

Zélia Tatiana Silva Cunha

O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: acontecimentos de vida,
vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2011

Zélia Tatiana Silva Cunha

O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: acontecimentos de vida,
vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2011

Zélia Tatiana Silva Cunha

O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: acontecimentos de vida,
vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Fernando Pessoa, pela mestranda
Zélia Tatiana Silva Cunha para obtenção do grau
de Mestre em Psicologia, na área de especialização
em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação
da Mestre Sónia Alves.

Porto, 2011

Resumo

A polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) mais conhecida por doença dos pezinhos apresenta um conjunto de repercussões físicas e psicológicas. O objectivo do presente trabalho é analisar a percepção de *stress*, a vulnerabilidade ao *stress* e a sintomatologia psicopatológica nos portadores assintomáticos e nos doentes com PAF. A amostra é constituída por 89 indivíduos com idades compreendidas entre os 19 e os 62 anos, divididos em portadores assintomáticos (n=53, 59,6%) e doentes (n=36, 40,4%).

Os dados foram recolhidos individualmente na Unidade Clínica de Paramiloidose no Hospital de Santo António, tendo-se utilizado para o efeito um Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, *Life Experiences Survey* (LES) (Silva, Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003), a Escala de 23 Questões para Avaliar a Vulnerabilidade ao *Stress* (23 QVS) (Serra, 2000) e o *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Canavarro, 1995).

Não foram verificadas diferenças significativas entre o grupo de doentes e portadores assintomáticos ao nível da vulnerabilidade ao *stress* ($t=-1,226$; $p=0,224$). Em termos de sintomatologia psicopatológica, apenas os níveis de depressão ($t=-2,215$; $p=0,023$), ansiedade ($t=-2,255$; $p=0,027$), somatização ($t=-2,403$; $p=0,018$), índice geral de sintomas ($t=-2,061$; $p=0,040$) e total de sintomas positivos ($t=-2,557$; $p=0,012$) variam significativamente entre os dois grupos, sendo sempre superiores na amostra de doentes. Ao nível da percepção de *stress*, os resultados revelaram-se significativos apenas para o *distress* ($t=-2,102$; $p=0,038$) entre os grupos.

Foram também discutidos os resultados obtidos, analisando-se as limitações apresentadas pelo estudo, as implicações do estudo para a prática, apresentando-se também sugestões para futuros estudos.

Palavras-chave: Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF); Portadores Assintomáticos; Doentes; *Stress* e Sintomas Psicopatológicos.

Abstract

The familial amyloidotic polyneuropathy (FAP) better known diseases of the feet has a set of physical and psychological repercussions. The purpose of this study is to analyze the perception of *stress*, vulnerability to *stress* and psychological symptoms in asymptomatic carriers and patients with FAP. The sample consists of 89 individuals aged between 19 and 62 years were divided into asymptomatic (n=53, 59,6%) and patients (n=36, 40,4%).

Data were collected individually in Amyloidosis Clinical Unit at the Hospital de Santo António, having been used for this purpose a questionnaire Socio-Demographic and Clinical, *Life Experience Survey* (LES) (Silva, Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003), Scale 23 Questions about Vulnerability to Stress (23 QVS) (Serra, 2000) and the *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Canavarro, 1995).

No significant differences were found between the group of asymptomatic patients and the level of vulnerability to *stress* ($t=-1,226$, $p=0,224$). In terms of psychological symptoms, only the levels of depression ($t=-2,215$, $p=0,023$), anxiety ($t=-2,255$, $p=0,027$), somatization ($t=-2,403$, $p=0,018$), index of symptoms ($t=-2,061$, $p=0,040$) and total positive symptoms ($t=-2,557$, $p=0,012$) varied significantly between the two groups, being always higher in the patient sample. At the level of perceived *stress*, the results show is only significant for *distress* ($t=-2,102$, $p=0,038$) between groups.

We also discussed the results obtained by analyzing the limitations presented by the study, the study's implications for practice, also presenting suggestions for future studies.

Keywords: Familial Amyloidotic Polyneuropathy (FAP) Patients with Asymptomatic; Patients; *Stress* and Brief Symptom.

Dedicatória

À minha família por todo o apoio e compreensão ao longo destes anos.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à minha orientadora da Universidade Fernando Pessoa, Mestre Sónia Alves, pela disponibilidade, ajuda e incentivo na realização deste trabalho.

À Dra. Alice Lopes, Directora do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, pelo seu apoio incondicional, pela sua sabedoria e por acreditar sempre neste projecto.

À Dra. Teresa Coelho, Directora da Unidade Clínica de Paramiloidose, por me ter encaminhado todos os doentes que participaram neste estudo e também pela disponibilidade e sabedoria de me esclarecer todas as dúvidas sobre a doença.

Ao meu namorado, Pedro, pela compreensão bem como pelo optimismo transmitido nos momentos mais difíceis.

A todos os meus amigos, sem excepção (não vou citar nomes), pois eles(as) sabem quem são, agradeço os momentos de alegria e tristeza partilhados, ajuda mútua, amizade e compreensão.

Agradeço ao Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. – Hospital de Santo António, mais concretamente à Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental e Psicologia da Saúde e Unidade Clínica de Paramiloidose, pela oportunidade e pela colaboração.

A todos os doentes que participaram neste estudo, sem eles não se podia realizar.

... a todos, muito obrigada!

Lista de Abreviaturas

APA – Associação Psiquiátrica Americana

BSI – Brief Symptom Inventory

CHP – Centro Hospitalar do Porto

CEP – Centro de Estudos da Paramiloidose

DSM-IV-TR – Diagnóstico e Estatística de Saúde Mental-4ª Revisão

LES – *Life Survey Experiences*

HSA – Hospital de Santo António

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAF – Polineuropatia Amiloidótica Familiar

PS – Psicologia da Saúde

PNI – Psiconeuroimunologia

SAG – Síndrome de Adaptação Geral

SNC – Sistema Nervoso Central

SPSS – *Statistical Package of Social Science*

UPL-PS – Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde

UCP – Unidade Clínica de Paramiloidose

TH – Transplante Hepático

TTR – Transtirretina

TTR V30M – Transtirretina com substituição da Valina por Metionina na posição 30

23 QVS – 23 Questões sobre a Vulnerabilidade ao *Stress*

Índice Geral

Resumo	v
Abstract	vi
Dedicatória	vii
Agradecimentos	viii
Lista de Abreviaturas	ix
Introdução	12
Capítulo I – Enquadramento teórico.....	14
1.1. Polineuropatia Amiloidótica Familiar	15
1.1.1. Definição	15
1.1.2. Etiologia da doença	17
1.1.3. Diagnóstico.....	18
1.1.4. Sintomatologia	19
1.1.4.1. Manifestações clínicas	19
1.1.4. Tratamento.....	23
1.1.5. Aspectos psicossociais associados à PAF	25
1.2. <i>Stress</i>	27
1.2.1. Enquadramento Histórico e Definição	27
1.2.2. Modelos gerais de <i>stress</i>	30
1.2.3. Factores indutores de <i>stress</i> – Acontecimentos de vida	33
1.2.4. <i>Stress</i> e Psiconeuroimunologia.....	35
1.2.5. Doenças físicas e desordens emocionais associadas ao <i>stress</i>	37
1.2.6. Vulnerabilidade ao <i>stress</i>	38
Capítulo II – Estudo Empírico	44
2.1. Objectivo Geral.....	45
2.2. Objectivos Específicos	45
2.3. Metodologia	46
2.3.1. Desenho da investigação	46
2.3.2. Variáveis em estudo.....	46
2.3.3. Participantes	47
2.3.4. Material	47

