No âmbito de estudos com estudantes do Ensino Superior, o estudo de Pereira (2013), demonstrou também nos seus resultados que participantes do sexo feminino indicaram maior sintomatologia depressiva (Pereira, 2013) a par do estudo realizado por Pessoa (2010), na Universidade da Beira Interior, que evidenciou pontuações mais elevadas nas mulheres, em todas as dimensões

do BSI, inclusive nas dimensões relativas à depressão ($M=1.00$, $DP=0.71$) e à ansiedade ($M=1.03$, $DP=0.66$) obtendo diferenças significativas ($p<.001$) em ambas as dimensões comparativamente aos homens. No entanto Brites (2014), num estudo relativo à exploração da personalidade, dos sintomas psicopatológicos e à sua relação com variáveis sociodemográficas, os resultados indicaram que na análise da comparação entre sexos, no que se refere à dimensão ansiedade, foram os homens ($M=1.00$, $DP=0.88$) que obtiveram pontuações superiores em relação às mulheres ($M=0.77$, $DP=0.66$), contudo, as diferenças não se verificaram significativas ($p=0.166$), acontecendo o mesmo na dimensão depressão, onde os homens ($M=1.28$, $DP=1.08$) obtiveram também pontuações superiores comparativamente às mulheres ($M=0.87$, $DP=0.79$) mas as diferenças também não foram significativas ($p=0.095$) (Brites, 2014).

No que refere às diferenças nos níveis da pressão arterial sistólica em função da escolaridade, estas revelaram-se significativas principalmente entre estudantes com até 12 anos de escolaridade e estudantes com formação universitária ao nível da Licenciatura/Bacharelato (H4).

Relativamente a estes resultados, há a referir que a literatura evidencia uma elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular nos estudantes universitários, em especial, fatores de risco comportamentais (Silva et al., 2017). Apesar da média dos valores normativos da pressão arterial num adulto jovem ser de 120/80mmHg (Fonseca, Coelho, Nicolato, Malloy-Diniz, & Da Silva Filho, 2009; Giles, Materson, Cohn, & Kostis, 2009) torna-se necessário manter presente o facto da existência de determinados fatores que podem exercer influência nesses valores, tais como a idade, peso, exercício, emoções, stress e ritmos diurnos (Fonseca, Coelho, Nicolato, Malloy-Diniz, & Da Silva Filho, 2009; O'Brien, 2007 cit. in Pegram & Bloomfield, 2013). Os comportamentos de risco adotados pelos estudantes podem estar associados aos sintomas de ansiedade e depressão cuja correlação, segundo Reynoso-Erazo (2015), está associada a um incremento destes comportamentos, bem como, ao consumo de substâncias.

Uma vez que os resultados mais elevados se verificaram em estudantes com até 12 anos de escolaridade completos que podem estar a frequentar o(s) primeiro(s) ano(s) do Ensino Superior, outra justificação que poderá pesar nos resultados obtidos pauta-se por fatores inerentes ao processo de entrada neste grau de ensino, tais como, por um lado, o afastamento da família nuclear, para muitos, pela primeira vez; a adaptação a nova cidade e um recomeço de novas relações sociais e, por outro lado, a adaptação a novas exigências académicas que poderão implicar um acréscimo de responsabilidades, bem como, a alterações nos padrões de sono. Fatores estes, passíveis de potenciar níveis de stress e emoções e de, conseqüentemente, exercer influência ao nível da pressão arterial.

No concernente às diferenças existentes nos sintomas de ansiedade e depressivos em função da escolaridade, estas não se revelaram significativas no presente estudo (H5 e H6).

Foi escassa a literatura encontrada que justifique estes resultados, no entanto, o estudo de Pessoa (2010), comparou diferentes anos escolares da Universidade da Beira Interior no qual foram os alunos do 1.º ano que obtiveram pontuações menos favoráveis ao nível da sintomatologia psicopatológica, entre a qual sintomas de ansiedade ($M=0.96$, $DP=0.72$) e de depressão ($M=0.99$, $DP=0.80$), comparativamente aos anos posteriores (Pessoa, 2010).

Tal inexistência de diferenças significativas poderá dever-se ao facto de não ter sido realizada uma discriminação por anos escolares.

Relativamente às diferenças significativas encontradas nos níveis de pressão arterial sistólica em função do modo de recolha de dados (H7), não foi encontrada fundamentação bibliográfica que sustente os resultados. O modo de recolha face a face apresentou valores significativamente superiores de pressão arterial sistólica do que no modo de recolha por *Internet*. Uma hipótese justificativa poderá ser o facto de não ter sido prevista recolha de informação acerca de quais as condições de recolha e de quais os procedimentos e instrumentos de medição, enquanto no modo de recolha face a face, as medições eram realizadas por um técnico de saúde (enfermeiro/a) mediante a utilização de um instrumento determinado para o efeito e calibrado de acordo com as medidas padrão da OMS. Outros motivos poderão ser a presença de fenómenos de resposta associados a um efeito desencadeado pelo técnico de saúde que recolheu os dados na recolha presencial ou a integração de outros procedimentos que pudessem levar a um aumento da resposta simpática, como por exemplo, um eventual nervosismo por parte dos participantes na recolha presencial poderá ter determinado um incremento nos valores da pressão arterial sistólica e, conseqüentemente, ter levado às diferenças significativas existentes.

7.2. Objetivos correlacionais

No âmbito dos objetivos correlacionais, na primeira hipótese testada, os resultados sugerem que os sintomas de ansiedade estão positivamente correlacionados com os sintomas depressivos (H8). Resultados estes corroborados na revisão da literatura. Levine, Cole, Roy Chengappa, e Gershon (2001) referem que a ansiedade e a depressão aparentam estar altamente correlacionados (Levine, Cole, Roy Chengappa, & Gershon, 2001). Em algumas amostras clínicas a comorbilidade diagnóstica apresenta uma taxa de até 75% (Garber et al., 2016).

Neste sentido, os resultados obtidos poderão dever-se à elevada comorbilidade entre estas duas dimensões. Segundo Garber et al. (2016), esta comorbilidade pode ocorrer quer em simultâneo quer de forma sequencial, sendo evidente a sua extensão através das elevadas correlações entre as medidas dimensionais de sintomas ansiosos e depressivos (Garber et al., 2016).

É ampla a literatura que manifesta consensualidade acerca da existência de comorbilidade entre os sintomas de ansiedade e sintomas depressão, e que evidenciam que compartilham e comungam diversos processos etiológicos (APA, 2014; Garber et al., 2016; Gorman, 1996).

Importa considerar autores como Gorman (1996) ou, mais recentemente, Garber et al. (2016) que referem que tanto a ansiedade como a depressão interferem nas relações interpessoais e no desempenho acadêmico e estão associadas a um aumento de perturbações de abuso de substâncias, comportamentos de risco, suicídio e saúde física diminuída, uma vez que tais associações podem estar a exercer influência nas diferenças encontradas na pressão arterial sistólica em função da escolaridade (H4) anteriormente mencionada. Estudantes que têm até 12 anos de escolaridade, poderão estar a frequentar os primeiros anos do ensino superior e, por tal, poderão ser mais suscetíveis a apresentar comportamentos de risco, como o consumo tabágico e alcoólico diferenciando-se significativamente dos alunos que já têm uma escolaridade ao nível de licenciatura, possivelmente a frequentar o mestrado.

Segundo Gorman (1996), pacientes com depressão e ansiedade simultâneas, manifestam sintomas de maior gravidade, pior prognóstico e inferior resposta ao tratamento do que pacientes que apresentam apenas uma das duas perturbações. Em parte, devido ao desencadear de outros sintomas como sensibilidade à crítica, sentimentos de rejeição, disforia, perturbações do sono e do apetite, fadiga e irritabilidade (Gorman, 1996).

No referente aos resultados obtidos relativos à correlação positiva existente entre sintomas de ansiedade e neuroticismo (H9), estes são corroborados pela revisão bibliográfica da literatura. Como é o caso do estudo transversal realizado por Shi, Liu, Wang, e Wang (2015), cujos resultados indicaram de igual forma uma associação positiva entre o neuroticismo e a ansiedade, numa amostra de estudantes ou na pesquisa realizada por Júnior, Lima, Tenório, Lopes e Fermoseli (2016), também com estudantes na qual os resultados evidenciaram que, dos traços apresentados pela amostra, foi o neuroticismo o que se correlacionou de forma mais significativa com níveis graves de ansiedade (Júnior et al., 2016; Shi et al., 2015).

No presente estudo, os resultados revelaram que os sintomas depressivos também se correlacionaram positivamente com o neuroticismo (H10). Este resultado é congruente com o estudo realizado por Karreman, Van Assen e Bekker (2013) no qual um dos resultados obtidos evidenciou que indivíduos com pontuação superior na dimensão neuroticismo, experienciaram maioritariamente um nível mais elevado de sintomas depressivos (Karreman et al., 2013).

No que remete para os principais resultados obtidos pelos autores Salles, Lopes, Loose e Freitas (2017), numa amostra de 182 estudantes, este sustenta os resultados obtidos nas duas hipóteses prévias (H9 e H10) uma vez que se verificou a existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa do neuroticismo com o stress ($p < .001$) com a ansiedade ($p < .001$)

e com a depressão ($p=.004$) (Salles et al., 2017). E ainda o estudo de Pereira-Morales, Adan e Forero (2017) cujos resultados evidenciaram uma correlação positiva significativa dos sintomas de ansiedade e depressivos com o neuroticismo.

As hipóteses H11 e H12, tinham como intuito a análise do papel preditor do neuroticismo nas variáveis ansiedade e depressão. No que remete à ansiedade, os resultados indicaram que o neuroticismo exerceu uma influência de aproximadamente 41% da variação da variável ansiedade. No referente à depressão, os resultados sugerem a existência de uma influência por parte do neuroticismo em aproximadamente 28%. Resultados similares foram constatados em outros estudos, como o de Pereira-Morales, Adan e Forero (2017), que se constituía por uma amostra subdividida em dois grupos (o primeiro com os sujeitos que não pontuaram alto nas escalas relativas à mensuração de sintomas depressivos e o segundo com os sujeitos que obtiveram pontuações elevadas nas escalas de sintomatologia depressiva), cujos resultados sugeriram que o neuroticismo se revelou como um preditor significativo de sintomas depressivos no grupo de sujeitos que apresentava sintomas depressivos, a par que ao nível da sintomatologia de ansiedade, o neuroticismo foi um preditor significativo em ambos os grupos constituídos (Pereira-Morales et al., 2017). Estes resultados podem sustentar-se nas características da dimensão neuroticismo segundo o Modelo *Big Five* mediante o qual esta dimensão representa a tendência que um indivíduo tem em perceber a realidade como ameaçadora, para se sentir sob stress, para encarar e vivenciar como negativos o mundo e a si próprio, levando ainda a experienciar emoções negativas, baixa autoestima, pessimismo, nervosismo, preocupação, bem como, a sentir-se sensível e temperamental (Ahmetoglu & Chamorro-Premuzic, 2013; Palma, 2012; Rolland, 2002).

IV - Considerações Finais

Foi propósito do presente estudo contribuir para uma maior clareza relativamente à dinâmica existente entre indicadores biofisiológicos, personalidade e indicadores de saúde mental numa amostra de estudantes. Em resposta ao objetivo proposto, foram realizadas análises de diferenças e associações entre variáveis sociodemográficas (como sexo e escolaridade), modo de recolha de dados, pressão arterial sistólica, personalidade, sintomas de ansiedade e depressão.

No que se refere à variável pressão arterial sistólica, a caracterização da amostra revelou médias um pouco superiores às inicialmente esperadas, enquadradas no intervalo respetivo à pré-hipertensão, segundo a classificação da pressão arterial estabelecida pela Fundação Portuguesa Cardiologia (2017). Ao nível dos objetivos descritivos determinados, foi possível verificar a existência de diferenças significativas em função da variável sexo, sendo o sexo masculino a evidenciar níveis pressóricos superiores comparativamente ao sexo feminino, corroborando o que a literatura nacional tem vindo a demonstrar no que concerne à faixa etária mais jovem. Também, estudantes com 12 anos de escolaridade concluídos, possivelmente a frequentar uma licenciatura, emergiu como condição propensa a valores mais elevados de pressão arterial sistólica. Neste sentido, a investigação tem encontrado dados semelhantes e tecido considerações acerca da existência de fatores de *stress* e/ou a presença de comportamentos de riscos nesta população, motivo este que poderá ser considerado como justificativo dos resultados obtidos, além das características genéticas inerentes a cada indivíduo.

No âmbito das variáveis ansiedade e depressão, aquando da caracterização da população em estudo, os resultados das médias obtidas, quando comparados com a validação do BSI para a população portuguesa, enquadraram-se dentro dos desvios padrão estabelecidos para as perturbações emocionais, revelando a presença de sintomatologia de ansiedade e de depressão elevadas. Na análise destes valores e mediante a amostra em questão, revela-se importante uma análise cuidadosa destes resultados e considerar o momento em que foi feita a recolha dos dados, uma vez que diferentes períodos de um ano académico podem levar à obtenção de diferentes resultados. Importa também considerar que pessoas saudáveis tendem a experienciar, por vezes, emoções como raiva ou o medo, ou períodos de ansiedade (nervosismo, tensão, insegurança) e/ou tristeza (dificuldades no âmbito do sono, diminuição do apetite), contudo e, numa resposta natural a esses períodos, possuem resiliência suficiente para o reequilíbrio do seu estado normal.

Ainda assim, pode-se equacionar que a amostra em estudo denotou um risco acrescido quando comparada com a população geral, no que remete para os níveis de ansiedade e depressão,

podendo tal ser indicador de maiores desafios quer ao nível das relações interpessoais, quer ao nível do próprio desempenho académico. Também, valores elevados de ansiedade e depressão estão frequentemente associados a comportamentos de risco, que por sua vez são suscetíveis de influenciar a pressão arterial sistólica e representar fatores de risco para o desenvolvimento de doenças coronárias.

No que concerne aos objetivos correlacionais os principais resultados sugerem que os sintomas de ansiedade estão significativamente e positivamente correlacionados com os sintomas depressivos. Neste âmbito, frequentemente, a literatura tem referido a comorbilidade entre a ansiedade e a depressão, apresentando resultados similares aos obtidos.

No que remete para a variável neuroticismo, foi possível apurar que a ansiedade e a depressão se encontram correlacionados de forma positiva e significativa com o neuroticismo e, no aprofundamento desta questão, foram obtidos resultados que indiciam o neuroticismo como preditor em cerca de 41% da ansiedade e aproximadamente 28% da depressão.

Outra parte diferenciadora deste trabalho, foi o debruçar-se sobre o modo de recolha dos dados, numa época em que cada vez mais se recorre a metodologias de recolha de dados que se afastam da tradicional recolha em papel e sobretudo, se aposta na recolha *online* usufruindo da proximidade que a tecnologia permite. Existe ainda pouca literatura relativamente ao impacto deste tema nas investigações realizadas. Os resultados do presente estudo indicaram diferenças significativas entre os métodos de recolha presencial e online, nomeadamente, valores significativamente superiores de pressão arterial sistólica na recolha face a face comparativamente ao modo de recolha por *Internet*. Por tal, poderá ser uma mais valia que estudos semelhantes, mas mais aprofundados, se repitam de forma a contribuírem para o esclarecimento de vantagens, desvantagens e diferenças entre as metodologias, bem como, as implicações de ambas.

Apesar do trabalho realizado em prol dos contributos ambicionados, o presente estudo, similarmente a outros, apresentou as suas limitações. Um dos constrangimentos encontrados diz respeito ao incumprimento de alguns dos pressupostos estatísticos que consequentemente levaram à impossibilidade de concretização de alguns dos objetivos inicialmente determinados, nomeadamente no que refere à variável pressão arterial e às restantes dimensões da personalidade que, consequentemente, não foram contempladas nos objetivos correlacionais mais específicos.

Outra das limitações remetem para o facto de ser um estudo transversal implicando que a recolha dos indicadores biofisiológicos fosse realizada num único momento. Este fator implicou, ao nível da variável pressão arterial sistólica, a impossibilidade de determinar a classificação dos sujeitos como normotensos ou hipertensos.

Ainda, devido a uma recolha de dados através de um método misto (presencial e *online*) e aos dados presenciais recolhidos por conveniência, podem levar constrangimentos ao nível da generalização dos resultados obtidos. Por outro lado, importa considerar que todos os questionários de autorrelato não são isentos à suscetibilidade dos efeitos da desejabilidade social.

Perante as limitações apresentadas, seria pertinente a realização de estudos futuros que permitissem explorar os objetivos não alcançados, em particular, a relação da pressão arterial com sintomas de ansiedade e de depressão, bem como, com todas as dimensões do Modelo dos Cinco Fatores da personalidade. Também poderia ser significativo estudar os efeitos preditores entre estas variáveis, em particular, no que se refere à pressão arterial.

Seria ainda pertinente a realização de estudos cuja recolha de indicadores biofisiológicos fosse realizada em mais do que um momento, bem como, estudos que considerassem outros indicadores biofisiológicos além da pressão arterial, na relação com a personalidade, sintomatologia depressiva e de ansiedade.

Por fim, referir que com a realização deste trabalho, foi dado um contributo no sentido de consolidar o conhecimento acerca da relação entre indicadores biofisiológicos e indicadores de saúde mental. Os resultados e considerações nele contidos poderão contribuir para o exercício da Psicologia Clínica e da Saúde no âmbito da prevenção e intervenção em comportamentos salutar e, por outro lado, para uma melhor caracterização de especificidades da população estudante.