2.3.5. Procedimento	51
2.4. Apresentação dos resultados	53
2.5. Discussão dos resultados	101
Conclusão	109
Referências bibliográficas	111
Anexos	
Anexo A “Consentimentos dos instrumentos”	
Anexo B “Consentimento informado”	
Anexo C “Protocolo de avaliação”	
Anexo D “Projecto de investigação e autorização do HSA”	
Anexo E “Consistência interna da LES”	
Anexo F “Consistência interna da 23 QVS”	
Anexo G “Consistência interna do BSI”	

Índice de Figuras

Figura 1. Relação entre acontecimentos de vida, características e estados psicológicos e mudança imunológica	37
Figura 2. Resultados médios relativos às dimensões psicopatológicas (PA e D)	53
Figura 3 Resultados medís relativos às dimensões psicopatológicas do BSI (PA e D)	63
Figura 4. Existência de perturbação emocional (Amostra Geral)	94

Introdução

O presente trabalho tem como principal objectivo verificar a percepção de *stress*, a vulnerabilidade ao *stress* e a sintomatologia psicopatológica associada à população PAF em dois grupos específicos: portadores assintomáticos e doentes. Este projecto surgiu no âmbito da realização do meu estágio curricular no Hospital de Santo António, nomeadamente na Unidade Clínica de Paramiloidose onde se verificou que era primordial investigar estes factores na PAF.

A Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) é uma doença genética, cujo quadro clínico é denominado por uma neuropatia mista, sensorial, motora e autonómica, que atinge os sistemas e aparelhos, com sintomas digestivos, nefrológicos, cardíacos, dermatológicos, oftalmológicos e urológicos. É uma doença nervosa degenerativa e os primeiros sintomas entre os 20 e os 35 anos embora surgem alguns casos pós os 55 anos de idade (Sousa, Lobato & Sequeiros, 1988; Carvalho, 2004). A doença é, geralmente fatal entre 10 a 20 anos após o aparecimento dos primeiros sintomas e o seu diagnóstico (Ando, Aman, Suhr, Holmgren & Costa, 1998; Ando & Suhr 1998; Ando, 2003). Esta doença tem um impacto psicossocial significativo na vida destes doentes (Lopes & Fleming, 1996).

O *stress* é um problema de saúde pública e surge como resposta aos acontecimentos de vida quando ameaçam a saúde e bem-estar dos indivíduos. Em determinadas circunstâncias, a experiência de *stress* está relacionada com problemas de saúde, sintomas físicos e fisiológicos, emocionais, psicológicos, comportamentais e sociais (Matthieu & Ivanoff, 2006; Sacadura-Leite & Uva, 2007).

Contudo a realização deste estudo trouxe algumas dificuldades, nomeadamente ao nível da pesquisa bibliográfica e suporte teórico para fundamentar os objectivos propostos, embora como se trata de um estudo exploratório, serve como base de proposta para investigações futuras nesta patologia assim como para a comunidade científica.

Na conceptualização teórica, intitulada “*Capítulo I – Enquadramento teórico*”, procedemos à revisão da literatura científica sobre os grandes temas desta investigação, “*stress*” e Polineuropatia Amiloidótica Familiar. No estudo empírico, designado de

“*Capítulo II – Estudo empírico*” apresentamos os materiais e o método utilizado na presente investigação, mais especificamente, os desenhos de investigação, os instrumentos, os procedimentos, na tentativa de clarificação e alcance dos objectivos específicos propostos, a apresentação dos resultados (procuramos organizar de forma objectiva a numerosa informação que os instrumentos nos facultaram) e sua discussão (confrontando-os estudos realizados e experiência clínica com esta patologia). Ainda será apresentada de forma objectiva a conclusão com algumas limitações consideradas ao longo deste estudo, bem como, as propostas para investigações futuras.

O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: acontecimentos de vida, vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos

Capítulo I – Enquadramento teórico

1.1. Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF)

A Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF), ou também conhecida pelo senso comum como «doença dos pezinhos»; ou paramiloidose, foi descrita pela primeira vez pelo Professor Corino de Andrade (Neurologista do Hospital de Santo António), em 1952, com a observação minuciosa de doentes da região da Póvoa de Varzim (Andrade, 1952). Andrade identificou que todos os pacientes tinham uma forma peculiar de neuropatia periférica, que publicou um artigo na revista *Brain*, em 1952.

A PAF terá surgido no litoral norte do país, em particular na Póvoa do Varzim, na comunidade piscatória de Caxinas, alastrando-se de seguida por todo o país, nomeadamente Figueira da Foz, Unhais da Serra (Serra da Estrela) e algumas partes do mundo em especial no Brasil, Japão, França, ilha de Maiorca, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos da América (Munar-ques *et al.* 1988, Sousa *et al.* 1993, Lobato, 2003, Conceição, 2006).

Em Portugal, o registo dos doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar tem sido realizado, desde 1939, no Centro de Estudos de Paramiloidose (CEP), no Porto sob a responsabilidade dos médicos do Hospital de Santo António e do secretariado do CEP (Oliveira, 2002). Todos os doentes e familiares que, aí se dirigem para apoio clínico (prestado em colaboração com o Hospital Geral de Santo António) ou para a realização de testes genéticos preditivos ou de diagnóstico (Sequeiros, 2006). Desde essa data até ao final de 2003 foram observados no CEP 2093 doentes, correspondendo a 583 famílias, que aparentemente não estão relacionadas entre si (Sequeiros, 2006).

1.1.1. Definição

O início da doença data 1939, ano em que Corino de Andrade observa pela primeira vez uma doente de 37 anos, residente na Póvoa de Varzim com "*uma forma peculiar de neuropatia*" (Coutinho, 2001). A síndrome neurológica, a história clínica (com adormecimento, formigueiro, falta de sensibilidade térmica e dolorosa nos membros inferiores e superiores, dificuldades na marcha e diarreias), e a noção de que na sua família e na sua localidade existiam muitos doentes semelhantes, tais como pescadores que não sentiam dor quando se cortavam nas cordas dos barcos e se queimavam com os cigarros, o que despertou interesse de Andrade, visto não se enquadrar em nenhuma

patologia até então descrita, levando-o assim ao início da investigação da doença (Andrade, 1952).

A Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) é uma doença autossómica dominante progressiva, caracterizada pela deposição sistémica, extra celular de fibrilhas amilóides, no tecido conjuntivo, com excepção do cérebro e parênquima hepático, afectando particularmente o sistema nervoso periférico (SNP) (Coimbra & Andrade, 1971). De acordo com Freire (2003), é uma doença hereditária que se manifesta por meio de polineuropatia periférica sensitivo-motora progressiva, caracterizada por alterações de motilidade gastrointestinal, hipotensão postural, impotência precoce, infecções urinárias de repetição, desnutrição acentuada, a insuficiência cardíaca e renal ocorrem mais tardiamente.