V - Bibliografia

- Afonso, P. (2004). *Será Depressão ou Simplesmente Tristeza...?* (1.^a ed.). Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- Ahmetoglu, G., & Chamorro-Premuzic, T. (2013). *Personality 101*. (J. C. Kaufman, Ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 28(2), 127-131.
[https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1)
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais - DSM-5*. (American Psychiatric Association, Ed.) (5.^a edição). Lisboa: Climpesi.
<https://doi.org/1011769780890425596>
- Banzato, C. E. M. (2000). Sobre a distinção entre “Critério” e “Sintoma” na nosologia psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(3), 9-17.
Retrieved from
https://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume03/n3/sobre_a_distincao_entre_criterio_e_sintoma_na_nosologia_psiquiatica.pdf
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic, 2nd ed.* *American Journal of Psychiatry* (Vol. 159).
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1453>
- Baum, A., Revenson, T., & Singer, J. (2012). *Handbook of health psychology* (2.^a ed.). New York: Taylor & Francis.
- Baykan, Z., Naçar, M., & Çetinkaya, F. (2012). Depression, Anxiety, and Stress Among Last-Year Students at Erciyes University Medical School. *Academic Psychiatry*, 36(1), 64-65.
- Berenson, G. S., & Srinivasan, S. R. (2005). Cardiovascular risk factors in youth with implications for aging: The Bogalusa Heart Study. *Neurobiology of Aging*, 26(3), 303-307.
<https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2004.05.009>
- Bernaud, J.-L. (2000). *Métodos de Avaliação da Personalidade* (1.^a edição). Lisboa: Climepsi.
- Brant, L. C., & Minayo-Gomez, C. (2008). Da tristeza à depressão: A transformação de um

- mal-estar em adoecimento no trabalho. *Interface: Communication, Health, Education*, 12(26), 667-676. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000300017>
- Brites, M. P. L. (2014). *A Personalidade e os Sintomas Psicopatológicos numa Amostra de Estudantes de Psicologia*. Instituto Superior Miguel Torga.
- Brito-Costa, S., Bem-Haja, P., Moisão, A., Alberty, A., Castro, F. V., & Almeida, H. (2015). Psychometric Properties of Portuguese Version of Big Five Inventory (Bfi). *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología.*, 1(2), 83-94.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B.S.I. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal (Vol. II) (1.ª*, pp. 95-109). Braga: S.H.O.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa (vol. III*, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carbonaro, M., & Bainbridge, J. (2000). Design and Development of a Process for Web-based Survey Research. *The Alberta Journal of Educational Research*, XLVI(4), 392-394. Retrieved from file:///C:/Users/David Findlay/Downloads/232-231-1-PB.pdf
- Cardoso, G. (2010). *Depressão e Doença Coronária: Uma intervenção em Psiquiatria de Ligação*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Castro, M. E., & Rolim, M. O. (2006). Conhecimento e estereótipo de trabalhadores acerca da hipertensão. *Escola Anna Nery*, 10(2), 235-240. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200010&lang=pt
- Chaves, E. C., & Cade, N. V. (2004). Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 12(2), 162-167.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.1234/12345678>
- Correia, B. R., Cavalcante, E., & Santos, E. (2010). A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 8, 25-29.

- Correia, D. T., & Sampaio, D. (2014). Psicopatologia - passado, presente e futuro. In D. T. Correia (Ed.), *Manual de Psicopatologia* (2.ª Edição, pp. 1-18). LIDEL.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, 26(12), 1066-1085.
<https://doi.org/10.1002/da.20633>
- Crispim, S. C. R. (2016). *O papel do perfeccionismo no desenvolvimento de sintomas psicopatológicos numa amostra de jovens adultos*. Universidade do Algarve.
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed Editora (2ª edição). Porto Alegre. <https://doi.org/10.1590/S1516-4446200000100012>
- Dawber, T. R., Kannel, W. B., Revotskie, N., Kagan, A., & Gordon, T. (1959). Some Factors Associated with the Development of Coronary Heart Disease—Six-Year Follow-up Experience In The Framingham Study. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 49, 1349-1356. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-55-1-33>
- DGS. (2016). *Portugal: Saúde Mental em Números - 2015*. (Direção-geral da Saúde, Ed.). Lisboa: República Portuguesa.
- Dórea, E., & Lotufo, P. (2001). Heart Study ea teoria do contínuo de Pickering: duas contribuições da epidemiologia para a associação entre pressão arterial e doença cardiovascular. *Rev Bras Hipertens*, 8(2), 195-199. Retrieved from <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-2/heart.pdf>
- Echebarría, R. S., & Uruchurtu, I. E. (2009). Psicopatología descriptiva. In T. Palomo & M. Á. Jiménez-Arriero (Eds.), *Manual De Psiquiatria*. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: Una primera reflexión. [Functions and areas of expertise of clinical psychologists versus general health psychologists: A comment.]. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica Y de La Salud*, 20(2), 423-435.
- Ellis, P. (2004). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004, 38, 389-407.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2004.01399.x>
- Ellis, P., Hickie, I. B., & Smith, D. A. R. (2003). Summary of guideline for the treatment of

depression. *Australasian Psychiatry*, 11(1), 34-38. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.2003.00530.x>

Fleck, M. P., Berlim, M. T., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A., Brasil, M. A., ... Hetem, L. A. (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 Suppl 1(Supl I), 7-17. <https://doi.org/S1516-44462009000500003> [pii]

Folsom, A. R., Yatsuya, H., Nettleton, J. A., Lutsey, P. L., Cushman, M., & Rosamond, W. D. (2011). Community prevalence of ideal cardiovascular health, by the american heart association definition, and relationship with cardiovascular disease incidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(16), 1690-1696. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.11.041>

Fonseca, F. D. C. A., Coelho, R. Z., Nicolato, R., Malloy-Diniz, L. F., & Da Silva Filho, H. C. (2009). A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 128-134. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000200011>

Fonseca, F. D. C. A., Coelho, R. Z., Nicolato, R., Malloy-Diniz, L. F., & Da Silva Filho, H. C. (2009). The influence of emotional factors on the arterial hypertension. [Portuguese] \rA influencia de fatores emocionais sobre a hipertensao arterial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 128-134. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000200011>

Fundação Portuguesa Cardiologia. (2017). Hipertensão - Fundação Portuguesa Cardiologia. Retrieved September 18, 2017, from <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/>

Funder, D. C. (2001). Key Words traits, social-cognitive processes, individual differences, institutional issues, evolutionary psychology, biological psychology. *Annual Review of Psychology*, 52, 197-221. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.197>

Furlanetto, L. M., & Brasil, M. A. (2006). Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(1), 8-19. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000100002>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

Garber, J., Brunwasser, S. M., Zerr, A. A., Schwartz, K. T. G., Sova, K., & Weersing, V. R.

- (2016). Treatment and prevention of depression and anxiety in youth: Test of cross-over effects. *Depression and Anxiety*, 33, 939-959. <https://doi.org/10.1002/da.22519>
- Gerber, A. S., Huber, G. A., Doherty, D., & Dowling, C. M. (2011). The Big Five Personality Traits in the Political Arena. *Annu. Rev. Polit. Sci*, 14, 265-87. <https://doi.org/10.1146/annurev-polisci-051010-111659>
- Giles, T. D., Materson, B. J., Cohn, J. N., & Kostis, J. B. (2009). Definition and classification of hypertension: An update. *Journal of Clinical Hypertension*, 11(11), 611-614. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2009.00179.x>
- Goldstein, I. B., & Shapiro, D. (2000). Ambulatory blood pressure in women: Family history of hypertension and personality. *Psychology, Health & Medicine*, 5(3), 227-240. <https://doi.org/10.1080/713690197>
- Gomes, R. K. (2012). *SINTOMAS MENTAIS E SUPORTE SOCIAL EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM*. Universidade Metodista de São Paulo.
- Gonçalves, A. M. (2004). A doença mental e a cura: Um olhar antropológico. *Millenium*, 9(30), 159-171.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 13-27.
- Gonçalves, C. A. V., & Machado, A. L. (2007). Depressão, o Mal do Século: de que século? *Rev. Enfermagem UERJ*, 15(2), 298-304.
- Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depress. Anxiety*, 4(4), 160-168. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6394\(1996\)4:4<160::aid-da2>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6394(1996)4:4<160::aid-da2>3.0.co;2-j)
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37(6), 504-528. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(03\)00046-1](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00046-1)
- Gosmanova, E. O., Mikkelsen, M. K., Molnar, M. Z., Lu, J. L., Yessayan, L. T., Kalantar-Zadeh, K., & Kovesdy, C. P. (2016). Association of Systolic Blood Pressure Variability With Mortality, Coronary Heart Disease, Stroke, and Renal Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(13), 1375-1386. <https://doi.org/dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2016.06.054>

- Graeff, F. G. (2007). Ansiedade , pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal Anxiety , panic and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(55 16), 3-6. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000500002>
- Gramstad, T. O., Gjestad, R., & Haver, B. (2013). Personality traits predict job stress , depression and anxiety among junior physicians. *BMC Medical Education*, 13(1).
- Granello, D., & Wheaton, J. (2004). Online data collection: Strategies for research. *Journal of Counseling & Development*, 82(4), 387-393. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00325.x>
- Hengartner, M. P., Kawohl, W., Haker, H., Rössler, W., & Ajdacic-Gross, V. (2016). Big Five personality traits may inform public health policy and preventive medicine: Evidence from a cross-sectional and a prospective longitudinal epidemiologic study in a Swiss community. *Journal of Psychosomatic Research*, 84, 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.03.012>
- Israel, S., Moffitt, T. E., Belsky, D. W., Hancox, R. J., Poulton, R., Roberts, B., ... Caspi, A. (2014). Translating personality psychology to help personalize preventive medicine for young adult patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(3), 484-98. <https://doi.org/10.1037/a0035687>
- Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P. C., & Asbahr, F. R. (2008). Cognitive-behavioral therapy in social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), S96-S101. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600007>
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., ... Ortiz, E. (2014). Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. *Jama*, 311(5), 507-520. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.284427>
- Jané-llopis, E., Anderson, P., Stewart-Brown, S., Weare, K., Wahlbeck, K., Mcdaid, D., & Cooper, C. (2011). Reducing the Silent Burden of Impaired Mental Health. *Journal of Health Communication*, 16, 59-74. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.601153>
- Joaquim, R. M., Valle, T. G. M., & Nascimento, F. F. (2010). Uma “sinapse” científica: A Neurociência encontra a Psicologia. In A. Costa & C. Ferreira (Eds.), *Publicação Científica Multidisciplinar da AEMS* (7.º vol., pp. 24-31). Três Lagoas: Conexão.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd editio, pp. 102-138). New York: Guilford.

<https://doi.org/citeulike-article-id:3488537>

- John, Robins, & Pervin. (2008). *Handbook of Personality: Theory and Research*. John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1016/B978-012134645-4/50022-6>
- Júnior, J. A. S., Lima, D. V. B., Tenório, S. B., Lopes, A. P., & Fermoseli, A. F. O. (2016). Relação Entre Traços De Personalidade E Ansiedade Em Estudantes Universitários. *Interfaces Científicas - Saúde E Ambiente*, 4(3), 51-62.
- Juruena, M. F. (2013). Depressões: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*, 70(11), 6-20.
- Juruena, M. F., Cleare, A. J., & Pariante, C. M. (2004). O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, a função dos receptores de glicocorticóides e sua importância na depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 189-201. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000300009>
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (Artmed, Ed.) (7ª Edição). Porto Alegre.
- Karreman, A., Van Assen, M. A. L. M., & Bekker, M. H. J. (2013). Intensity of positive and negative emotions: Explaining the association between personality and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 54(2), 214-220. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.08.040>
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395-402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- Keyes, C. L. M. (2014). Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. In G. F. Bauer & O. Hämmig (Eds.), *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach* (Vol. 9789400756, pp. 179-192). Dordrecht: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3>
- Kinnunen, M. L., Metsäpelto, R. L., Feldt, T., Kokko, K., Tolvanen, A., Kinnunen, U., ... Pulkkinen, L. (2012). Personality profiles and health: Longitudinal evidence among Finnish adults. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(6), 512-522. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00969.x>
- Kinnunen, M. L., Metsäpelto, R. L., Feldt, T., Kokko, K., Tolvanen, A., Kinnunen, U., ... Pulkkinen, L. (2012). Personality profiles and health: Longitudinal evidence among

- Finnish adults. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(6), 512-522.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00969.x>
- Kogan, C. S., Stein, D. J., Maj, M., First, M. B., Emmelkamp, P. M. G., & Reed, G. M. (2016). The Classification of Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11. *Depression and Anxiety*, 14(March), 1-14. <https://doi.org/10.1002/da.22530>
- Körük, S., Öztürk, A., & Kara, A. (2016). The Predictive Strength of Perceived Parenting and Parental Attachment Styles on Psychological Symptoms among Turkish University Students. *International Journal of Instruction*, 9(2), 215-230.
<https://doi.org/10.12973/iji.2016.9215a>
- Kretchy, I. A., Owusu-daaku, F. T., & Danquah, S. A. (2014). Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(25), 4-9.
<https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-25>
- Lefever, S., Dal, M., & Matthíasdóttir, Á. (2007). Online data collection in academic research: Advantages and limitations. *British Journal of Educational Technology*, 38(4), 574-582.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8535.2006.00638.x>
- Levine, J., Cole, D. P., Roy Chengappa, K. N., & Gershon, S. (2001). Anxiety disorders and major depression, together or apart. *Depression and Anxiety*, 14(2), 94-104.
<https://doi.org/10.1002/da.1051>
- Licht, C. M. M., Geus, E. J. C. De, Seldenrijk, A., Hout, H. P. J. Van, Zitman, F. G., Dyck, R. Van, & Penninx, B. W. J. H. (2009). Depression is associated with decreased blood pressure, but antidepressant use increases the risk for hypertension. *Hypertension*, 53(4), 631-638. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.108.126698>
- Lolio, C. A. (1990). Epidemiologia da Hipertensão Arterial. *Rev. Saúde Pública*, 24(5), 425-32. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v24n5/12.pdf>
- Lotufo, P. A. (2008). O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. *Revista de Medicina*, 87(4), 232. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v87i4p232-237>
- Ludwig, D. S., Pereira, M. a, Kroenke, C. H., Hilner, J. E., Van Horn, L., Slattery, M. L., & Jacobs Jr, D. R. (1999). Dietary fiber, weight gain, and cardiovascular disease risk factors in young adults. *Journal of the American Medical Association*, 282(16), 1539-1546. <https://doi.org/joc90657> [pii]

- MacRae, C. A., & Loscalzo, J. (2016). The future of cardiovascular biomedicine. *Circulation*, 133(25), 2601-2602. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.020553>
- Manfro, G. G., Manfro, G. G., Heldt, E., Heldt, E., Cordioli, A. V., Cordioli, A. V., ... Otto, M. W. (2008). Cognitive-behavioral therapy in panic disorder Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico, 30(Suppl II), 81-87. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600005>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6.ª Edição). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. <https://doi.org/10.14417/lp.763>
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Martins, M. D. C. D. C., Ricarte, I. F., Rocha, C. H. L., Maia, R. B., Silva, V. B. Da, Veras, A. B., & Souza Filho, M. D. De. (2010). Pressão arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95(2), 192-199. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000069>
- Mathews, a, & MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.45.1.25>
- Mazer, A. K., Macedo, B. B. D., & Juruena, M. F. (2017). Transtornos da personalidade. *Medicina (Ribeirão Preto, Online.)*, 50(Supl.1), 85-97.
- Mello, A. F., Juruena, M. F., Pariente, C. M., Tyrka, A. R., Price, L. H., Carpenter, L. L., & Porto, J. A. (2007). Depressão e estresse: existe um endofenótipo? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(Supl I), s13-s18. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000500004>
- Mensah, G. A., Wei, G. S., Sorlie, P. D., Fine, L. J., Rosenberg, Y., Kaufmann, P. G., ... Gordon, D. (2017). Decline in Cardiovascular Mortality. *Circulation Research*, 120(2), 366-380. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.309115>
- Mucci, N., Giorgi, G., Ceratti, S. D. P., Fiz-Pérez, J., Mucci, F., & Arcangeli, G. (2016). Anxiety, stress-related factors, and blood pressure in young adults. *Frontiers in Psychology*, 7(1682), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01682>

- Murthy, S., Bertolote, J. M., Epping-Jordan, J., Funk, M., Prentice, T., Saraceno, B., & Saxena, S. (2002). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: uma nova concepção, nova esperança*. (M. da S. D.-G. da Saúde, Ed.), *Organização Mundial da Saúde* (1.^a edição). Lisboa: CLIMEPSI. Retrieved from file:///C:/Documents and Settings/Carlos/Meus documentos/Google Drive/Livros/Relat?rio mundial da sa?de 05.2014.pdf
- Nunes, C. H. S. da S., & Hutz, C. S. (2006). Construção e validação de uma escala de extroversão no modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. *Psico-USF (Impresso)*, *11*(2), 147-155. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712006000200003>
- O'Donnell, C. J., & Elosua, R. (2008). Cardiovascular Risk Factors. Insights From Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol*, *61*(I), 299-310. Retrieved from http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13117552&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=255&ty=142&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=en&fichero=255v61n03a13117552pdf001.pdf
- Ozer, D. J., & Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, *57*, 401-21. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190127>
- Pais Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *2*(1), 77-99.
- Palma, M. T. M. M. (2012). *A prossecução dos estudos: o papel da personalidade na tomada de decisão*. ISPA.
- Pan, Y., Cai, W., Cheng, Q., Dong, W., An, T., & Yan, J. (2015). Association between anxiety and hypertension: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *11*, 1121-1130. <https://doi.org/10.2147/NDT.S77710>
- Pegram, A., & Bloomfield, J. (2013). The importance of measuring blood pressure in mental health care. *Mental Health Practice*, *16*(6).
- Penninx, B. W. J. H. (2017). Depression and cardiovascular disease: Epidemiological evidence on their linking mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *74*, 277-286. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.003>
- Pereira-Morales, A. J., Adan, A., & Forero, D. A. (2017). Perceived Stress as a Mediator of the Relationship between Neuroticism and Depression and Anxiety Symptoms. *Current*

Psychology, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9587-7>

- Pereira, A. A. M. (2013). *Dor Psicológica e Ideação Suicida em Estudantes*. Universidade de Aveiro.
- Pereira, A. S., Fernandes, C. P., Dias, G. F., Gonçalves, I. C., Faria, M. C., & McIntyre, T. M. (2002). *A situação dos Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior em Portugal - Contexto e Justificação. Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Dossier que acompanha e justifica o pedido de audiência ao Ministro da Ciência e do Ensino Superior* (Vol. 1-2).
- Pérez-Piñar, M., Ayerbe, L., González, E., Mathur, R., Foguet-Boreu, Q., & Ayis, S. (2017). Anxiety disorders and risk of stroke: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 41, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.11.004>
- Pessoa, P. F. E. (2010). *Sintomatologia psicopatológica e necessidades de intervenção no Ensino Superior: Despiste com estudantes da Universidade da Beira Interior*. Universidade da Beira Interior.
- Pessoa, P. F. E., Leitão, J., & Ramos, E. (2012). Caracterização do Gabinete de Apoio Psicológico e Empreendedorismo Social dos Serviços de Ação Social da Universidade da Beira Interior - Inovar com mais Responsabilidade Social. In D. A. Vieira, A. I. L. Ferreira, C. P. Fernandes, I. Magalhães, I. Ardions, & A. S. Pereira (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Um olhar sobre o futuro. II Congresso Nacional da RESAPES-AP* (1ª Edição, pp. 42-52). Porto: Instituto Superior de Contabilidade e de Administração do Porto. Retrieved from http://beyou-bemore.com/system/files/public/livros/_2012_vieira_et_al_eds_livro_resapes.pdf
- Pessoa, P. F. E., & Oliveira, E. P. (2010). Sintomatologia psicopatológica e necessidades de intervenção no Ensino Superior: Despiste com estudantes da Universidade da Beira Interior. In A. Pereira, H. Castanheira, A. de Melo, A. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas - I congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 573-582). Lisboa: RESAPES-AP.
- Pires, D., Pereira, M., Paiva, S., & Silva, C. F. (2017). *Intervenção Psicológica em Perturbações de Personalidade*. Lisboa: Pactor.
- Polanczyk, C. A. (2005). Cardiovascular risk factors in Brazil: the next 50 years! *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84(3), 199-201. <https://doi.org/S0066-782X2005000300001>
- Polónia, J., Ramalhinhos, V., Martins, L., & Saavedra, J. (2006). Normas sobre Detecção,

Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. *Rev Port Cardiol*, 25(6), 649-660.

Püschel, V. A. A., Ide, C. A. C., & Chaves, E. C. (2006). Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar - bases conceituais. *Rev Esc Enferm USP*, 40(2), 261-268.

Reynoso-Erazo, L. (2015). Medicina conductual, salud conductual y prevención de las enfermedades cardiovasculares. In J. L. Y. Sagarduy, L. A. O. Ramírez, & A. V. Ortiz (Eds.), *Intervenciones con apoyo empírico: herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud* (pp. 169-185). Tamaulipas: El Manual Moderno.

Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2.^a ed). Coimbra: Quarteto.

Rolland, J. (2002). Cross-Cultural Generalizability of the Five-Factor Model of Personality. In R. McCrae & J. Allik (Eds.), *The Five-Factor Model of Personality across Cultures* (pp. 7-28). New York: Springer Science + Business Media.

Rozenthal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 26(2), 204-212.
<https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000200010>

Saboya, P. M. H. P. (2009). *Estudo de Associação entre Hipertensão Arterial, Ansiedade e Sintomas Depressivos*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

Salles, F. L. P., Lopes, D. T. dos S., Loose, M. E. B., & Freitas, R. X. (2017). A Relação Entre Big 5, Estresse, Depressão e Ansiedade entre Estudantes do Curso de Fisioterapia.

Santos, M. A., Hara, C., Stumpf, B. L. P., & Rocha, F. L. (2006). Depressão resistente a tratamento: Uma revisão das estratégias farmacológicas de potencialização de antidepressivos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(3), 232-242.
<https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000300010>

Santos, Z. S. A. (2011). Hipertensão arterial - um problema de saúde pública. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 24(4), 285-287.

Saxena, S., Funk, M., & Chisholm, D. (2014). WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020: What can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry*, 13(2), 107-109. <https://doi.org/10.1002/wps.20141>

Scharfetter, C. (2005). *Introdução à Psicopatologia Geral* (3.^a Edição). Lisboa: CLIMEPSI

EDITORES.

- Schleyer, T. K., & Forrest, J. L. (2000). Methods for the design and administration of web-based surveys. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 7(4), 416-25. <https://doi.org/10.1136/jamia.2000.0070416>
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2009). *Theories of Personality. American Sociological Review* (Ninth Edit). Belmont: Wadsworth. <https://doi.org/10.2307/2089174>
- Semrau, M., Barley, E. A., Law, A., & Thornicroft, G. (2011). Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*, 10(3), 217-225.
- Shah, M. T., Zonderman, A. B., & Waldstein, S. R. (2013). Sex and age differences in the relation of depressive symptoms with blood pressure. *American Journal of Hypertension*, 26(12), 1413-1420. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpt135>
- Shamsuddin, K., Fadzil, F., Salwina, W., Ismail, W., Azhar, S., Omar, K., ... Ismail, A. (2013). Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(4), 318-323. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.01.014>
- Shi, M., Liu, L., Wang, Z. Y., & Wang, L. (2015). The mediating role of resilience in the relationship between big five personality and anxiety among chinese medical students: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 10(3), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119916>
- Shiple, B. A., Weiss, A., Der, G., Taylor, M. D., & Deary, I. (2007). Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK Health and Lifestyle Survey: A 21-year prospective cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 923-931. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815abf83>
- Silva, L., Mendes, F., Rabelo, P., & Dias, R. (2017). Intervenções de Saúde para o Controle dos Fatores de Risco Cardiovascular entre Universitários. *Revista Rede de Cuidados Em Saúde*, 1(10), 1-15.
- Simões, V. de J. (2016). *Adaptação e Validação do teste de personalidade Mini- IPIP e Big Five Inventory (BFI) em adultos portugueses*. Universidade de Coimbra.
- Smeijers, L., Mostofsky, E., Tofler, G. H., Muller, J. E., Kop, W. J., & Mittleman, M. A. (2017). Anxiety and anger immediately prior to myocardial infarction and long-term mortality: Characteristics of high-risk patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 93, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.001>

- Soares, S. C. (2005). Hipertensão arterial essencial: psicopatologia, avaliação e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 245-255.
- Stokes, J. 3rd, Kannel, W. B., Wolf, P. A., D'Agostino, R. B., & Cupples, L. A. (1989). Blood pressure as a risk factor for cardiovascular disease. The Framingham Study--30 years of follow-up. *Hypertension*, 13(5 Suppl), 113-8. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med3&NEWS=N&AN=2535213>
- Thomas, C. V., & Castro, E. K. de. (2012). Personality, health behaviors and adherence to treatment in patients through the big five model: A literature review. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 100-109. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Topp, N. W., & Pawloski, B. (2002). Online Data Collection. *Journal of Science Education and Technology*, 11(2), 173-178. <https://doi.org/10.2307/40188721>
- Trzepacz, P. T., & Baker, R. W. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental* (1.^a edição). Lisboa: CLIMEPSI.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. (H. H. Goldman, P. Rye, & P. Sirovatka, Eds.), *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. <https://doi.org/10.1037//0735-7028.31.1.5>
- Urso-Junior, J. (2011). *Stress e personalidade : “overview” e avaliação crítica de revisões sistemáticas sobre Padrão Comportamental Tipo A e Personalidade Tipo D com desfechos coronários*. Universidade de São Paulo.
- Uva, M. S., Victorino, P., Roquette, R., Machado, A., & Matias Dias, C. (2014). Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa - uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33(7-8), 451-463. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2014.02.012>
- Vaduganathan, M., Venkataramani, A. S., & Bhatt, D. L. (2015). Moving Toward Global Primordial Prevention in Cardiovascular Disease the Heart of the Matter. *Journal of the American College of Cardiology*, 66(14), 1535-1537. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.08.027>

- Vaillant, G. E. (2012). Positive mental health: Is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry, 11*(2), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.006>
- Viganò, C. (2010). Avaliação e evidência clínica na saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 13*(3), 469-481. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000300007>
- Vismari, L. (2004). Neuroanatomia Dos Transtornos De Humor. *ConScientiae Saúde, 3*, 95-102.
- Vittengl, J. R. (2017). Who pays the price for high neuroticism? Moderators of longitudinal risks for depression and anxiety. *Psychological Medicine, 47*(10), 1794-1805. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000253>
- Wahlbeck, K. (2011). European mental health policy should target everybody. *European Journal of Public Health, 21*(5), 551-553. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr122>
- Wahlbeck, K. (2015). Public mental health: The time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry, 14*(1), 36-42. <https://doi.org/10.1002/wps.20178>
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- WHO. (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. (D. of M. H. and S. Abuse, Ed.), [Http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf). Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2004.00268.x>
- WHO. (2010). *Global status report on noncommunicable diseases*. World Health Organization. [https://doi.org/ISBN 978 92 4 156422 9](https://doi.org/ISBN%20978%2092%204%20156422%209)
- Wilson, P. W., D'Agostino, R. B., Levy, D., Belanger, A. M., Silbershatz, H., & Kannel, W. B. (1998). Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation, 97*(18), 1837-1847. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.97.18.1837>
- Wolf, P. A. (2012). Contributions of the framingham heart study to stroke and dementia epidemiologic research at 60 years. *Archives of Neurology, 69*(5), 567-571. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1001/archneurol.2011.977>

Xavier, M., Almeida, J., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., ... Silva, J. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1.º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Yaqoob, N., & Khan, M. A. (2014). Patterns of Depression, Anxiety Symptoms and Coping Styles Among Early and Late Adolescent Students. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 64(4), 573-6.

VI - ANEXOS

Anexo 1: Análise da Normalidade

Resumo de processamento de casos

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
PRES_SISTOLICA	153	100.0%	0	0.0%	153	100.0%
BSI_Depressão	153	100.0%	0	0.0%	153	100.0%
BSI_Ansiedade	153	100.0%	0	0.0%	153	100.0%
BFI_Extroversão	153	100.0%	0	0.0%	153	100.0%
BFI_Amabilidade	153	100.0%	0	0.0%	153	100.0%
BFI_Conscienciosidade	153	100.0%	0	0.0%	153	100.0%
BFI_Neuroticismo	153	100.0%	0	0.0%	153	100.0%
BFI_AberturaExperiência	153	100.0%	0	0.0%	153	100.0%

Descritivas

		Estatística	Erro Padrão
PRES_SISTOLICA	Média	123.3464	1.03538
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	121.3008 125.3920
	5% da média aparada	123.6964	
	Mediana	125.0000	
	Variância	164.017	
	Desvio Padrão	12.80693	
	Mínimo	95.00	
	Máximo	157.00	
	Amplitude	62.00	
	Amplitude interquartil	17.50	
	Assimetria	-0.434	0.196
	Curtose	-0.389	0.390

BSI_Depressão	Média		1.7985	0.06575
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	1.6686	
		Limite superior	1.9284	
	5% da média aparada		1.7200	
	Mediana		1.5000	
	Variância		0.661	
	Desvio Padrão		0.81328	
	Mínimo		1.00	
	Máximo		4.67	
	Amplitude		3.67	
	Amplitude interquartil		1.00	
	Assimetria		1.345	0.196
	Curtose		1.632	0.390
	BSI_Ansiedade	Média		1.8268
95% Intervalo de Confiança para Média		Limite inferior	1.7125	
		Limite superior	1.9411	
5% da média aparada			1.7588	
Mediana			1.6667	
Variância			0.512	
Desvio Padrão			0.71581	
Mínimo			1.00	
Máximo			4.33	
Amplitude			3.33	
Amplitude interquartil			0.83	
Assimetria			1.461	0.196
Curtose			1.961	0.390
BFI_Extroversão		Média		3.3105
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	3.2105	
		Limite superior	3.4104	
	5% da média aparada		3.3190	
	Mediana		3.3750	
	Variância		0.391	
	Desvio Padrão		0.62551	
	Mínimo		1.50	
	Máximo		4.75	
	Amplitude		3.25	
	Amplitude interquartil		0.88	
	Assimetria		-0.179	0.196
	Curtose		0.034	0.390
	BFI_Amabilidade	Média		3.6652
Limite inferior			3.5926	

	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite superior	3.7378	
	5% da média aparada		3.6680	
	Mediana		3.6667	
	Variância		0.207	
	Desvio Padrão		0.45474	
	Mínimo		2.67	
	Máximo		4.78	
	Amplitude		2.11	
	Amplitude interquartil		0.44	
	Assimetria		-0.244	0.196
	Curtose		-0.257	0.390
BFI_Conscienciosidade	Média		3.3827	0.03940
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	3.3049 3.4606	
	5% da média aparada		3.3890	
	Mediana		3.4444	
	Variância		0.237	
	Desvio Padrão		0.48731	
	Mínimo		2.00	
	Máximo		4.44	
	Amplitude		2.44	
	Amplitude interquartil		0.67	
	Assimetria		-0.239	0.196
	Curtose		-0.115	0.390
BFI_Neuroticismo	Média		3.0376	0.04859
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	2.9416 3.1336	
	5% da média aparada		3.0285	
	Mediana		3.0000	
	Variância		0.361	
	Desvio Padrão		0.60103	
	Mínimo		1.63	
	Máximo		4.88	
	Amplitude		3.25	
	Amplitude interquartil		0.75	
	Assimetria		0.182	0.196
	Curtose		0.126	0.390
BFI_AberturaExperiência	Média		3,6556	0.03375
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	3,5889 3.7222	

5% da média aparada	3.6530	
Mediana	3.7000	
Variância	0.174	
Desvio Padrão	0.41753	
Mínimo	2.70	
Máximo	4.80	
Amplitude	2.10	
Amplitude interquartil	0.65	
Assimetria	-0.021	0.196
Curtose	-0.486	0.390

Testes de Normalidade						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
PRES_SISTOLICA	.087	153	.006	.964	153	.001
BSI_Depressão	.174	153	.000	.853	153	.000
BSI_Ansiedade	.183	153	.000	.853	153	.000
BFI_Extroversão	.067	153	.092	.990	153	.390
BFI_Amabilidade	.109	153	.000	.972	153	.003
BFI_Conscienciosidade	.086	153	.007	.988	153	.199
BFI_Neuroticismo	.076	153	.029	.990	153	.335
BFI_AberturaExperiência	.089	153	.004	.983	153	.051

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Anexo 2: Análise da Confiabilidade das Escalas

BSI

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	148	96.7
	Excluídos ^a	5	3.3
	Total	153	100.0

a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
.971	53

BFI

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	153	100.0
	Excluídos ^a	0	.0
	Total	153	100.0

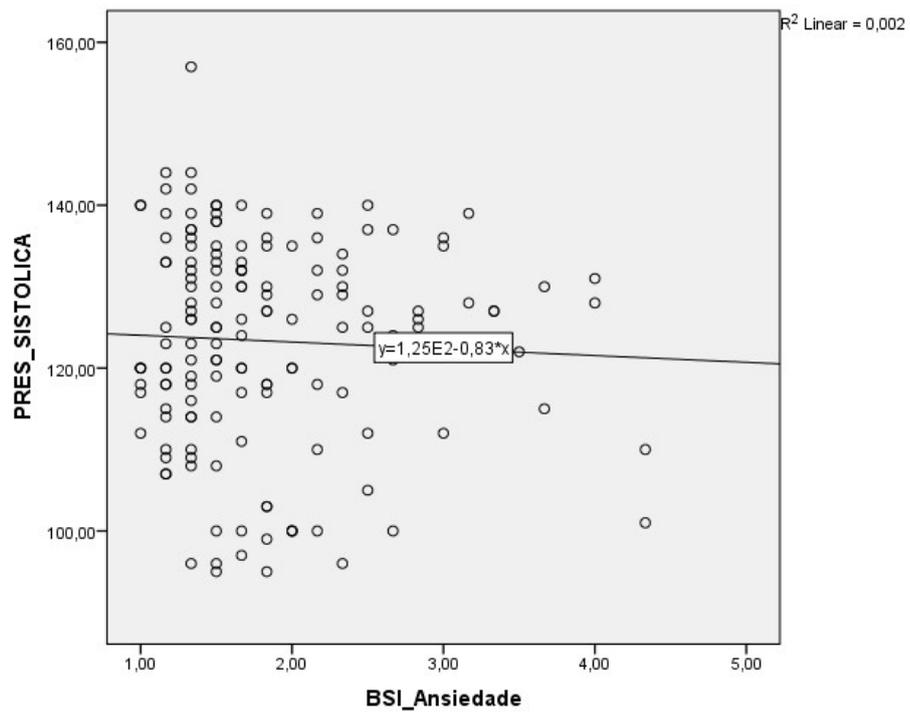
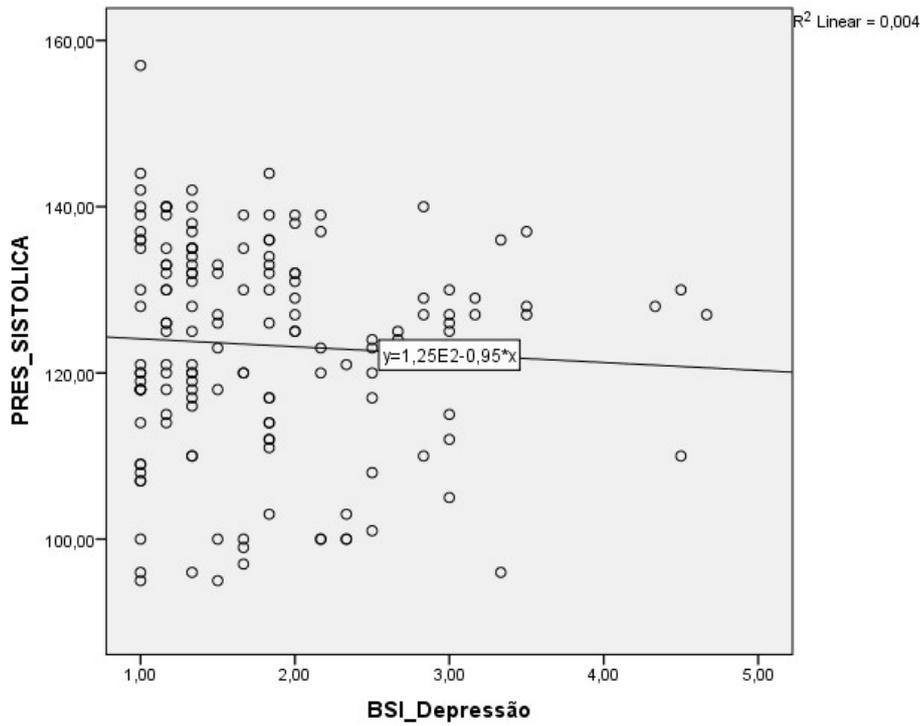
a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