Actualmente, a Paramiloidose Amiloidótica Familiar, está aglomerada no grande grupo das amiloidoses hereditárias. Existem quatro tipos diferentes de PAF: PAF tipo I (de Andrade ou tipo Português), associada à mutação da TTR V30M; PAF tipo II (de Rukavina ou tipo Indiana) (Rukavina *et al.*, 1956), associada à mutação TTR i84S (Maury, 1991), PAF tipo III (de Van Allen ou tipo Iowa) associada à mutação da apolipoproteína A1 (Allen, 1969; Nichols, 1990) e finalmente a PAF tipo IV (de Meretoja ou tipo Finlandês) associada à gelsolina (Meretoja, 1973; Maury, 1991), sendo o tipo português maior foco descrito.

De acordo com Coutinho, Silva, Lima e Barbosa (1980) a PAF tipo I ou tipo Português é uma doença hereditária autossómica provocada pelo defeito da Transtirretina (TTR), a substituição da valina por metionina na posição 30 (TTR Val30Met), localizada no cromossoma 18, caracterizando-se por depósitos de amilóide em vários órgãos e tecidos. A amilóide é uma substância de natureza proteica que se deposita no espaço extra-celular de vários tecidos e órgãos, tipicamente nos nervos periféricos (Guedes, 1976). Amiloidose, é a doença que resulta da presença desses depósitos (Benson, 2001). A alteração da proteína (substância amilóide) vai dar origem a lesões em todos os sistemas do organismo.

A PAF é uma doença hereditária, do sistema nervoso periférico, com transmissão autossómica dominante. É uma doença nervosa degenerativa com depósitos de

substância amilóide, com início tardio, sendo os primeiros sintomas entre os 20 e os 35 anos. Contudo têm sido registados casos de início tardio, com mais de 55 anos (Sousa, Lobato & Sequeiros, 1988; Carvalho, 2004). A doença é, geralmente fatal entre 10 a 20 anos após o aparecimento dos primeiros sintomas e o seu diagnóstico (Ando, Aman, Suhr, Holmgren & Costa, 1998; Ando & Suhr 1998; Ando, 2003).

A progressão da doença é sempre ascendente, começando nas extremidades distais dos membros inferiores, para as extremidades proximais dos membros superiores, motivo pelo qual é também denominada “doença dos pezinhos”. (Conceição, *cit in* Barros *et al* 2006).

O maior foco mundial é na Póvoa de Varzim, mas existem hoje casos em todo o mundo, sendo a Suécia um caso de incidência que mais se assemelha ao tipo Português (Drugge, Andersson, Chizari, Danielson, Holmgren, Sandgren & Sousa, 1993; Holmgren, Costa, Andersson, Asplund, Steen, Beckman, Nylander, Teixeira, Saraiva, & Costa, 1994).

Após a definição da PAF passaremos de seguida a abordar a questão da etiologia da doença.

1.1.2. Etiologia da doença

A etiologia da PAF está bastante estudada por diversos autores. A PAF está associada a um erro genético e bioquímico, no qual o fígado, por entender erradamente as informações recebidas, produz uma substância fibrilar altamente insolúvel designada por amilóide, a qual se vai depositar nos tecidos, em particular nos nervos (Andrade, 1952; Pinho & Costa, 1993; Dias, 2000).

A causa da PAF está directamente relacionada com a produção pelo fígado de uma transtirretina anómala, amiloidogénica, onde a valina é substituída pela metionina na posição 30 (TTR Met 30) (Lobato, Beirão, Silva, Bravo, Silvestre, Guimarães, Sousa, Noel & Sequeiros, 2003).

A doença normalmente não salta gerações, embora se conheçam alguns casos que os progenitores não são portadores (Coelho, Sousa, Lourenço & Ramalheira, 1994).

1.1.3. Diagnóstico

É primordial diagnosticar a PAF precocemente, e nesse aspecto os clínicos gerais têm um papel preponderante visto serem eles, geralmente, os primeiros a observarem estes doentes. Até há alguns anos atrás, a PAF era diagnosticada com base na história clínica e familiar dos indivíduos (factor hereditariedade), e pela biópsia de pele e do nervo (Oliveira, 2000).

Actualmente, existe a possibilidade de detectar a TTR através da análise da proteína anormal no sangue, e no líquido amniótico, permitindo aos clínicos realizarem um diagnóstico pré-natal (Santos, 1996). Neste sentido, a descoberta do erro genético e bioquímico permite identificar a proteína anormal, a TTR Met 30, através de uma análise ao sangue, simplificando o diagnóstico de casos clínicos suspeitos (Coelho, 1996; Dias, 2000).

De acordo com Dias (2000), este tipo de diagnóstico permitiu introduzir novas questões: por um lado, a existência de portadores do gene anormal que se manifesta ou não em idade tardia, o que justifica o aparecimento de doentes sem progenitores afectados e, por outro lado, o uso de meios mais sofisticados e a pesquisa aprofundada sobre a proteína anormal, a qual possibilita demonstrar que um número significativo de indivíduos desenvolve os primeiros sintomas em outros órgãos que não os mais comuns, como por exemplo, problemas oculares (olho), problemas sexuais (disfunção erétil e impotência sexual), e só passados alguns anos desenvolvem os problemas motores.

Actualmente é permitido aos doentes paramiloidóticos constituir descendência com um risco reduzido de estes serem portadores da doença. Isto é possível graças a duas técnicas: o diagnóstico genético pré-implantatório e o diagnóstico pré-natal.

O diagnóstico pré-natal (DPN) tem como objectivo identificar os fetos portadores da doença, na condição de uma possível interrupção da gravidez, sendo necessário o prévio consentimento informado dos progenitores. Este é realizado através de uma amniocentese, que permite detectar a proteína anormal (TTR Met 30), às 14/16 semanas de gestação (Sequeiros, 1996).

O diagnóstico genético pré-implantatório (DGPI) é realizado em embriões obtidos por fertilização *in vitro* ou por micro-injecção intraplacentária. Aos embriões são removidas uma ou duas células (blastómeros), por biopsia, no seu terceiro dia de desenvolvimento e posteriormente avaliados, na tentativa de diagnosticar uma patologia genética (Barros, 2000).

1.1.4. Sintomatologia

De acordo com Andrade (1952) dos 64 doentes observados havia um quadro clínico constante e repetitivo, que ao mesmo tempo não se parecia com nenhuma das afecções até então conhecidas; uma neuropatia sensitivo-motora associada a uma multiplicidade de sintomas com vários aparelhos envolvidos, tais como, disfunção sexual, diarreia, hipotensão ortostática e disritmias cardíacas.

Entre a sintomatologia mais evidente e mais precoce encontra-se a disfunção erétil, que traduz problemas de auto-estima e sentimentos de impotência e raiva (Alves, Conceição & Sales, 1997). A PAF vai incapacitando o doente afectando-o quase em todos os órgãos, desde os olhos ao coração, pois é multissistémica (Andersson, 1976; Ando & Suhr 1998; Freitas & Maciel, 1988; Gomes & Martins, 1988).