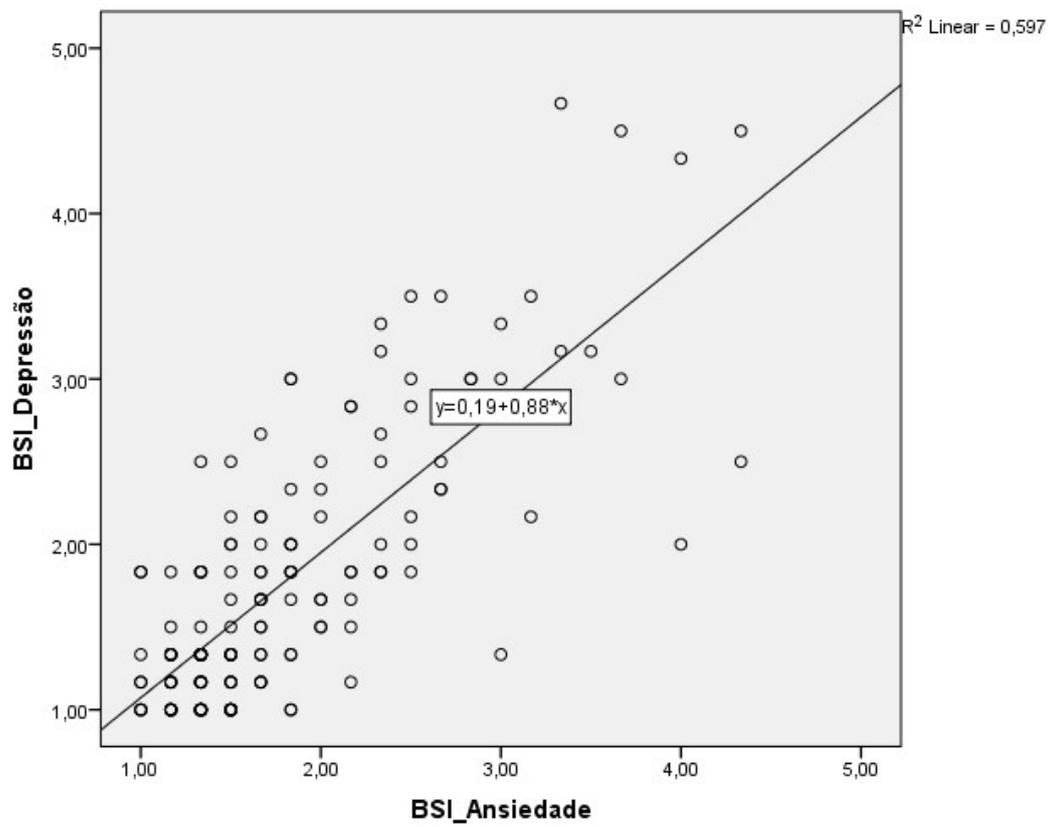
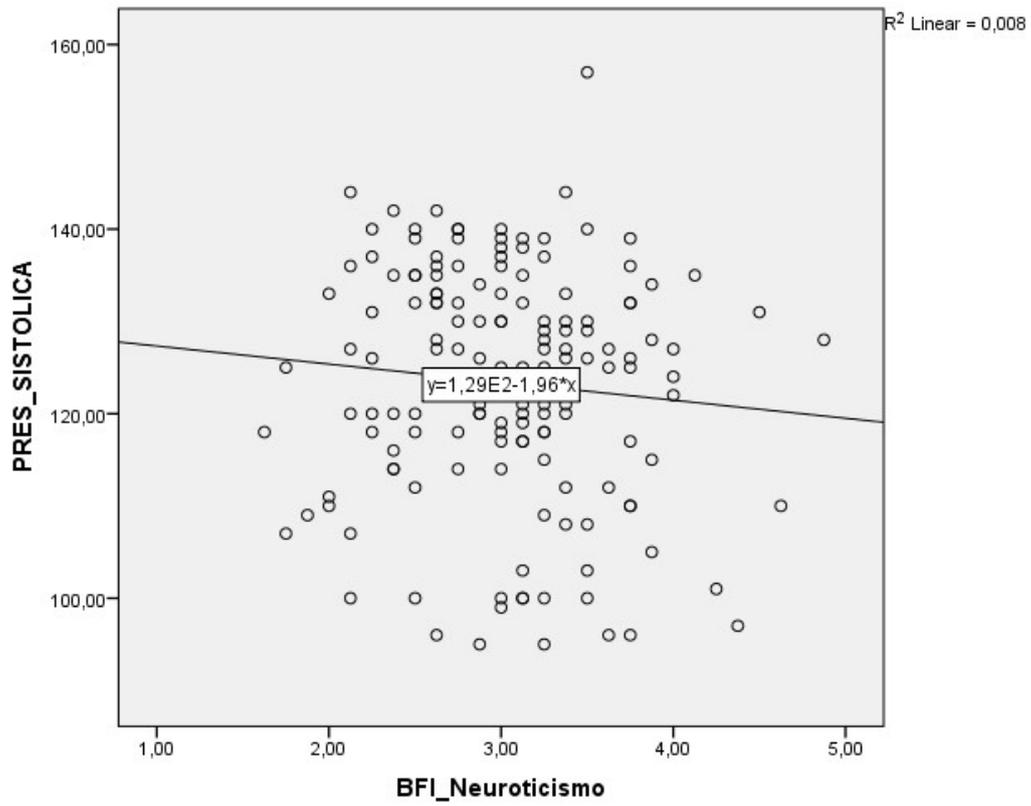
Estatísticas de confiabilidade

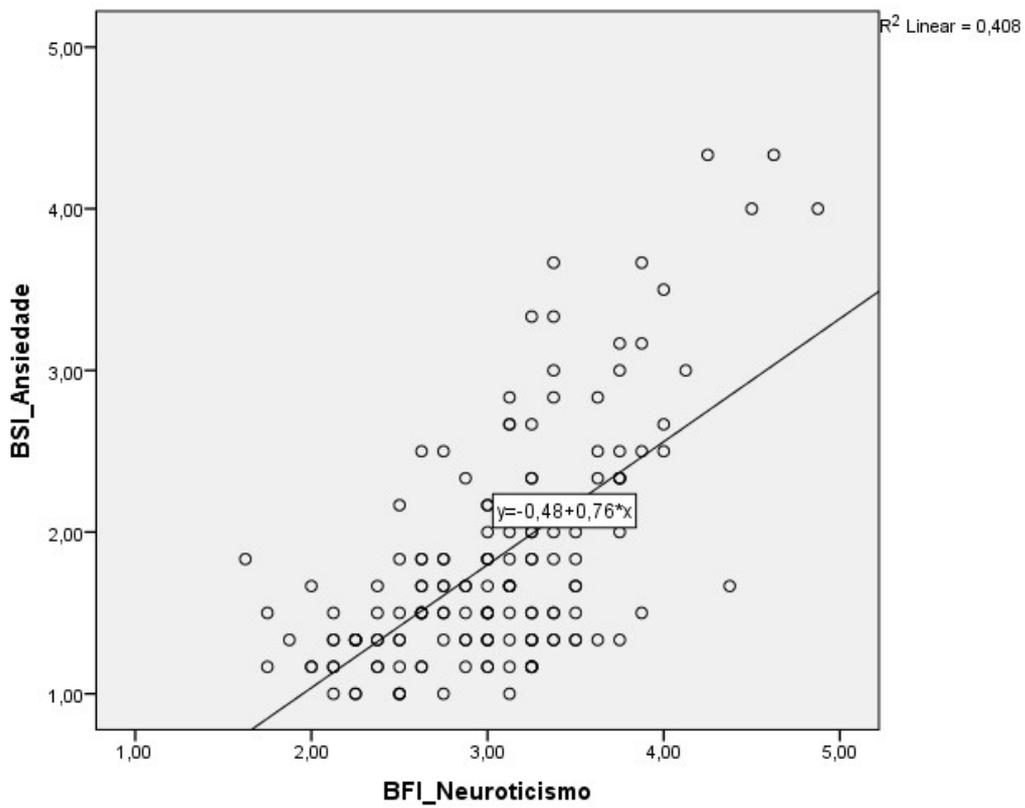
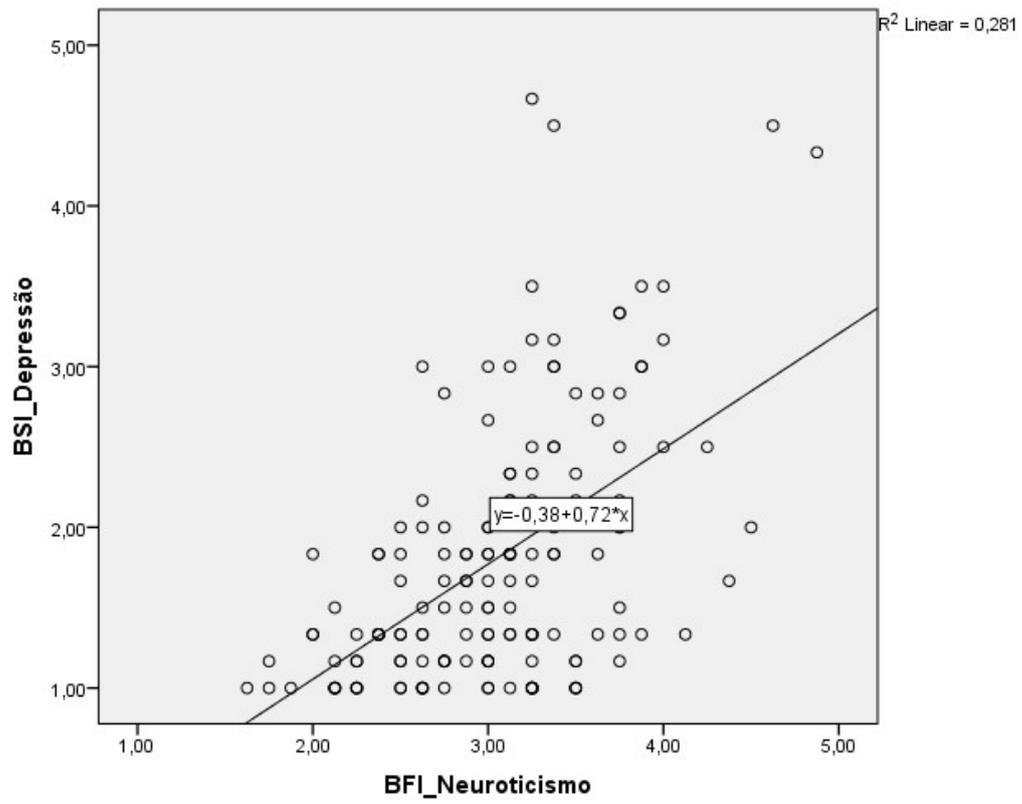
Alfa de Cronbach	N de itens
.662	44

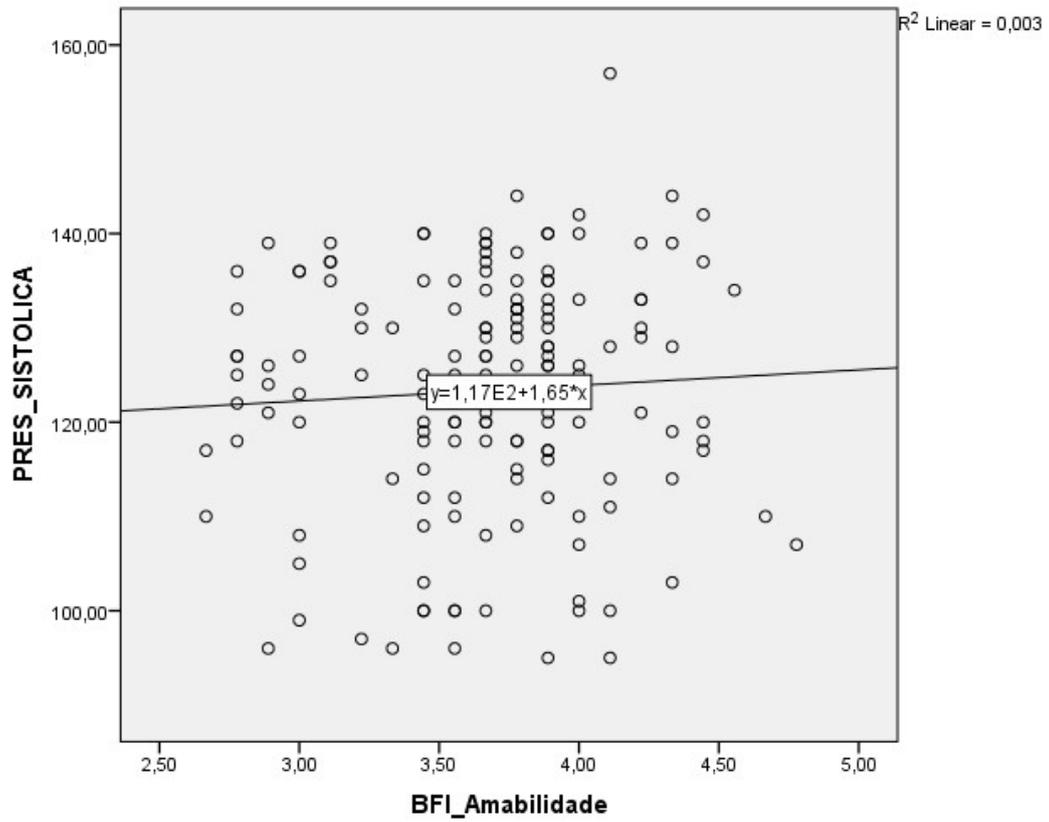
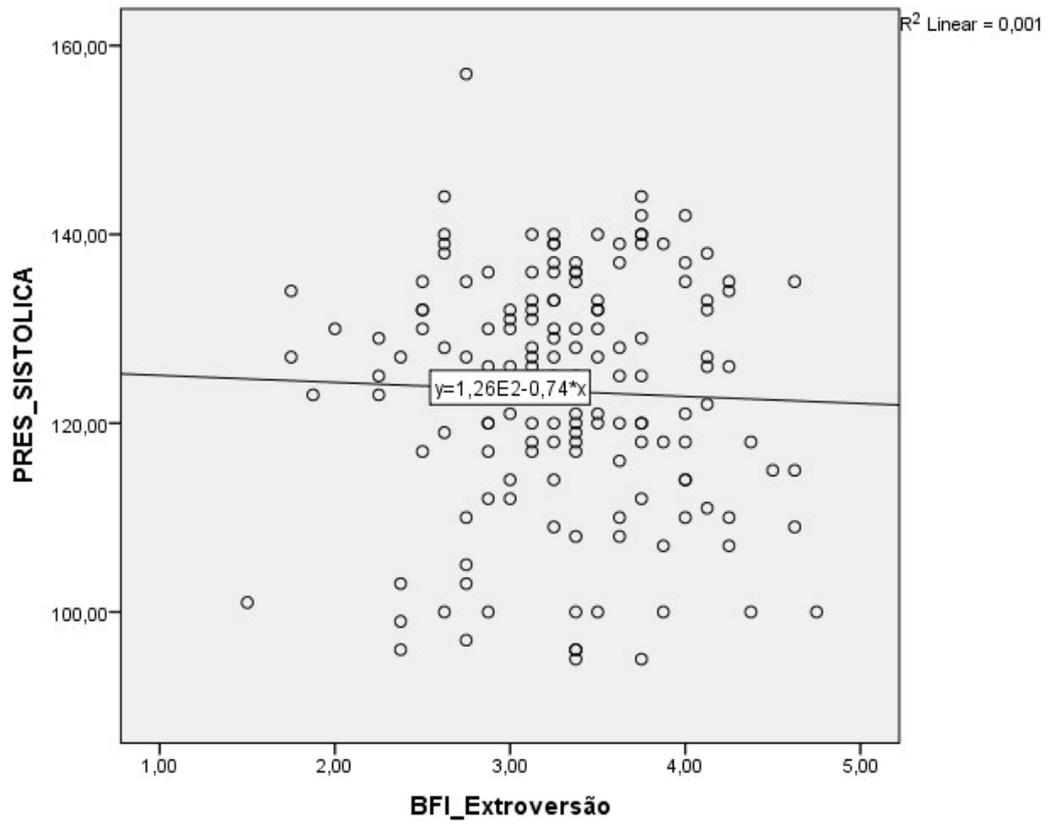
Anexo 3: Análise da Linearidade