1.1.4.1. Manifestações Clínicas

Nesta patologia ocorre uma polineuropatia sensitiva, motora e vegetativa com início nas extremidades dos membros inferiores, seguido dos superiores e finalmente o tronco (Almeida, 2003).

Na PAF a perda de sensibilidade térmica e algica começa quase sempre nos membros inferiores, de forma simétrica acompanhada de parestesias e disestesias (Conceição, 2006).

Assim, ao nível cardiovascular, a PAF é caracterizada por uma cardiopatia com perturbações na condução cardíaca, que provoca alterações electrocardiográficas, com perturbações no automatismo e na condução cardíaca, sem apresentar sinais e sintomas

de insuficiência cardíaca congestiva (Andrade, *et al.*, 1969). Também se verifica frequentemente disritmia cardíaca, síncope e morte súbita (Conceição, 2006).

Para melhor caracterizar o envolvimento cardíaco nestes doentes, foi realizado um estudo em Portugal, por Fonseca *et al.*, com 110 doentes. Este estudo teve como base a análise do traçado electrocardiográfico, ecocardiograma e holter (Coutinho, 2006). Nos resultados foram encontradas alterações de hiperecogenicidade ou disfunção diastólica; alteração do relaxamento ventricular, em fases ainda precoces da doença; e aumento da espessura das paredes ventriculares, em fases mais evoluídas; perturbação do ritmo é muito frequente, em regra antecedendo as alterações ecocardiográficas (Coutinho, 2006).

Carvalho (2001), investigou 212 doentes com PAF e verificou que havia uma modificação do padrão normal da variação circadiana da tensão arterial. Nas fases iniciais da doença verificou-se um amortecimento da normal descida da tensão arterial durante o período da noite. Nas fases mais evoluídas, ocorreu mesmo uma inversão do padrão circadiano, com tensões arteriais nocturnas superiores às registadas durante o dia.

Como a diminuição da actividade cardíaca em doentes com disautonomia, está associada a desinervação miocárdica, conclui-se que a desinervação adrenérgica cardíaca é uma das alterações mais precoces, antecedendo as manifestações clínicas da Paramiloidose (Coutinho, 2006).

As perturbações gastrointestinais são de forma geral atribuídas à neuropatia autonómica. Surgem de forma precoce, e estão relacionadas com as alterações do trânsito intestinal ao nível da obstipação e diarreia (Saraiva, 2006). Primeiro surge a obstipação, seguindo-se um período de alternância entre obstipação e diarreia e, posteriormente, diarreia persistente por vezes provocando incontinência fecal (Pinto & Costa, 1986). Outros sintomas referidos são: vómitos, náuseas, distensão abdominal e enfartamento pós-prandial. Estes distúrbios gastrointestinais fazem com que a desnutrição se vá acentuado e a perda ponderal aumentar de tal forma que a caquexia se torna numa das principais causas de morte (Costa, *et al.*, 1990; Saraiva, 2006).

A qualidade de vida destes doentes é gravemente atingida devido à incontinência de esfíncteres numa fase terminal, relacionada com episódios frequentes de diarreia (Almeida, 2003).

Ao nível sexual a impotência e a disfunção sexual acontecem numa fase muito precoce, podendo ser o primeiro sintoma a manifestar-se. A ejaculação pode permanecer até à fase avançada mas o seu desaparecimento é seguido de incapacidade de atingir o orgasmo e ausência de libido (Conceição, 2006). Nas mulheres a alteração predominante é a frigidez (Coutinho, 1989). Por vezes, as disfunções sexuais estão muito associadas ao padrão psicossomático e só com a junção de novos sintomas e a história familiar é que permite enquadrar esta manifestação no quadro clínico da PAF (Freitas, 1976).

Na PAF as manifestações oculares apresentam incidência crescente à medida que a doença progride, tais como; queratoconjuntivite sicca, alterações vasculares da conjuntiva, anomalias pupilares, glaucoma e opacidades do vítreo (Ando *et al.*, 1997). O aparecimento do olho seco e todas as consequências que daí advém constitui um grave problema (Santos, Meneres, Silva, Pinto & Albuquerque, 1997).

São várias as alterações oculares associadas à PAF tipo I: anormalidade dos vasos conjuntivais, queratoconjuntivite seca, úlceras da córnea, anormalidades pupilares, glaucoma, opacidades vítreas, entre outras (Ando *et al.*, 1997) que vão provocando a cegueira lenta (Almeida, 2003).

As opacidades vítreas e o glaucoma surgem mais tarde, com cerca de cinco anos de sintomatologia apresentada pelo doente. Podem ocorrer subidas bruscas da tensão ocular, com perda rápida e irreversível da visão. As opacidades vítreas resultam do depósito local de amilóide e manifestam-se por diminuição da acuidade visual (Beirão *et al.*, 2001).

As alterações renais estão presentes numa fase mais avançada da doença, mas podem estar presentes no diagnóstico. Os doentes com PAF apresentam infecções urinárias de repetição que podem levar à insuficiência renal (Coutinho, 1989). Tal como outras

amiloidoses, a associada à TTR tem como expressão renal proteinúria de grau variável (evoluindo para nível nefrótico em cerca de metade dos casos) e insuficiência renal crónica. As manifestações renais progridem da microalbuminúria numa fase precoce da doença, podendo surgir mesmo antes da neuropatia, proteinúria significativa com síndrome nefrótica e evolução para insuficiência renal com necessidade de hemodiálise numa fase terminal da doença (Lobato, 2006). A decadência da função renal dá-se rapidamente no ano em que antecede a insuficiência renal crónica terminal que constitui a principal indicação para iniciar diálise (Lobato *et al.*, 2004).

Estas perturbações são muito comuns numa fase mais tardia da doença. Podem ir desde simples atrofias da pele até à ulceração da superfície plantar, com necrose das extremidades ósseas, que podem resultar em amputações. Quando se instalam as úlceras cutâneas, o seu processo de cicatrização é lento e difícil (Pinho & Costa, 1986).

As perturbações sensitivas têm igualmente carácter ascendente, iniciam-se no hálux e vão-se alongando para os músculos antero-laterais da perna. Este fenómeno, condiciona a marcha do indivíduo, que começa a caminhar apoiando a extremidade anterior do pé, sem conseguir apoiar os calcanhares, esta marcha é denominada de *steppage*. Esta perturbação vai progredindo até aos músculos intrínsecos das mãos, conduzindo a uma atrofia muscular incapacitante (Coutinho, *et al.*, 1976).

Os reflexos osteotendinosos vão desaparecendo com o curso da doença. Os primeiros a serem atingidos são os reflexos aquilianos, rotulianos e os reflexos da flexão dos dedos da mão, até atingirem uma fase de total arreflexia osteotendinosa (Coutinho, *et al.*, 1976).

As lesões tróficas dermatológicas surgem numa fase tardia da doença, com o aparecimento de úlceras que acometem principalmente os pés e necroses ósseas, xerose, dermatite seborreica e acne. Estas úlceras perfurantes estão relacionadas com fenómenos de hipostesia térmica e dolorosa do sistema nervoso periférico (Coutinho, *et al.*, 1976).

1.1.5. Tratamento

Actualmente ainda não existe cura para a PAF. De acordo com Dias (2000) apesar dos esforços concertados entre os profissionais de saúde para irradiar a PAF, a verdade é que ainda não se descobriu nenhum método eficaz e definitivo para que tal aconteça. Assim, o prognóstico desta patologia não é animador, sendo por isso considerada hoje como uma patologia de risco para a saúde pública. Os tratamentos existentes têm como objectivo minimizar os efeitos da doença e a progressão da mesma nomeadamente, a plasmaferese, o pace-maker, transplante hepático entre outros.

Segundo o estudo elaborado por Dias (2000), foram descobertas várias técnicas e procedimentos médicos, com o objectivo de prolongar a vida do doente, ao mesmo tempo que garantem uma qualidade de vida razoável.

A plasmaferese, também designada por troca de plasma, destina-se a remover células indesejáveis do sangue, ou a reduzir a sua concentração. Extrai-se sangue do paciente e o plasma sanguíneo é removido por aparelhos especiais chamados de *separadores de células*. As células sanguíneas são misturadas com um substituto do plasma e devolvidas à circulação do mesmo modo que uma transfusão sanguínea. O procedimento habitual dura habitualmente duas horas. Não se constitui como uma cura, apenas retardando os efeitos da PAF.

Actualmente a única terapêutica com eficácia no tratamento da PAF é o transplante hepático (TH), com melhoria do estado geral de saúde e estabilização da neuropatia, na grande maioria dos doentes (Conceição, 2006).

O primeiro transplante hepático (TH) realizado 1963 e foi efectuado por Thomas Starzl, cirurgião americano, em Denver, Estados Unidos da América. O receptor era um jovem que não resistiu à intervenção, tendo falecido após 6 horas. Por esta altura, a mortalidade operatória atingia os 80% e a sobrevivência no final do primeiro ano não ultrapassava os 20% (Furtado, 2006).

O primeiro TH num doente com PAF ocorreu na Suécia, em 1990, fazendo aumentar as expectativas de tratamento nestes doentes. É de referir que, neste país, existe um importante foco de PAF, sobretudo na região norte, talvez fruto das emigrações e das

zonas sazonais de pesca de navios Portugueses (Sequeiros, 1996; Nunes *et al.*, 2003). Desde essa altura e até hoje realizaram-se já largas centenas de TH em doentes com PAF, sendo dominante a experiência portuguesa nesta área (Sequeiros, 1996; Nunes *et al.*, 2003).

O fígado é responsável por segregar a proteína anormal (TTR Met 30). O transplante deste órgão permite a estagnação das lesões e redução da produção da proteína maligna nestes doentes (Suhr *et al.*, 2000).

Alguns autores defendem que a PAF tende a estabilizar no ponto de evolução à data do TH, sendo mesmo possível demonstrar objectivamente, nalguns casos, regressão das lesões (Freire, 2003).

Nos casos da doença se encontrar muito evoluída não há benefícios com o TH, uma vez que as lesões já estabelecidas nos diversos órgãos vão condicionar a sua evolução. É por esta razão que se opta pelo TH em fases iniciais da PAF (Suhr *et al.*, 2000).

O problema de escassez de órgãos para transplante leva, não raramente, à deterioração clínica dos doentes em lista de espera. Actualmente não existe outra opção terapêutica, pelo que há que esperar pelo aumento do número de dadores para aumentar o número de transplantes.

A imunodepuração foi criada em 1993 pelo Professor Doutor Pinho e Costa. Trata-se de uma espécie de hemodiálise que prevê a filtração do sangue do doente, retirando o TTR Met 30. Este método possibilitou a melhoria das queixas gastrointestinais, relativamente ao processo de plasmátransferese, e aumentou a tolerância a alguns alimentos. Como principal desvantagem destaca-se o custo dispendioso associado aos filtros e como principal vantagem é apontado em vários estudos realizados, uma evolução mais lenta da neuropatia (Sequeiros, 2001).

Outra das formas de prevenção é a implementação do pacemaker para redução da sintomatologia cardíaca e das suas manifestações.

Em conclusão, existe um conjunto de procedimentos médicos que procuram diminuir os sintomas, e actualmente encontra-se em curso na Unidade Clínica de Paramiloidose sob a responsabilidade da Dra. Teresa Coelho o estudo do “*Tafamidis*” (medicamento), com o principal objectivo de travar a progressão da doença, sabe-se que a primeira fase do estudo foi um sucesso mas espera-se que o resultado final vá de encontro às perspectivas dos investigadores e seja um marco no tratamento da Paramiloidose (Coelho, 2010).

1.1.6. Aspectos Psicossociais associados à PAF

A PAF como doença degenerativa e incapacitante tem aspectos psicossociais que merecem a sua atenção. As características da doença, a incerteza marcada em várias etapas da vida destes doentes podem acarretar manifestações psicológicas e/ou psiquiátricas (Lopes, 2006).

As principais características psicológicas dos doentes com PAF são; queixas frequentes de ansiedade e/ou depressão, dificuldades de comunicar emoções e a negação como mecanismo de defesa (Lopes & Fleming, 1996; Lopes, 2006). As mesmas autoras identificaram aspectos psicológicos como associados ao sofrimento familiar da doença, que incluem sentimentos complexos de perda (perda da família, perda da independência e integridade física, perda de identidade como indivíduo saudável e da sua auto-estima). A história familiar é caracterizada por uma grande sobrecarga psicológica que percorre as gerações, que de acordo com Lopes (2003), definiu as razões da sobrecarga na família como; a incerteza e espera, a natureza crónica e prolongada presença da doença, os efeitos devastadores da doença em si e a ausência de tratamento curativo. Estas razões são vividas com períodos de espera e ansiedade, relacionados aos momentos evolução da doença, ao seu diagnóstico, ao período assintomático após a decisão do diagnóstico laboratorial, a espera do transplante hepático e o declínio físico que se vai intensificando. Estes momentos desestabilizam emocionalmente o doente e os membros da família (Lopes, 2003).

A realização do transplante é vista como uma mudança positiva e com esperança para o futuro (Lopes, 2006). Por um lado, é positivo o desaparecimento da ameaça desta doença mortal, mas por outro lado, é negativo, o facto de recuperar uma vida normal. Os doentes que já não possuem critérios de inclusão para fazer transplante apresentam maiores dificuldades de adaptação à doença e maior descompensação psiquiátrica, por sua vez, os pacientes transplantados também tem sido descrito que na fase pós-operatória apresentam uma grande instabilidade emocional que requer atenção psicológica (Abrunheira *et al.*, 2005).

Um protocolo de aconselhamento genético que inclua a avaliação e apoio psicossocial, antes e depois do teste pré-sintomático, é importante para uma adaptação saudável dos indivíduos aos resultados do teste (Sequeiros, 1996).