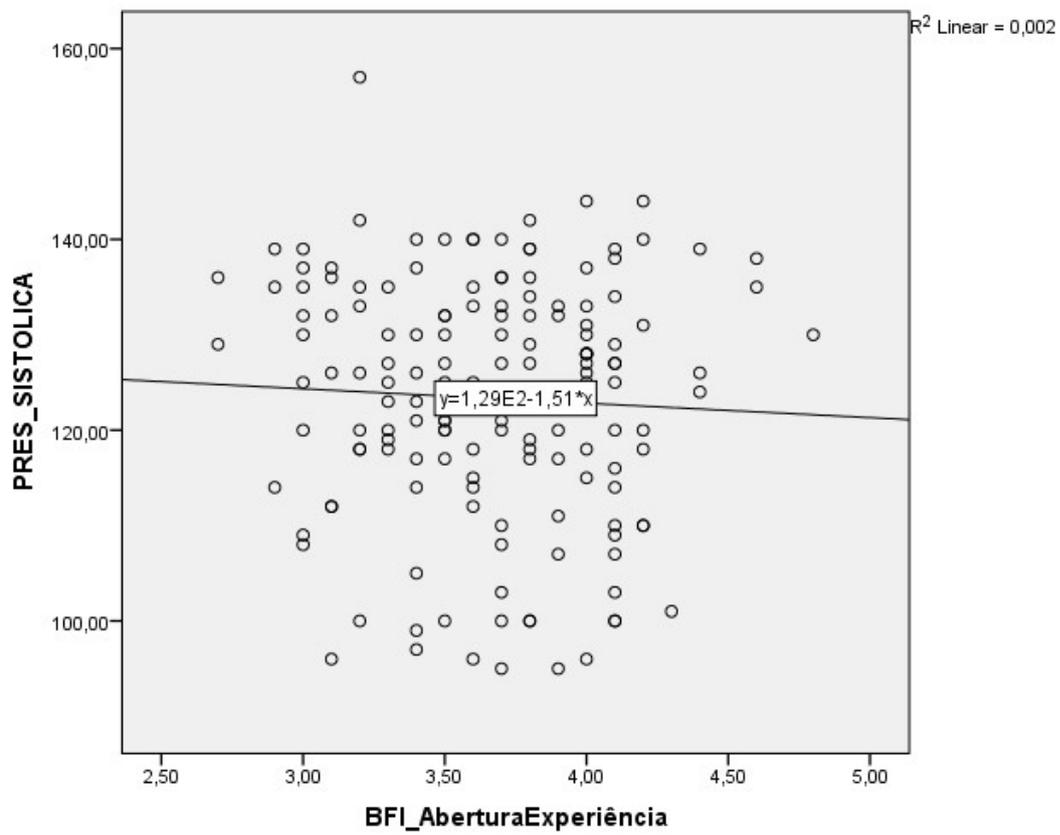
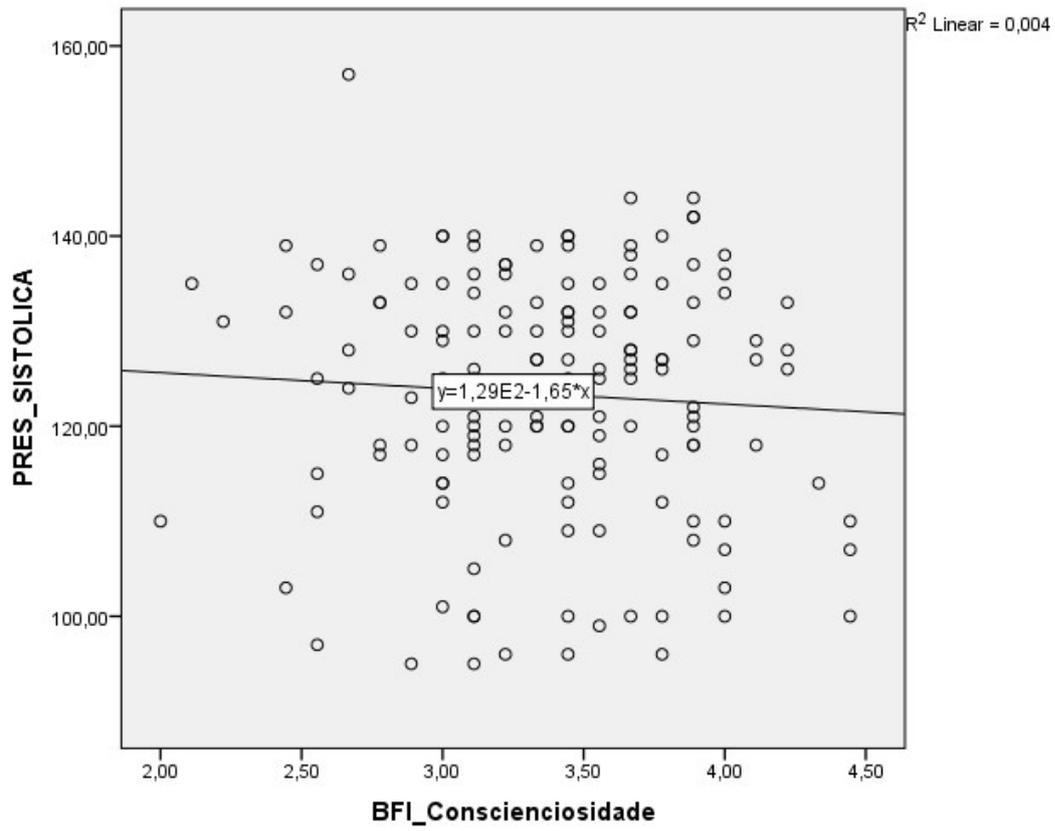
Gráficos de dispersão

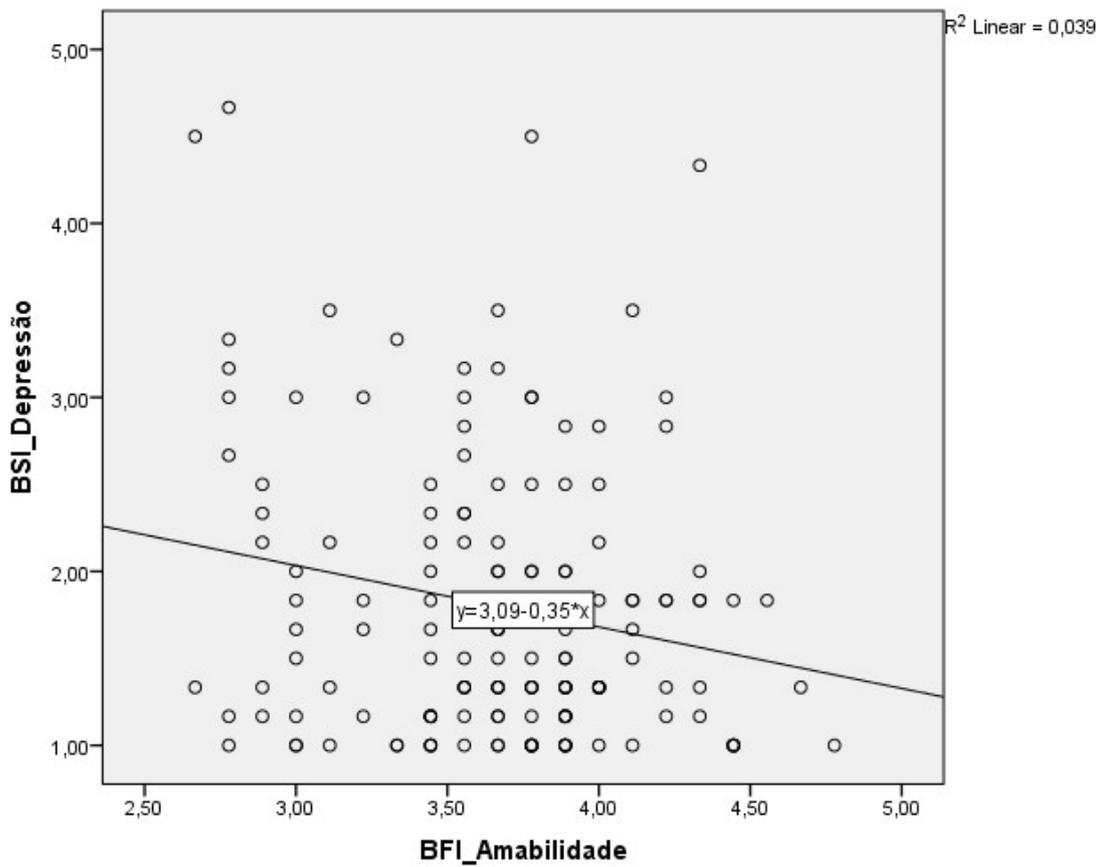
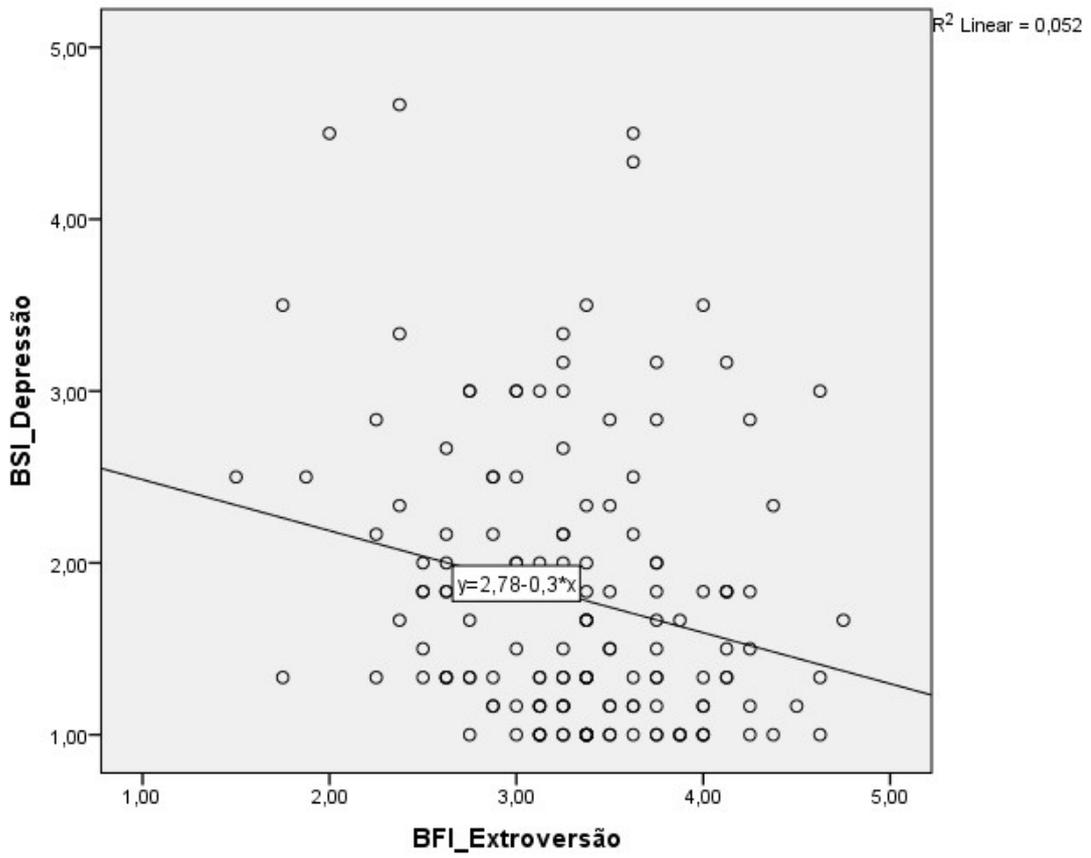


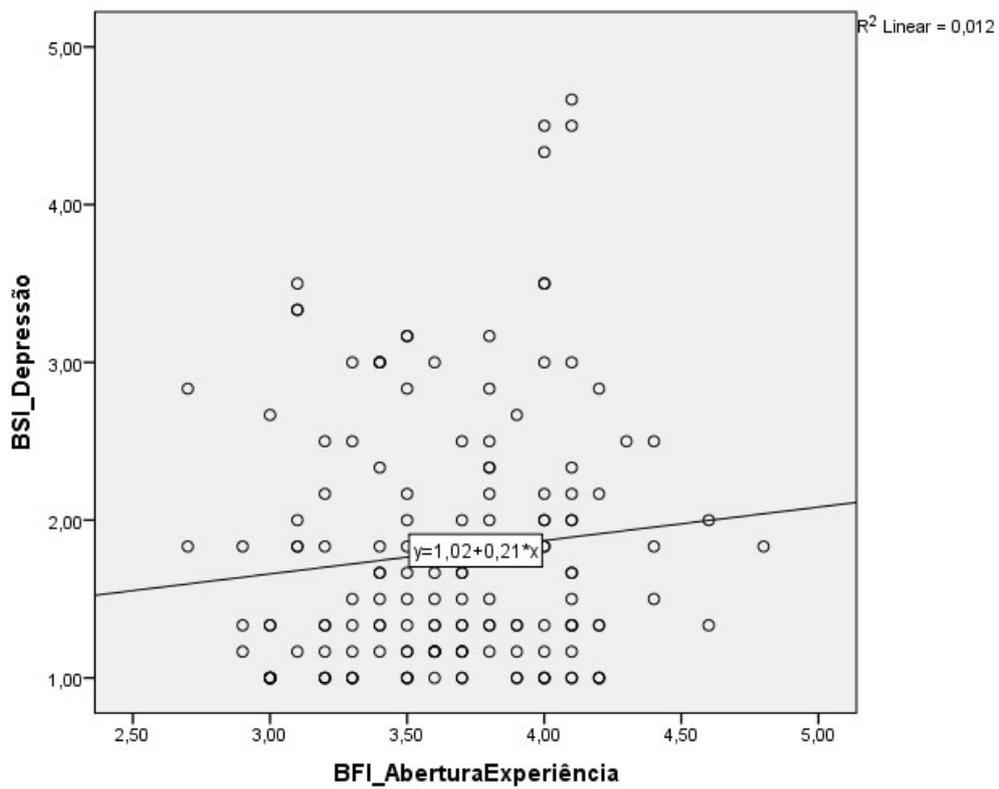
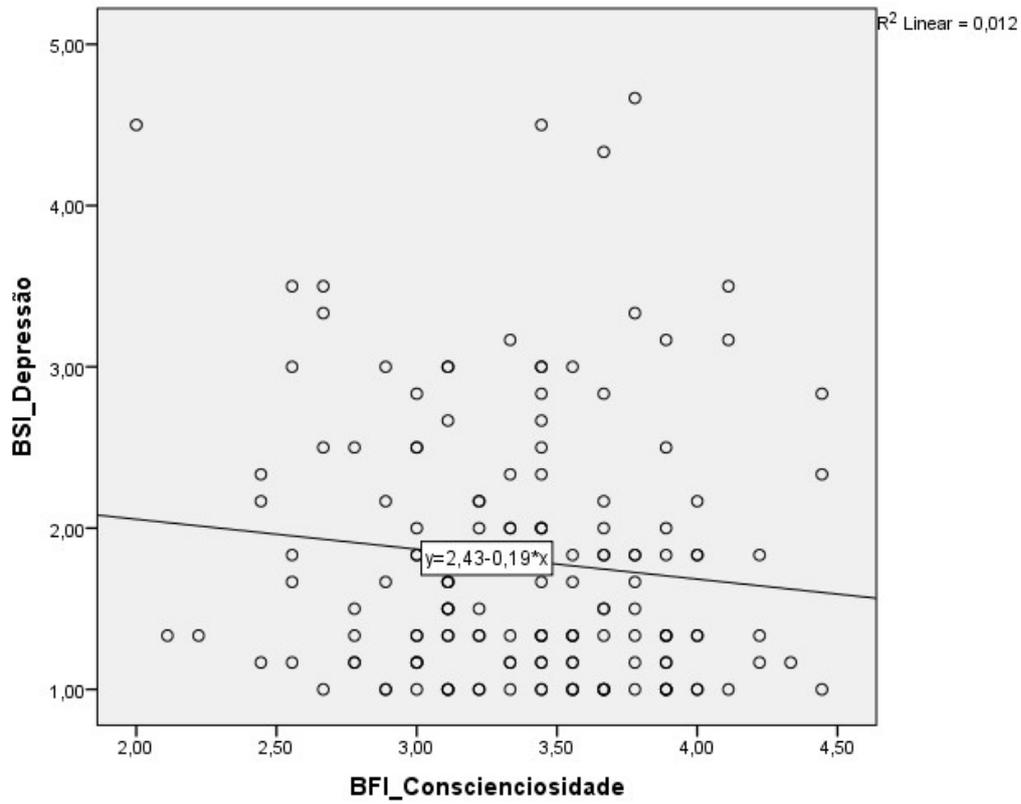


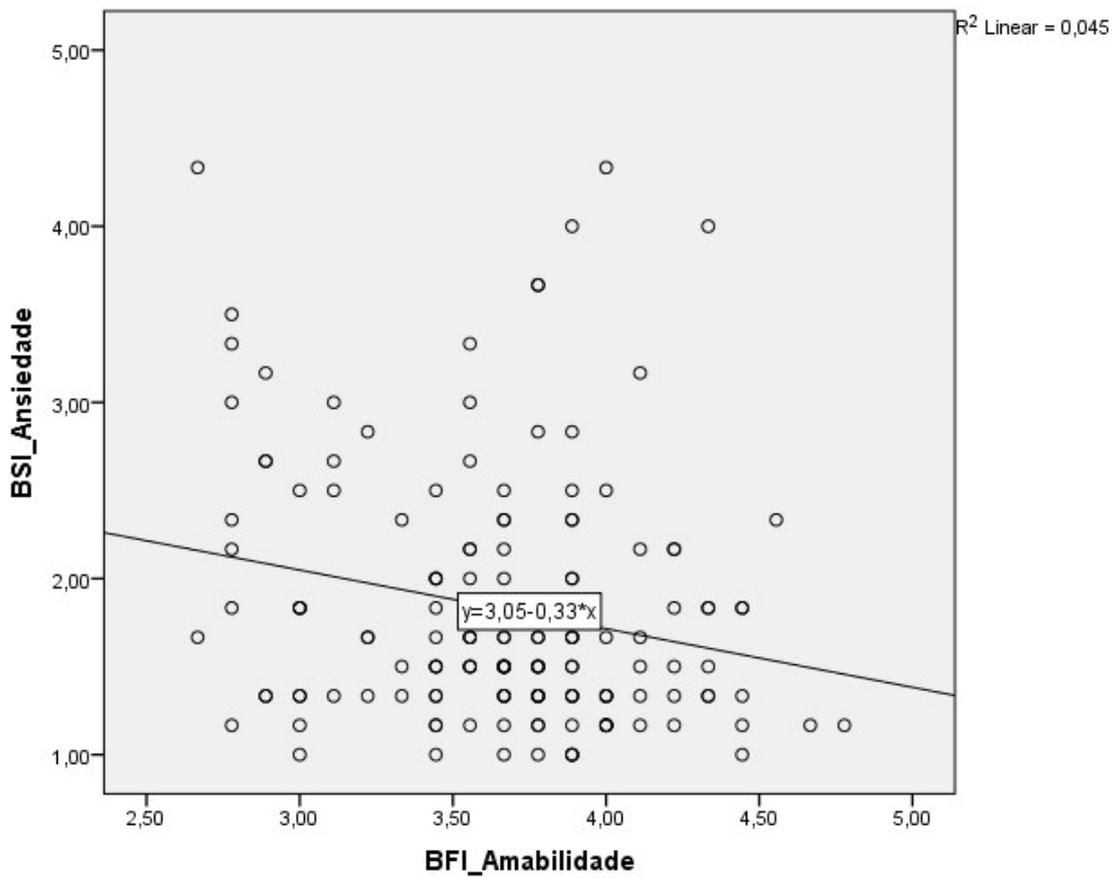
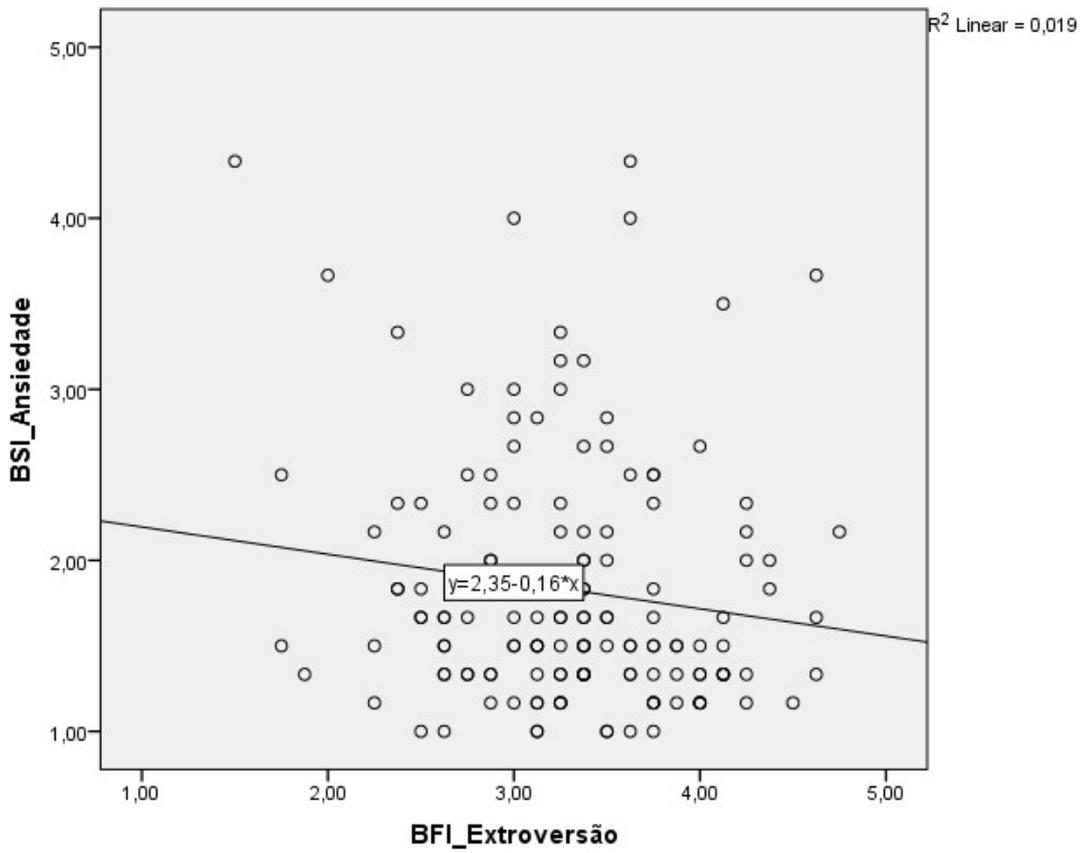




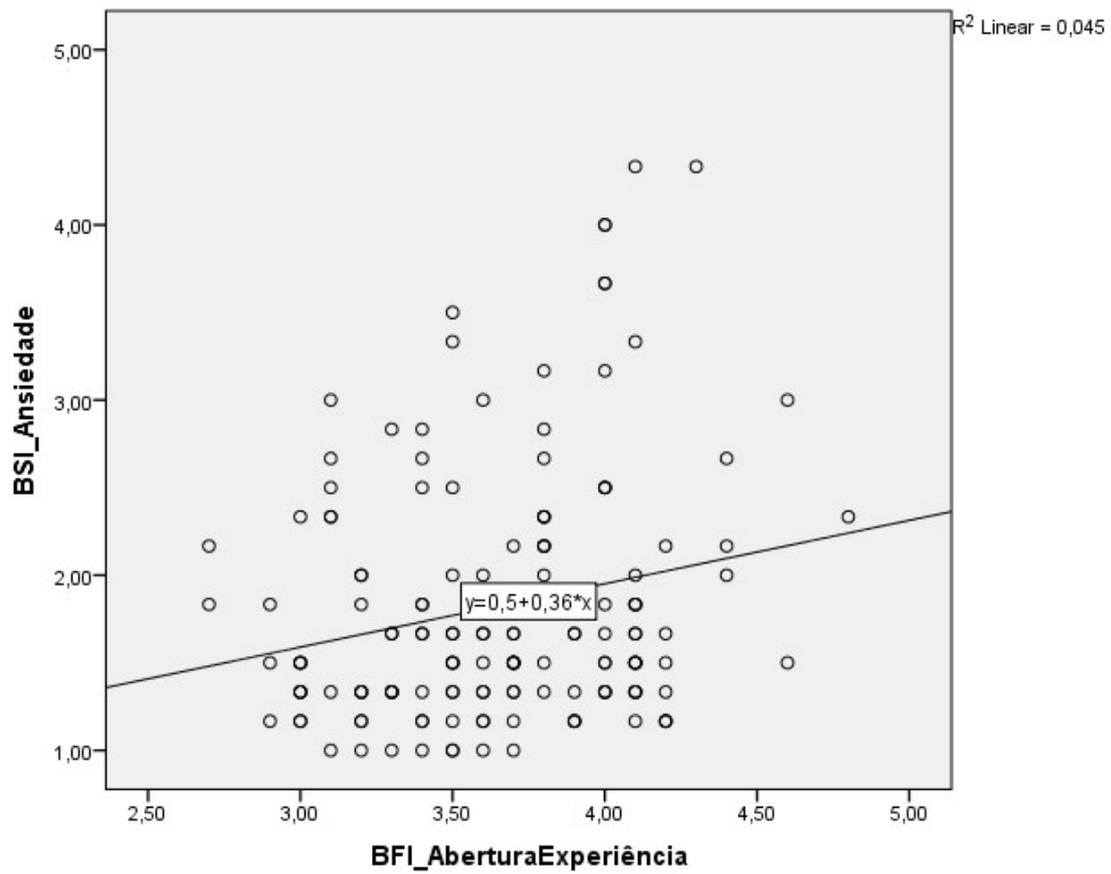
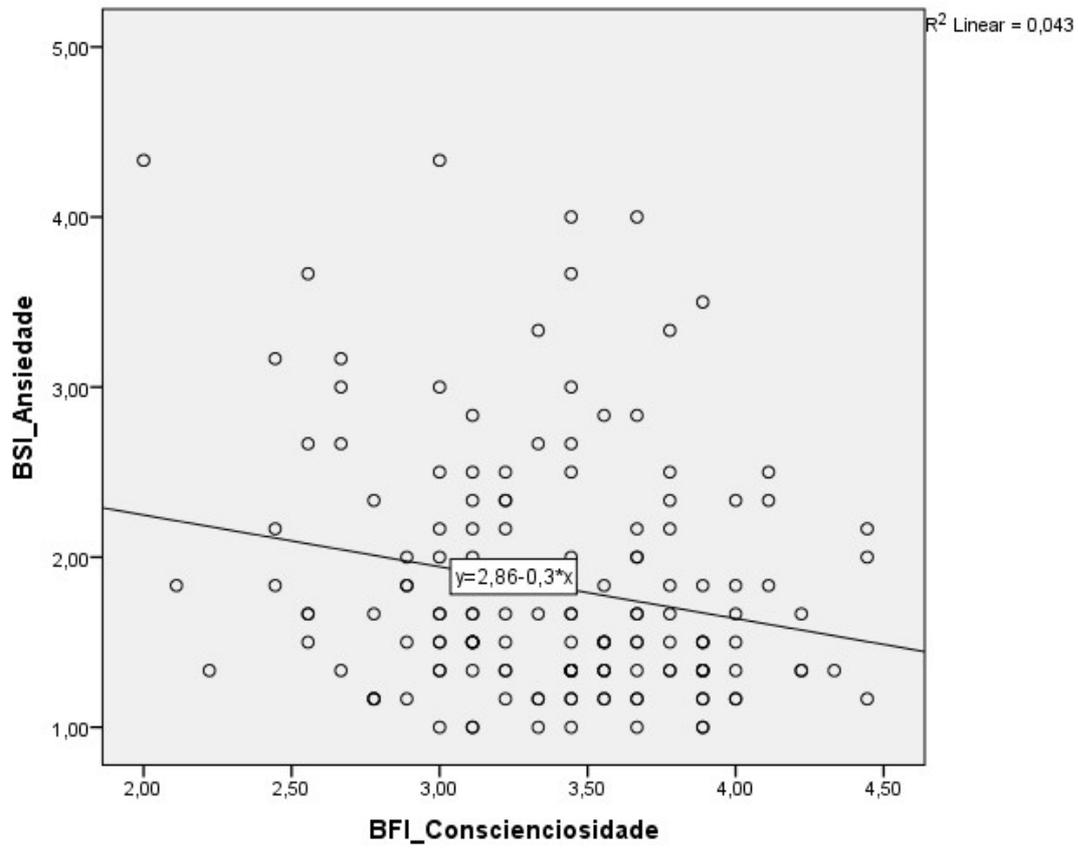








2



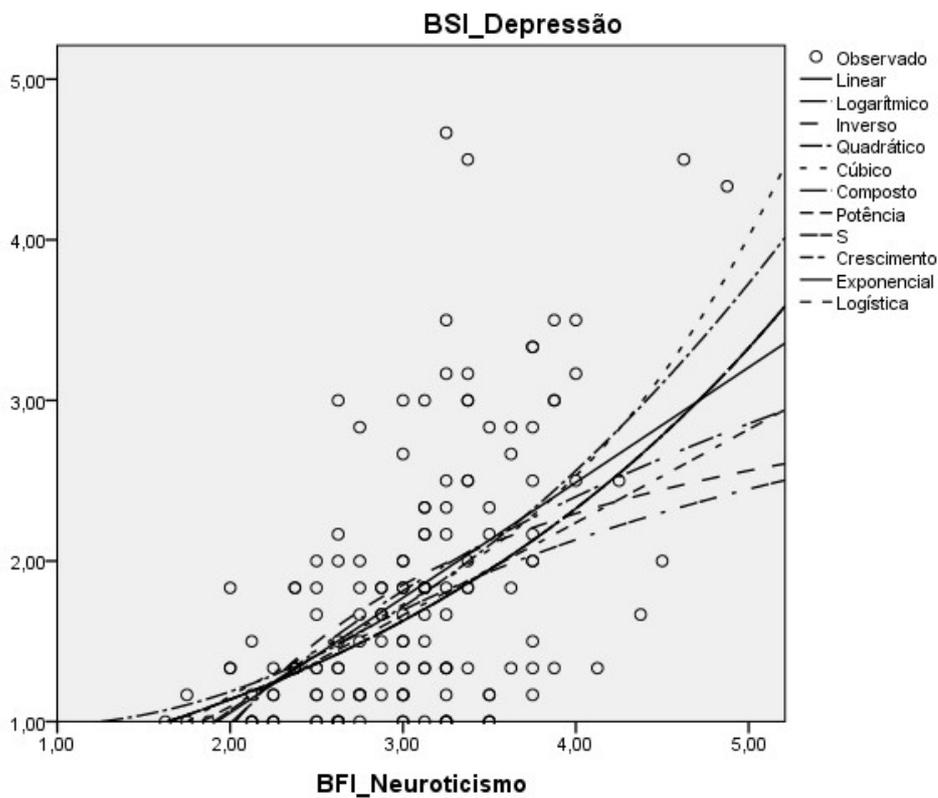
Curvas de estimação

Sumarização do modelo e estimativas dos parâmetros

Variável dependente: BSI Depressão

Equação	Sumarização do modelo					Estimativas de Parâmetro			
	R quadrado	F	gl1	gl2	Sig.	Constante	b1	b2	b3
Linear	.281	58.937	1	151	,000	-0.379	0.717		
Logarítmico	.262	53.519	1	151	,000	-0.424	2.037		
Inverso	.235	46.279	1	151	,000	3.630	-5.339		
Quadrático	.291	30.774	2	150	,000	1.086	-0.268	0.159	
Cúbico	.293	20.568	3	149	,000	-1.114	1.969	-0.569	0.076
Composto	.281	59.148	1	151	,000	0.557	1.430		
Potência	.272	56.382	1	151	,000	0.534	1.034		
S	.252	50.995	1	151	,000	1.447	-2.759		
Crescimento	.281	59.148	1	151	,000	-0.586	0.358		
Exponencial	.281	59.148	1	151	,000	0.557	0.358		
Logística	.281	59.148	1	151	,000	1.797	0.699		

A variável independente é BFI_Neuroticismo.

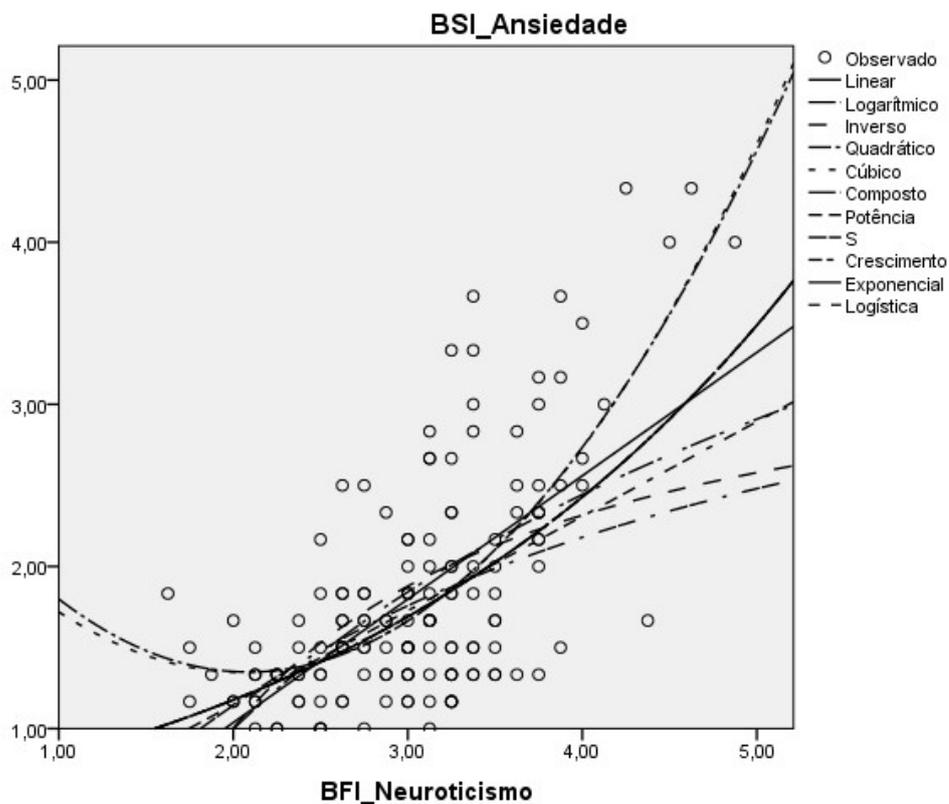


Sumarização do modelo e estimativas dos parâmetros

Variável dependente: BSI Ansiedade

Equação	Sumarização do modelo					Estimativas de Parâmetro			
	R quadrado	F	gl1	gl2	Sig.	Constante	b1	b2	b3
Linear	.408	104.210	1	151	.000	-0.485	0.761		
Logarítmico	.354	82.849	1	151	.000	-0.449	2.086		
Inverso	.293	62.637	1	151	.000	3.629	-5.253		
Quadrático	.483	70.083	2	150	.000	3.005	-1.586	0.380	
Cúbico	.483	46.418	3	149	.000	2.720	-1.296	0.285	0.010
Composto	.396	99.044	1	151	.000	0.571	1.436		
Potência	.356	83.335	1	151	.000	0.570	1.009		
S	.304	65.824	1	151	.000	1.425	-2.582		
Crescimento	.396	99.044	1	151	.000	-0.561	0.362		
Exponencial	.396	99.044	1	151	.000	0.571	0.362		
Logística	.396	99.044	1	151	.000	1.752	0.696		

A variável independente é BFI_Neuroticismo.