Como principais mecanismos de defesa, Lopes e Fleming descreveram a negação, a fuga à realidade, a banalização e a somatização (Fleming, 1996; Lopes, 2003). Entende-se que o indivíduo mobilize as defesas psicológicas, inconscientes, que permitem tolerar o sofrimento psicológico associado com a vida da doença.

A relação com a doença, que muitas vezes começa cedo, vai configurar com um acumulo de experiências que o sujeito está a organizar mentalmente (Fleming e Lopes, 2000). Nesta combinação de factores, os aspectos individuais (história de vida pessoal e familiar) e externos da própria doença, tais como suporte social, familiar, o acompanhamento médico, o suporte de informação, entre outros, a favor ou não, que a relação com o mal-estar mais ou menos saudável. Por outro lado, são comuns as queixas físicas que, segundo Lopes (2006), pode corresponder à ausência de uma linguagem emocional e relacional nesses pacientes, resultando numa forma de expressão psicossomática.

1.2. Stress

De um modo geral, o *stress* tem sido alvo de vários estudos. Contudo, a ausência de um consenso sobre o seu conceito tem resultado numa variedade de investigações, que consideram estar individualmente relacionado com factores cognitivos, emocionais e fisiológicos. Actualmente, o termo de *stress*, tornou-se vulgar, pela comunidade

científica, bem como, pelo público em geral, tornando-se difícil de definir e de encontrar um significado unanimemente aceite (Ogden, 2004).

Cohen (1995) referiu que todos os indivíduos são confrontados diariamente com problemas, e que como tal deverão determinar a sua gravidade e se tem ou não recursos necessários para lidar com o mesmo. Se acreditam que o problema é serio e não possuem os recursos necessários para lidar com o mesmo pode-se então dizer que estão numa situação de *stress*.

Deste modo e segundo referiu Labrador (1992) o estilo de vida pessoal, a profissão, a família, as relações sociais, os pensamentos e expectativas, constituem em grande parte as exigências a que os indivíduos se verão submetidos, assim como o maior ou menor grau de aparecimento de situações de *stress*.

1.2.1. Enquadramento Histórico e Definição

O termo *stress* surgiu no século XIV, e seu significado recai sobre a sua dificuldade ou adversidade (Lazarus, 1993a). No século XVII, Robert Hooke, aplica os princípios da Engenharia e Física, ao conceito de *stress*, referindo que, a análise da situação stressora tem três factores essenciais, a *carga* (forças externas); a *pressão* (*stress*) e a *tensão* (resposta) (Serra, 2007).

Claude Bernard, fisiologista do século XIX, influenciou as concepções posteriores, no que diz respeito, ao conceito de *stress*. Bernard afirmava que a vida estava dependente da capacidade do ser vivo manter constante o meio interno, perante qualquer modificação do meio externo (Serra, 2007). Walter Cannon (1935), no seguimento das ideias do fisiologista Bernard, investigou a capacidade que o organismo tem em manter estável o ambiente interno, apesar das modificações que enfrenta em relação ao ambiente exterior (homeostase) (Serra, 2007). Cannon torna-se assim o primeiro a utilizar o termo numa perspectiva científica, no contexto do processo homeostático.

Porém a notoriedade do conceito de *stress* ficou a dever-se ao endocrinologista Hans Selye (1956), tornando-se assim no primeiro a introduzir o conceito de *stress* de um ponto de vista biológico, afirmando, que o *stress* é uma condição interna do organismo

e um processo inerente à vida de todos os organismos. Selye assegurava ainda, que na ausência de *stress* o ser humano acabaria por morrer (Ribeiro, 2005).

Outros autores de referência no estudo do *stress* como Lazarus e Folkman (1984) referem que o mesmo consiste no constante confronto entre o indivíduo e o meio envolvente, sendo a avaliação que os indivíduos realizam relativamente a esta relação excede ou não as suas capacidades e se põe em causa a sua saúde e bem-estar.

Para Selye (1979), o *stress* é considerado uma resposta específica do organismo a qualquer tentativa de alteração do seu equilíbrio, ou seja, considera o *stress* como um conjunto de respostas fisiológicas e psicológicas do sujeito, quando este enfrenta determinado stressor. O *stress* pode ser considerado como uma exigência imposta sobre as capacidades de adaptação da mente e corpo do sujeito, devendo ser encarado como um facto natural e que não se associa, necessariamente a acontecimentos negativos (Fontana, 1994). Selye distingue dois tipos de *stress*, o *stress* como uma experiência negativa, o chamado *distress* e o *stress* como uma experiência positiva, *eustress*, (Selye, 1979).

O *eustress* refere-se aos efeitos positivos do *stress*, sendo que este pode ter utilidade funcionando como uma fonte de impulso para a tomada de decisões individuais, para a resolução de problemas e melhoria de capacidades e funcionamento, e motivando para a concretização de objectivos e para alcançar a realização profissional e pessoal (Seyle, 1979). Deste modo, o *eustress*, refere-se a situações e experiências na qual, o *stress* tem resultados positivos, é saudável e construtivo (Levinson, 2004). Este tipo de *stress* produz uma estimulação e activação adequadas para que os sujeitos consigam alcançar resultados satisfatórios nas suas actividades, com o mínimo de custos pessoais. O *eustress* pode também ser considerado, como uma força poderosa que acrescenta excitação e desafio às nossas vidas, que proporciona a felicidade, saúde e a longevidade (Hespanhol, 2004). Lipp (1996), chega mesmo a declarar que uma situação de grande alegria ou satisfação pode resultar em *stress* (Lipp, 1996).

O *distress* refere-se a situações e experiências desagradáveis com prováveis consequências negativas para a saúde e o bem-estar psicológico do sujeito (Pereira, 2006). O *distress* ocorre quando existe uma tensão não aliviada, que conduz à

destruição, à doença e à morte prematura (Hespanhol, 2004). A maioria dos investigadores, estudam o *distress*, por este causar diversas doenças físicas e desordens emocionais no sujeito que o experiencia.

É neste sentido que o *stress* é definido de acordo com Cohen (1995) como um processo no qual os estímulos ambientais interferem na capacidade adaptativa do organismo, resultando em mudanças psicológicas e biológicas que podem colocar os indivíduos em risco de doença, conforme referem Rubin, Paplau e Salovey (1993) os agentes responsáveis pelo *stress* denominados de stressores.

Para Lovallo (1997), o *stress* é entendido como uma tensão mental ou corporal resultante de um conjunto de factores que tendem provocar modificações no equilíbrio existente, sendo que a resposta a um determinado stressor é uma reacção compensatória do organismo dos indivíduos ao problema ou desorganização causada pelo mesmo.

Posteriormente Seyle (1993) *cit. in* Schuster, Hammit e Moore (2006) afirmou que o *stress* é encarado como um resultado não específico de um determinado estímulo sobre o corpo com efeito mental ou somático. O autor afirma também que quando se aborda o conceito de *stress* é importante ter em conta que uma variedade de situações diferentes podem provocar o mesmo, tais como excitação emocional, esforço, fadiga, dor, medo, concentração, humilhação, perda de sangue e até mesmo um grande e inesperado sucesso.