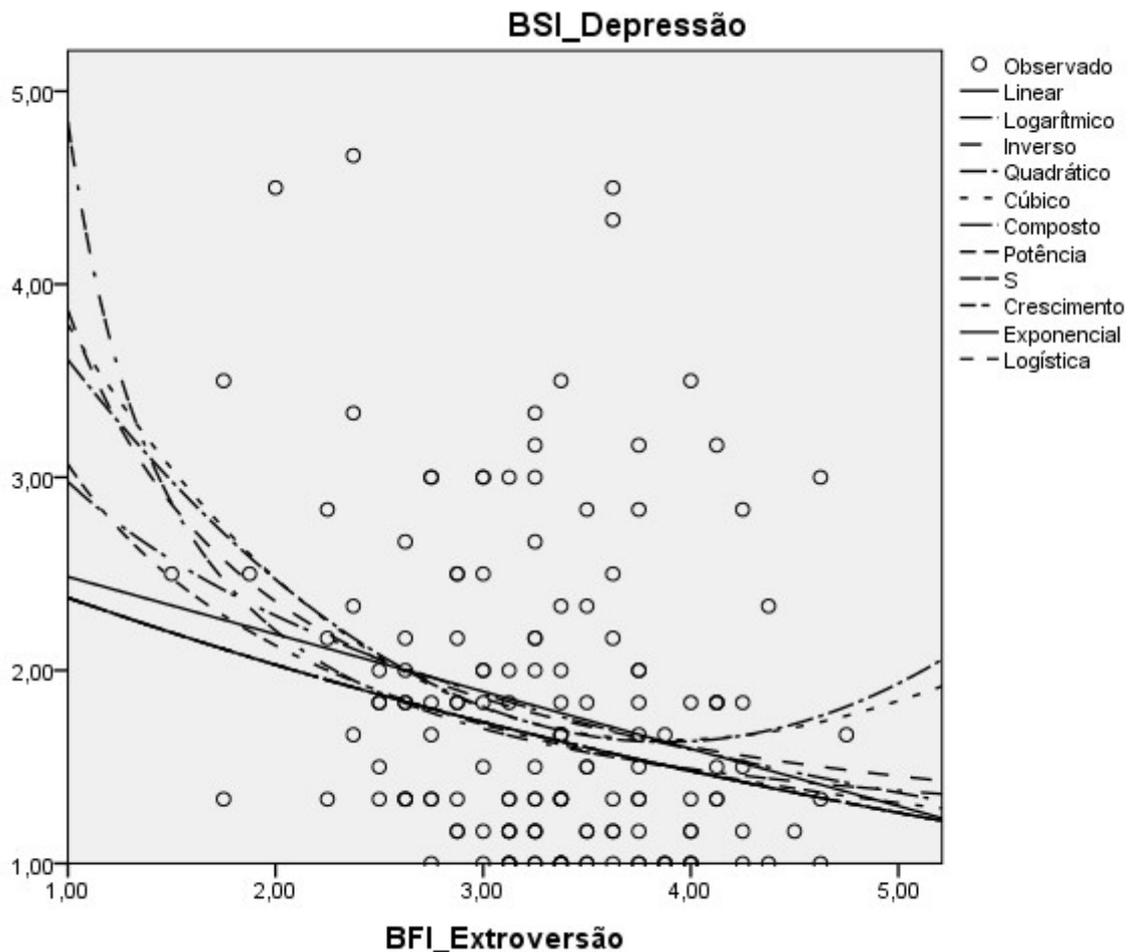


Sumarização do modelo e estimativas dos parâmetros

Variável dependente: BSI Depressão

Equação	Sumarização do modelo					Estimativas de Parâmetro			
	R quadrado	F	gl1	gl2	Sig.	Constante	b1	b2	b3
Linear	.052	8.307	1	151	.005	2.781	-0.297		
Logarítmico	.062	10.011	1	151	.002	2.977	-1.001		
Inverso	.069	11.248	1	151	.001	0.849	3.017		
Quadrático	.078	6.348	2	150	.002	5.226	-1.856	0.240	
Cúbico	.078	4.215	3	149	.007	5.885	-2.533	0.460	-0.023
Composto	.060	9.561	1	151	.002	2.783	0.854		
Potência	.070	11.284	1	151	.001	3.068	-0.527		
S	.076	12.383	1	151	.001	0.006	1.572		
Crescimento	.060	9.561	1	151	.002	1.023	-0.158		
Exponencial	.060	9.561	1	151	.002	2.783	-0.158		
Logística	.060	9.561	1	151	.002	0.359	1.171		

A variável independente é BFI_Extroversão.

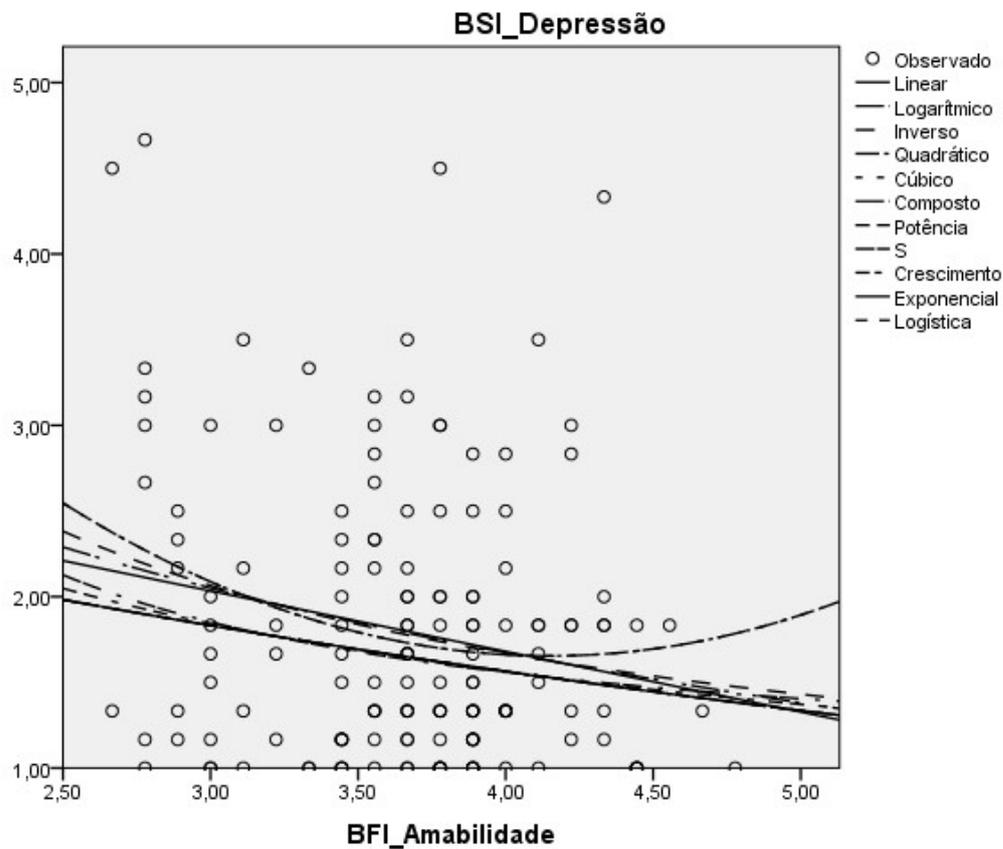


Sumarização do modelo e estimativas dos parâmetros

Variável dependente: BSI Depressão

Equação	Sumarização do modelo					Estimativas de Parâmetro			
	R quadrado	F	gl1	gl2	Sig.	Constante	b1	b2	b3
Linear	.039	6.127	1	151	.014	3.093	-0.353		
Logarítmico	.043	6.737	1	151	.010	3.492	-1.312		
Inverso	.046	7.362	1	151	.007	0.479	4.757		
Quadrático	.050	3.986	2	150	.021	7.307	-2.726	0.329	
Cúbico	.050	3.986	2	150	.021	7.307	-2.726	0.329	0.000
Composto	.031	4.900	1	151	.028	2.942	0.854		
Potência	.034	5.235	1	151	.024	3.481	-0.579		
S	.036	5.572	1	151	.020	-0.075	2.074		
Crescimento	.031	4.900	1	151	.028	1.079	-0.158		
Exponencial	.031	4.900	1	151	.028	2.942	-0.158		
Logística	.031	4.900	1	151	.028	0.340	1.171		

A variável independente é BFI_Amabilidade.

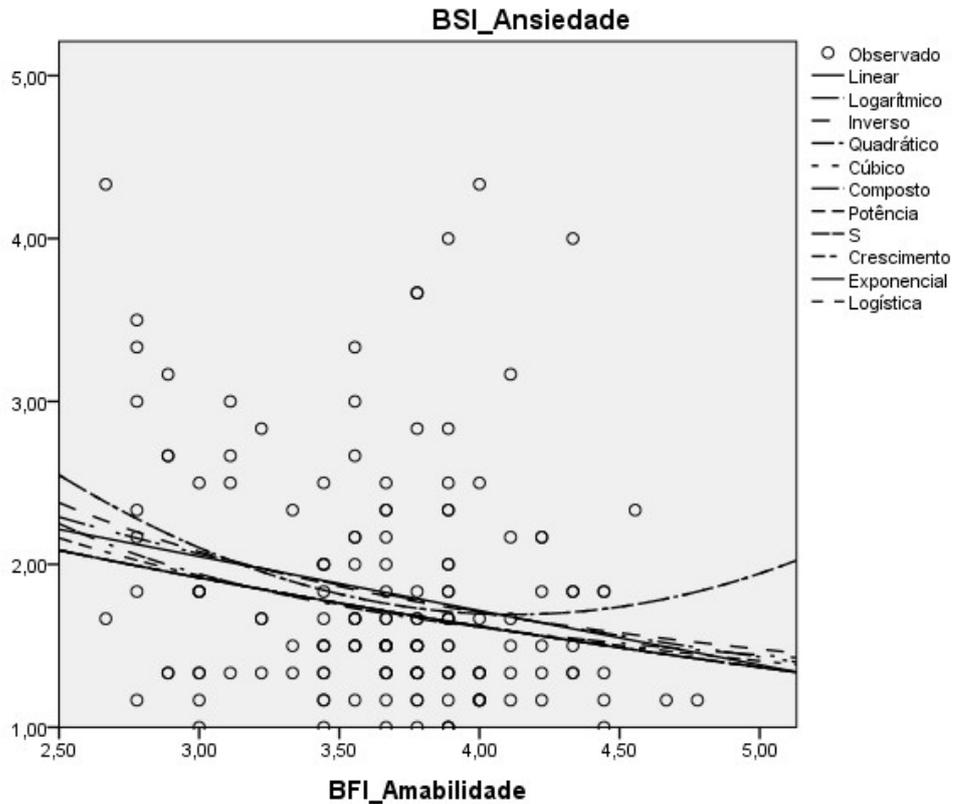


Sumarização do modelo e estimativas dos parâmetros

Variável dependente: BSI Ansiedade

Equação	Sumarização do modelo					Estimativas de Parâmetro			
	R quadrado	F	gl1	gl2	Sig.	Constante	b1	b2	b3
Linear	.045	7.071	1	151	.009	3.047	-0.333		
Logarítmico	.049	7.806	1	151	.006	3.425	-1.238		
Inverso	.054	8.550	1	151	.004	0.580	4.495		
Quadrático	.059	4.728	2	150	.010	7.227	-2.686	0.326	
Cúbico	.059	4.728	2	150	.010	7.227	-2.686	0.326	.000
Composto	.049	7.829	1	151	.006	3.182	0.845		
Potência	.053	8.410	1	151	.004	3.814	-0.620		
S	.056	8.966	1	151	.003	-0.077	2.221		
Crescimento	.049	7.829	1	151	.006	1.157	-0.169		
Exponencial	.049	7.829	1	151	.006	3.182	-0.169		
Logística	.049	7.829	1	151	.006	0.314	1.184		

A variável independente é BFI_Amabilidade.

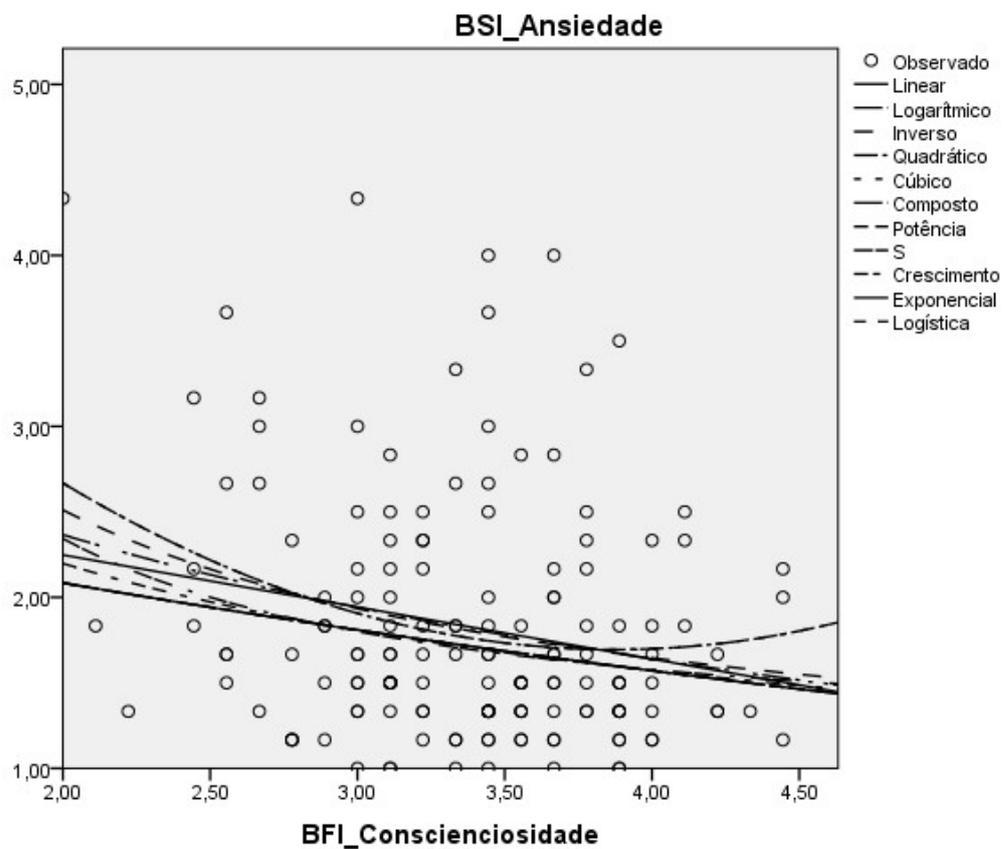


Sumarização do modelo e estimativas dos parâmetros

Variável dependente: BSI Ansiedade

Equação	Sumarização do modelo					Estimativas de Parâmetro			
	R quadrado	F	gl1	gl2	Sig.	Constante	b1	b2	b3
Linear	.043	6.776	1	151	.010	2.856	-0.304		
Logarítmico	.049	7.707	1	151	.006	3.092	-1.048		
Inverso	.054	8.677	1	151	.004	0.780	3.461		
Quadrático	.058	4.621	2	150	.011	5.857	-2.149	.277	
Cúbico	.058	4.621	2	150	.011	5.857	-2.149	.277	.000
Composto	.040	6.245	1	151	.014	2.765	0.868		
Potência	.044	7.010	1	151	.009	3.074	-0.484		
S	.049	7.740	1	151	.006	0.060	1.583		
Crescimento	.040	6.245	1	151	.014	1.017	-0.141		
Exponencial	.040	6.245	1	151	.014	2.765	-0.141		
Logística	.040	6.245	1	151	.014	0.362	1.152		

A variável independente é BFI_Conscienciosidade.

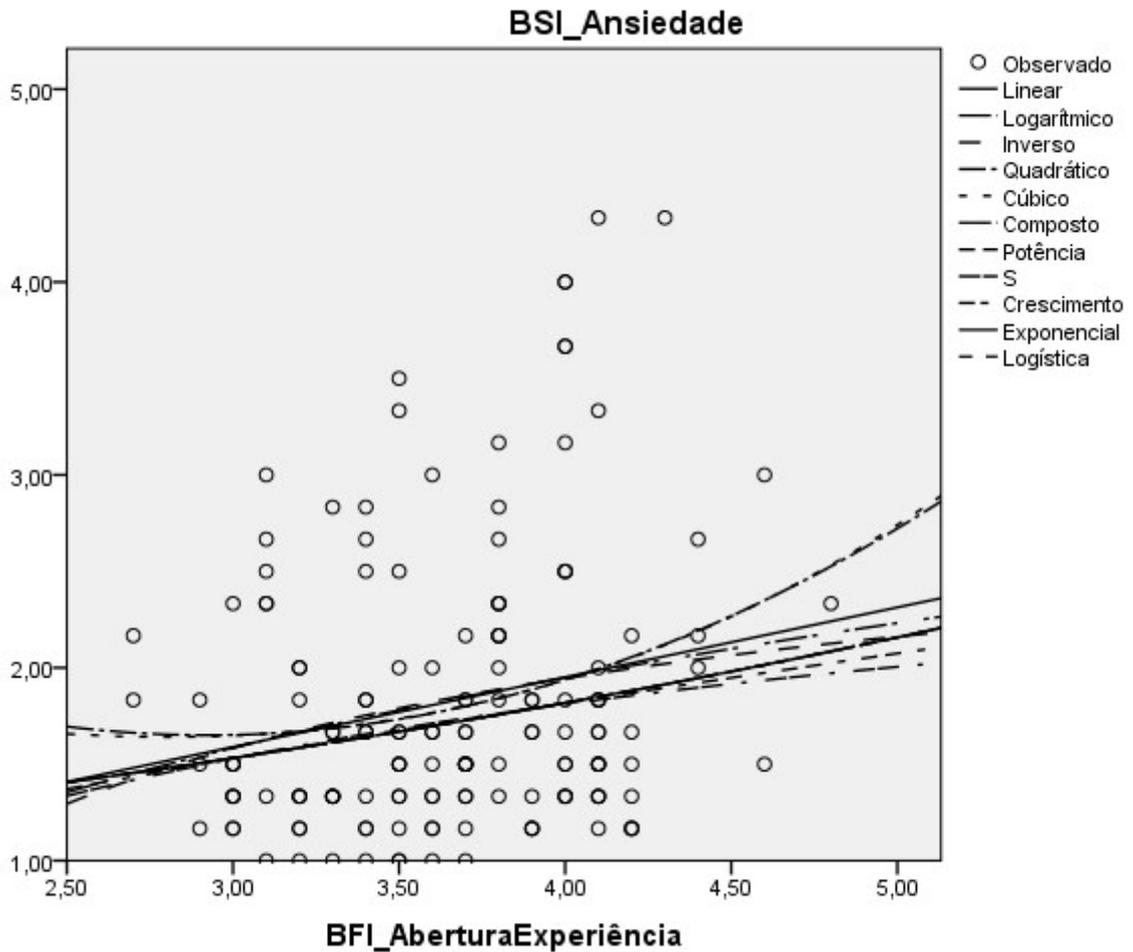


Sumarização do modelo e estimativas dos parâmetros

Variável dependente: BSI_Ansiedade

Equação	Sumarização do modelo					Estimativas de Parâmetro			
	R quadrado	F	gl1	gl2	Sig.	Constante	b1	b2	b3
Linear	.045	7.041	1	151	.009	0.504	0.362		
Logarítmico	.042	6.633	1	151	.011	0.193	1.267		
Inverso	.039	6.158	1	151	.014	3.029	-4.338		
Quadrático	.050	3.946	2	150	.021	3.776	-1.454	.249	
Cúbico	.050	3.912	2	150	.022	2.588	-0.506	.000	.021
Composto	.043	6.752	1	151	.010	0.916	1.187		
Potência	.040	6.297	1	151	.013	0.794	0.597		
S	.037	5.780	1	151	.017	1.102	-2.032		
Crescimento	.043	6.752	1	151	.010	-0.087	0.171		
Exponencial	.043	6.752	1	151	.010	0.916	0.171		
Logística	.043	6.752	1	151	.010	1.091	0.843		

A variável independente é BFI_AberturaExperiência.