Ribeiro (2005) refere também que os indivíduos perante situações de *stress* reagem de modo automático e global com a finalidade de mobilizar todos os recursos energéticos que possuem para enfrentar a situação indutora de stress, procurando deste modo o restabelecimento do estado de harmonia e equilíbrio. Contudo nos casos em que a exposição ao agente stressor for longa o esforço de adaptação torna-se excessivo sendo deste modo o processo de resolução/tolerância ineficaz.

Porém é importante salientar e tendo em conta as noções de *eustress* anteriormente referidas que tal como refere Serra (1999) o *stress* não deve ser sempre encarado como algo negativo, sendo que no seu ponto de vista em determinadas situações pode funcionar como fonte de impulso e de motivação que confere algum sentido à vida e constitui uma fonte de realização pessoal e profissional.

1.2. 2. Modelos gerais de *stress*

Os modelos de *stress* variaram ao longo do tempo, bem como, atenção atribuída aos factores fisiológicos e psicológicos na descrição da relação entre os sujeitos e o meio-ambiente (Ogden, 2004). De entre os vários modelos existentes, destacam-se três na bibliografia, são eles, o *modelo de Cannon de luta e fuga* (modelo baseado na resposta); o *modelo de síndrome geral de adaptação de Selye* (modelo baseado no estímulo); e o *modelo transaccional de stress de Lazarus* (modelo interacionista ou transaccional).

O *modelo de Cannon* (1932) também designado por modelo de *luta e fuga* foi dos primeiros modelos de *stress* a serem desenvolvidos, e explica que as ameaças externas suscitam a resposta de luta e fuga no sujeito, ou seja, as mudanças fisiológicas permitem ao sujeito fugir ou lutar contra a fonte de *stress* (Ogden, 2004).

O segundo modelo a ser destacado, é com o *modelo de síndrome geral de adaptação de Hans Selye*, que o conceito de *stress* começou a ser evocado, de modo sistemático, como forma de compreender as respostas fisiológicas do organismo quando este é submetido a *stress* (Santos & Castro, 1998; Frasquilho, 2005).

Selye em 1956, denominou esta sucessão de reacções fisiológicas, como *Síndrome de Adaptação Geral* (SAG), que consiste em três fases (Santos & Castro, 1998; Frasquilho, 2005). A primeira fase desta Síndrome é a *reacção de alarme*. A sua função principal é a de mobilizar todos os recursos do organismo. No primeiro momento da reacção de alarme, aumenta a estimulação e o despertar orgânico. No final desta fase, o organismo está totalmente mobilizado para fazer face ao agente *stressor*. Se o agente indutor de *stress* se mantém activo, mas não é suficientemente severo para causar a morte, as reacções fisiológicas entram na denominada *fase de resistência*. É nesta fase que o organismo tenta adaptar-se ao factor que causa *stress* (Santos & Castro, 1998).

Apesar desta contínua estimulação fisiológica, o organismo pode apresentar poucos sinais exteriores de *stress*. A capacidade para resistir e enfrentar novas situações de *stress* pode ficar comprometida, bem como, o organismo tornar-se progressivamente vulnerável a problemas de saúde. Selye chamou a este tipo de problemas de saúde (que surgem por diminuição da função imunitária), *doenças de adaptação* (Lipp & Malagris, 2001).

A última fase designa-se por *fase da exaustão*, onde a estimulação fisiológica prolongada e elevada, causada por repetidas situações de *stress*, pode causar danos irreparáveis no organismo e conduzir em casos extremos à morte, ou seja, caso o equilíbrio não seja readquirido, o sujeito pode evoluir para a terceira fase de exaustão, que enfraquece o sistema imunitário e esgota as reservas energéticas do organismo até um ponto onde a capacidade de resistência se torna muito baixa. No caso de sobreviver, e sob as mesmas condições, o sujeito mantém um sofrimento crónico (*distress*), que pode conduzir à doença física ou psicológica (Lipp & Novães, 1996). Convém salientar que, apesar de Selye ter identificado inicialmente, apenas três fases de *stress*, em estudos posteriores identificou uma quarta fase do *stress* denominada de *fase de quase-exaustão*, localizada entre as fases de resistência e exaustão. A *fase de quase-exaustão* ocorre no momento em que a pessoa não consegue adaptar-se ou resistir ao stressor, podendo levar ao aparecimento de doenças devido ao enfraquecimento do organismo. Nesta fase a produtividade do indivíduo encontra-se bastante comprometida, mas não tanto quanto na fase de exaustão (Lipp, 1998; Lipp, 2004c; Lipp & Malagris, 2001 *cit. in* Malagris & Fiorito, 2006).

Cabe ainda referir que tanto o modelo de Cannon, como o modelo de Selye, consideram o sujeito como passivo, respondendo automaticamente aos estímulos do ambiente (Ogden, 2004). Contrariamente no modelo de Lazarus, o *stress* não é somente um estímulo ou uma resposta, mas um processo no qual o sujeito é um agente activo que pode influenciar o impacto de um acontecimento stressor através de estratégias comportamentais, cognitivas ou emocionais (Sarafino, 1994).

O *modelo transaccional de Lazarus*, considera que entre o sujeito e o ambiente existe um relacionamento recíproco e dinâmico. Lazarus em 1993, no seu modelo descreve alguns pressupostos importantes relativamente ao *stress*, nomeadamente: um agente causal interno ou externo é descrito como stressor; existe uma avaliação que diferencia diferentes tipos de *stress* (dano, ameaça e desafio); e os processos de *coping* usados para lidar com o stressor e padrão complexo de efeitos na mente e corpo (reacção de *stress*) (Abreu, Stoll, Ramos, Baumgarddt & Kristensen, 2002). Neste modelo o *stress* surge como um processo de interacção e caracteriza-se pela existência de trocas constantes entre o sujeito e o ambiente (Lazarus e Folkman, 1991, *cit. in* Loureiro, 2006).

No modelo de Lazarus, o indivíduo tem um papel determinante no processo quando surge *stress*, este só ocorre quando a pessoa avalia as exigências externas como excedendo os seus recursos para lidar com elas (Sarafino, 1994). Segundo Lazarus a avaliação cognitiva de uma situação indutora de *stress* depende do grau de importância que se lhe dá, das estratégias de *coping* que se utiliza para lidar com o *stress* e dos recursos sociais e pessoais que o sujeito possui, ou seja, o processo através do qual o sujeito analisa se uma situação é ou não relevante para o seu equilíbrio, faz-se através de três avaliações cognitivas (Ramos & Carvalho, 2007).

A *avaliação primária*, consiste na avaliação dos acontecimentos, em função do significado destes para o bem-estar do sujeito, podendo a avaliação ter consequências positivas ou negativas. Deste modo é essencial focar que a mesma situação pode ser um desafio, ameaça, ou dano (Bennett, 2000).

Na segunda avaliação, a *avaliação secundária*, o sujeito faz uma auto-avaliação dos recursos, estuda as opções de *coping* visando a melhoria e a modificação da situação que provoca *stress*. Esta percepção de controlo pode ser realizada a três níveis: centrada na situação (comportamental, cognitiva, decisório, informativo e retrospectivo) centrada no sujeito (preditivo, vicariante e ilusório) ou então quando o sujeito sente que não tem controlo (procura de informação, raiva, trauma e aptidões pobres) (Ramos & Carvalho, 2007).