Anexo 4: Protocolo de recolha de dados

Investigação em Comportamento Humano e Biomedicina

O objetivo desta investigação é avaliar aspetos de natureza psicológica e biomédica, nomeadamente a associação entre saúde mental, personalidade, etc. e níveis de glicose, colesterol ou outros indicadores físicos.

Para tal, contamos com a sua colaboração através do preenchimento do questionário que aqui se apresenta (que é anónimo e confidencial) e a disponibilização de medidas fisiológicas.

A sua participação é muito importante.

Desde já muito obrigado pela sua colaboração!

...

Universidade da Beira Interior - Portugal
Departamento de Psicologia e Educação & Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS)
Prof. Doutor Henrique Pereira
Prof. Doutor Manuel Loureiro
Prof.^a Doutora Graça Esgalhado
Prof.^a Doutora Marina Afonso
Prof. Doutor Samuel Monteiro

E-mail: hpereira@ubi.pt

Para iniciar o preenchimento, carregue no botão "Continuar".

Se desejar ter acesso aos resultados da sua participação, indique o seu e-mail no final do formulário, no espaço reservado para esse fim.

Ao iniciar, está ciente dos objetivos desta pesquisa e aceita disponibilizar as suas respostas unicamente para tratamento estatístico. Garantimos que os seus dados apenas serão utilizados para este fim.



Parte 1 - Dados Sócio-demográficos

1. **A sua idade?**

.....

2.

O seu género sexual?*Marcar apenas uma oval.*

- Homem
- Mulher
- Outra:

3.

O seu estado marital atual?

Indique o que melhor descreve o seu estado atual.

Marcar apenas uma oval.

- Casado(a)
- Solteiro(a)
- Divorciado(a)/Separado(a)
- Viúvo(a)
- Unido(a) de facto
- Tenho um namoro/compromisso afetivo
- Outra:

4.

Qual é o seu local de residência?*Marcar apenas uma oval.*

- Uma pequena cidade
- Uma grande cidade
- Um pequeno meio rural
- Um grande meio rural

5.

Qual é o seu nível de escolaridade?*Marcar apenas uma oval.*

- Até 9 anos de escolaridade
- Até 12 anos de escolaridade
- Formação universitária (Licenciatura/Bacharelato)
- Formação universitária (Mestrado/Doutoramento)
- Outra:

6.

Qual é a sua situação profissional?*Marcar apenas uma oval.*

- Desempregado(a)
- Estudante
- Trabalhador(a)-estudante
- Trabalhador(a) por conta de outrem
- Trabalhador(a) por conta própria
- Reformado(a)
- Outra:

7.

Qual é o seu estatuto sócio-económico?*Marcar apenas uma oval.*

- Baixo
- Baixo-médio
- Médio
- Médio-alto
- Alto

8.

Como se identifica relativamente à sua orientação sexual?*Marcar apenas uma oval.*

- Heterossexual
- Bissexual
- Homossexual

Parte 2 - Personalidade (BFI-44)

Em seguida encontram-se algumas características que lhe podem, ou não, dizer respeito. Por favor, assinale na escala a seguir, a posição que melhor expressa a sua opinião em relação a si mesmo(a) e assinale-a. Não existem respostas certas, nem erradas!

9.

Vejo-me como alguém que...*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
É conversador, comunicativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Às vezes é frio e distante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tende a ser crítico com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É minucioso e detalhista no trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É assertivo, não teme expressar o que sente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insiste até concluir a tarefa ou o trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É depressivo, triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosta de cooperar com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É original, tem sempre novas ideias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É temperamental, muda de humor facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10.

Vejo-me como alguém que...*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
É inventivo, criativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É reservado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valoriza o artístico, o estético	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É emocionalmente estável, não se altera facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É prestativo e ajuda os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É, às vezes, tímido e inibido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pode ser um tanto descuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É amável, tem consideração pelos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tende a ser preguiçoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz as coisas com eficiência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.

Vejo-me como alguém que...*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
É relaxado, controla bem o stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É facilmente distraído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém-se calmo nas situações de tensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prefere trabalho rotineiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É curioso sobre muitas coisas diferentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É sociável, extrovertido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É geralmente confiável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É, às vezes, rude (grosseiro) com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É cheio de energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Começa discussões, disputas, com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É um trabalhador de confiança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz planos e segue-os à risca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12.

Vejo-me como alguém que...*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Tem uma imaginação fértil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fica tenso com frequência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É engenhoso, alguém que gosta de analisar profundamente as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fica nervoso facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gera muito entusiasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tende a ser desorganizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosta de refletir, brincar com as ideias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem capacidade de perdoar, perdoa facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-se muito com tudo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tende a ser quieto, calado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem poucos interesses artísticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É sofisticado em artes, música ou literatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parte 3 - Saúde Mental (BSI)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam.

Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O(A) INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA.

13.

INDIQUE O GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O(A) INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Nervosismo ou tensão interior	<input type="radio"/>				
Desmaios ou tonturas	<input type="radio"/>				
Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="radio"/>				
Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="radio"/>				
Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="radio"/>				
Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="radio"/>				
Dores sobre o coração ou no peito	<input type="radio"/>				
Medo na rua ou praças públicas	<input type="radio"/>				
Pensamentos de acabar com a vida	<input type="radio"/>				
Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="radio"/>				

14.

INDIQUE O GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O(A) INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Perder o apetite	<input type="radio"/>				
Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="radio"/>				
Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="radio"/>				
Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="radio"/>				
Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="radio"/>				
Sentir-se sozinho	<input type="radio"/>				
Sentir-se triste	<input type="radio"/>				
Não ter interesse por nada	<input type="radio"/>				
Sentir-se atemorizado	<input type="radio"/>				
Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="radio"/>				

15.

INDIQUE O GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O(A) INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="radio"/>				
Sentir-se inferior aos outros	<input type="radio"/>				
Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="radio"/>				
Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="radio"/>				
Dificuldade em adormecer	<input type="radio"/>				
Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="radio"/>				
Dificuldade em tomar decisões	<input type="radio"/>				
Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="radio"/>				
Sensação de que lhe falta o ar	<input type="radio"/>				
Calafrios ou afrontamentos	<input type="radio"/>				

16.

INDIQUE O GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O(A) INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo	<input type="radio"/>				
Sensação de vazio na cabeça	<input type="radio"/>				
Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="radio"/>				
Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="radio"/>				
Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="radio"/>				
Ter dificuldade em se concentrar	<input type="radio"/>				
Falta de forças em partes do corpo	<input type="radio"/>				
Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="radio"/>				
Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="radio"/>				
Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="radio"/>				

17.

INDIQUE O GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O(A) INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="radio"/>				
Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="radio"/>				
Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="radio"/>				
Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="radio"/>				
Ter ataques de terror ou pânico	<input type="radio"/>				
Entrar facilmente em discussão	<input type="radio"/>				
Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="radio"/>				
Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="radio"/>				
Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="radio"/>				
Sentir que não tem valor	<input type="radio"/>				
A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="radio"/>				
Ter sentimentos de culpa	<input type="radio"/>				
Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="radio"/>				

Parte 4 - Avaliação do Sono (CSO)

Em seguida, iremos avaliar os seus níveis de qualidade do sono.

18.

Qual o seu grau de satisfação em relação ao seu estado de sono?*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito insatisfeito(a)	<input type="radio"/>	Muito satisfeito(a)						

19.

Quantos dias na última semana teve dificuldades em...*Marcar apenas uma oval por linha.*

	0 dias	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias
Adormecer	<input type="radio"/>				
Permanecer a dormir	<input type="radio"/>				
Alcançar um sono reparador	<input type="radio"/>				
Despertar à hora habitual	<input type="radio"/>				
Acordar	<input type="radio"/>				

20.

Quanto tempo demora a adormecer depois de se deitar?*Marcar apenas uma oval.*

- <10 minutos
- 10-15 minutos
- 16-30 minutos
- 31-45 minutos
- 46-60 minutos
- >60 minutos

21.

Quantas vezes acorda durante a noite?*Marcar apenas uma oval.*

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- +4

22.

Se acorda, pensa que se deve a quê?*Marcar apenas uma oval.*

- Dores
- Vontade de urinar
- Ruídos
- Outra:

23.

Eficiência do sono = horas dormidas/horas na cama. Em média, quantas horas tem dormido cada noite em relação ao número de horas em que permanece na cama?

Marcar apenas uma oval.

- 91%-100%
- 81%-90%
- 71%-80%
- 61%-70%
- 60% ou menos

24.

Quantos dias por semana...

Marcar apenas uma oval por linha.

	0 dias	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias
tem estado preocupado(a) ou tem notado cansaço ou diminuição do funcionamento sócio-laboral por não ter dormido bem na noite anterior?	<input type="radio"/>				
se tem sentido demasiado sonolento(a), deixando-se dormir durante o dia ou dormindo mais do que o habitual à noite?	<input type="radio"/>				
tem estado preocupado(a) ou tem notado cansaço ou diminuição do funcionamento sócio-laboral por ter sentido demasiado sono durante o dia ou ter tido períodos do sono diurno?	<input type="radio"/>				
tem, ou têm-lhe dito que tem, ressonado?	<input type="radio"/>				
tem, ou têm-lhe dito que tem, ressonado com falta de ar?	<input type="radio"/>				
tem, ou têm-lhe dito que tem, movimentos das pernas?	<input type="radio"/>				
tem, ou têm-lhe dito que tem, pesadelos?	<input type="radio"/>				
tem, ou têm-lhe dito que tem, outro tipo de comportamentos durante o sono?	<input type="radio"/>				

25.

Durante quantos dias por semana tem usado medicamentos ou qualquer outro produto para dormir, com ou sem prescrição médica, para o(a) ajudar a dormir?

Marcar apenas uma oval.

- 0 dias
- 1-2 dias
- 3 dias
- 4-5 dias
- 6-7 dias

Parte 5 - Funcionamento sexual (MGH)

Por favor, responda a todas las perguntas assinalando a resposta correta ou a resposta que lhe parece mais adequada no seu caso (Considere como "normal" o período da sua vida, quando esteve mais satisfeito com o seu funcionamento sexual).

26.

No último mês...*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Totalmente ausente	Marcadamente diminuída	Quase normal	Normal	Algo acima do normal	Marcadamente acima do normal	Completamente acima do normal
Como esteve o seu interesse sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como esteve a sua capacidade para obter estimulação ou excitação sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como esteve a sua capacidade para obter orgasmos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como foi a sua capacidade para atingir e manter uma ereção (se for homem) ou uma lubrificação (se for mulher)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em geral, como é a sua satisfação com a sua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parte 6 - Suicídio (SBQ-R)

27.

Alguma vez pensou em suicidar-se?*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca.
- Apenas um pensamento passageiro.
- Tive um plano para me suicidar, pelo menos uma vez, mas nunca concretizei nada.
- Tive um plano para me suicidar e queria mesmo morrer.

28.

Alguma vez tentou suicidar-se?*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca.
- Apenas uma tentativa fugaz.
- Tentei suicidar-me, mas não queria realmente morrer.
- Tentei suicidar-me e queria realmente morrer.

29.

No último ano, com que frequência pensou em suicidar-se?*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca.
- Raramente (uma vez)
- Por vezes (duas vezes)
- Várias vezes (três ou quatro vezes)
- Muitas vezes (cinco ou mais vezes)

30.

No último ano, com que frequência tentou suicidar-se?*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca.
- Raramente (uma vez)
- Por vezes (duas vezes)
- Várias vezes (três ou quatro vezes)
- Muitas vezes (cinco ou mais vezes)

31.

No caso de já ter pensado ou tentado suicidar-se, alguma vez comunicou isso a alguém?*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

32.

Qual é a probabilidade de algum dia se vir a suicidar?*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada provável	<input type="radio"/>	Muito provável						

Parte 7 - Queixas somáticas (SSS-8)

33.

Com que frequência sentiu cada um dos seguintes sintomas nos últimos 7 dias?*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca ou raramente	Poucas vezes	Por vezes	Algumas vezes	Muitas vezes ou sempre
Problemas de estômago ou de intestinos	<input type="radio"/>				
Dores nas costas	<input type="radio"/>				
Dores nos braços, pernas ou articulações	<input type="radio"/>				
Dores de cabeça	<input type="radio"/>				
Dores no peito ou falta de fôlego	<input type="radio"/>				
Tonturas	<input type="radio"/>				
Cansaço ou falta de energia	<input type="radio"/>				
Problemas de sono	<input type="radio"/>				

Parte 8 - Comportamentos agressivos (ABS)

Por favor, responda a cada uma das questões seguintes, pensando no que realmente fez nos últimos 7 dias.

34.

Nos últimos 7 dias...*Marcar apenas uma oval por linha.*

	0 vezes	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes	6 vezes ou +
Meti-me com alguém para o (a) fazer zangar.	<input type="radio"/>						
Zanguei-me muito facilmente com alguém.	<input type="radio"/>						
Bati em alguém depois de me terem batido a mim.	<input type="radio"/>						
Disse coisas acerca de alguém para gozar com ela.	<input type="radio"/>						
Encorajei os outros a lutarem.	<input type="radio"/>						
Empurrei ou atirei-me contra outras pessoas.	<input type="radio"/>						
Estive zangado(a) a maior parte do dia.	<input type="radio"/>						
Meti-me numa luta física porque estava zangado(a).	<input type="radio"/>						
Esbofetei ou pontapeei alguém.	<input type="radio"/>						
Chamei nomes a outras pessoas.	<input type="radio"/>						
Ameacei fazer mal ou bater em alguém.	<input type="radio"/>						

Parte 9 - Indicadores biomédicos

35.

Indique o seu peso atual:

Em kg

.....

36.

Indique a sua altura atual:

Ex: 174cm ou 1,74m

.....

37.

No caso de ter realizado alguma análise recente aos níveis de GLICÉMIA no seu sange, qual foi o valor obtido?

No caso de nunca ter realizado este tipo de análise, passe à frente.

.....

38.

No caso de ter realizado alguma análise recente aos níveis de COLESTEROL TOTAL no seu sange, qual foi o valor?

No caso de nunca ter realizado este tipo de análise, passe à frente.

.....

39.

No caso de ter realizado alguma análise recente aos níveis de TRIGLICERIDOS no seu sange, qual foi o valor?

No caso de nunca ter realizado este tipo de análise, passe à frente.

.....

40.

No caso de ter realizado alguma análise recente aos níveis de TESTOSTERONA TOTAL na sua saliva ou no seu sangue, qual foi o valor?

No caso de nunca ter realizado este tipo de análise, passe à frente.

.....

41.

No caso de ter realizado alguma avaliação recente aos níveis de PRESSÃO ARTERIAL, qual foi o valor da PRESSÃO SISTÓLICA?

Ex: 127. No caso de nunca ter realizado este tipo de avaliação, passe à frente.

.....

42.

No caso de ter realizado alguma avaliação recente aos níveis de PRESSÃO ARTERIAL, qual foi o valor da PRESSÃO DISTÓLICA?

Ex: 78. No caso de nunca ter realizado este tipo de avaliação, passe à frente.

.....

43.

No caso de ter realizado alguma avaliação recente aos níveis de PRESSÃO ARTERIAL, qual foi o valor da PULSAÇÃO?

Ex: 100 batidas/minuto. No caso de nunca ter realizado este tipo de avaliação, passe à frente.

.....

44.

No caso de ter realizado alguma avaliação recente aos níveis de PRESSÃO ARTERIAL, foi detetada ARRITMIA?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

45.

Neste momento está a tomar alguma medicação?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

46.

Se está a tomar alguma medicação neste momento, por favor, indique qual:

Se não está a tomar nenhuma medicação, passe à frente.

.....

47.

Tem alguma doença diagnosticada?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

48.

Se tiver alguma doença diagnosticada, por favor, indique qual:

Se não tem nenhuma doença diagnosticada, passe à frente.

.....

49.

Fuma?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

50.

Se fuma, indique (em média) quantos cigarros fuma por dia?

.....

51.

Bebe bebidas alcoólicas?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

52.

Se bebe bebidas alcoólicas, indique (em média) quantas medidas por semana bebe.

1 medida = 1 copo de vinho, 1 lata ou garrafa de cerveja, 1 cálice/shot de bebida branca

.....

53.

Pratica algum tipo de atividade física de forma sistemática e frequente neste momento?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

54.

No caso de ser mulher, está a tomar a pílula contracetiva?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

55.

Se desejar, deixe aqui o seu comentário:

.....

.....

.....

.....

.....

56.

Se desejar saber os resultados da sua participação, indique o seu endereço de e-mail:

.....
.....
.....
.....
.....

E é tudo! Muito obrigado pela sua colaboração

Para enviar as suas respostas, carregue no botão "Submeter"