A *reavaliação* acontece depois das avaliações anteriores, onde o sujeito verifica se a situação contribui para o seu bem-estar ou não. Se o sujeito não tem capacidade para lidar com a situação, entra em *stress*, podendo, assim verificar, duas situações, uma em que verifica o sentido de competência, se os recursos forem bem utilizados e atenuarem os efeitos do *stress* e outra onde a expectativa de auto-eficácia diminui, ou seja, crença de ser ou não capaz de realizar o comportamento necessário para obter um resultado desejável (Ramos & Carvalho, 2007).

1.2.3. Factores indutores de *stress* – Acontecimentos de vida

Ao longo da vida todos os indivíduos se deparam com estímulos perturbadores (Holmes e Masuda, 1974; Rahe, 1974; Dohrenwend *et al*, 1978), os designados acontecimentos de vida (*life events*) e estes são indissociáveis das nossas vidas e determinam o nosso desenvolvimento (Campos, 1993) embora umas sejam percebidas como *stress* e outros não. Os factores que provocam *stress*, são definidos de diferentes maneiras para diferentes autores. Deste modo, existem várias definições.

O *stress*, está muitas vezes associado a situações ambientais adversas (Seyle, 1978), perante as quais o sujeito precisa de apresentar respostas de adaptação. Os acontecimentos que provocam *stress* no sujeito, chamam-se stressores (Sanzolo & Coelho, 2007). Segundo Lipp, os stressores podem ser divididos em stressores externos e internos. Os primeiros relacionam-se com as condições externas que atacam o organismo, casamento, morte de familiar, mudanças de emprego, casa, ou outras situações independentes do sujeito. Os stressores internos, são determinados pelo próprio sujeito, como a ansiedade, humor negativo, timidez, insegurança (Lipp, 1996). Para Sarafino (1994), as fontes que originam *stress*, podem ser as causas na pessoa (doença, idade); na família (comportamento, necessidades e personalidade de cada membro da família, problemas financeiros, doença); e na comunidade e sociedade (contactos e tarefas com pessoas, emprego) (Santos & Castro, 1998).

Lazarus e Launier (1978), defendem que para um acontecimento ser stressor, tem que ser avaliado e percebido como tal, isto é, se um acontecimento não for avaliado pelo sujeito como stressor esse sujeito não sentirá *stress* (Ribeiro, 2005), o significado e a percepção que o sujeito lhe atribui, é que é determinante (Sarason, Levine & Sarason, 1982).

Neste sentido, os acontecimentos segundo Lazarus e Launier (1978), podem ser divididos, como acontecimentos irrelevantes (não afectam o sujeito); acontecimentos benignos (acontecimentos positivos); e acontecimentos perigosos/ameaçadores (acontecimentos que provocam *stress*) (Ribeiro, 2005). De acordo com Campos (1993), os acontecimentos de vida podem ser normativos, ocorrem à maioria das pessoas num

dado momento da sua vida ou não normativos, isto é, não ocorrem à maioria das pessoas e são inesperados.

De acordo com a literatura a maioria dos estudos acerca dos acontecimentos de vida correlacionam-se com o *stress*, já que os indivíduos com elevados níveis de *stress* tendem a expressar uma preocupação exagerada pelos acontecimentos do dia-a-dia (Amaral & Pereira, 2004).

Lazarus e Cohen (1977) descrevem, três categorias gerais de stressores, os acontecimentos cataclísmicos (stressores com impacto súbito e intenso, universais, que atingem todas as pessoas, e.g., catástrofes naturais, guerra e prisão); stressores pessoais (intensos e inesperados, que afectam somente algumas pessoas, e.g., doença crónica, desemprego); e stressores de fundo (persistentes, repetitivos e que fazem parte da rotina diária, conflitos diários, dificuldades económicas) (Ribeiro, 2005).

Para além desta divisão Lazarus e Folkman (1984), referem que as situações indutoras de stress têm três categorias diferentes, a *ameaça*, antecipação de um acontecimento desagradável que ainda não aconteceu mas que pode vir a acontecer; o *dano*, que refere-se a uma situação desagradável que já aconteceu; e o desafio, que representa uma situação em que o sujeito sente que as exigências estabelecidas podem ser ultrapassadas (Lazarus & Folkman, 1984).

Para outro autor, existem diferentes perspectivas ao estudo dos acontecimentos de vida, das respostas ou das avaliações dos indivíduos às situações, nomeadamente, a perspectiva ambiental, a perspectiva psicológica e a perspectiva biológica. Os autores consideram que as diferentes perspectivas se complementam. A perspectiva ambiental diz respeito à avaliação do contexto dos acontecimentos de vida ou das experiências que estão normativamente relacionadas com as importantes exigências adaptativas. A perspectiva psicológica centra-se nas avaliações subjectivas dos indivíduos, em relação à sua capacidade para lidar com as exigências de adaptação, provocadas pelos acontecimentos ou experiências. A perspectiva biológica destina-se a compreender a activação de sistemas fisiológicos que, como tem sido repetidamente demonstrado, são modulados por condições de exigência física ou psicológica (Cohen, *et al*, 1997).

Já para Serra (2007), as circunstâncias que causam *stress* podem ser de natureza física, psicológica e social, alguns exemplos de stressores físicos, são o frio ou o calor excessivo e a privação de alimentos. A existência de conflitos de relações interpessoais na família e trabalho, são exemplos do segundo tipo e os stressores de cariz social são, o desemprego, dificuldades económicas, entre outros. As circunstâncias nomeadas acima, são de natureza externa, e as circunstâncias internas, referem-se aos pensamentos do sujeito, que só são detectados pelo próprio sujeito. Serra, indica-nos ainda, que o sujeito sente *stress*, quando considera que não tem capacidades nem recursos para superar o grau de exigência que a circunstância lhe cria (Serra, 2007).

Segundo Santos (1995), os stressores são absolutos (o acontecimento acontece) e a maneira como o sujeito reage a esse evento é relativa, ou seja, cada pessoa reage de maneira diferente a um mesmo acontecimento stressante e têm diferentes níveis de tolerância perante cada situação stressora (Sanzolo & Coelho, 2007). Desta forma, podemos assumir que o *stress* envolve reacções biopsicossociais, podendo todo o tipo de eventos, serem indutores de *stress* (Santos & Castro, 1998).

Em resumo, podemos concluir que os acontecimentos de vida interferem no bem-estar do indivíduo, no entanto o seu impacto na saúde depende da personalidade de cada ser humano, da avaliação do acontecimento (positivo ou negativo) e a sua capacidade para lidar com ele.

1.2.4. Stress e Psiconeuroimunologia

A importância pela psiconeuroimunologia (PNI) surgiu interesse para os investigadores, com o objectivo de tentar compreender o motivo pelo qual os acontecimentos de vida afectam a saúde (Maia, 2002).

De acordo com Pelletiere e Herzing (1988) a psiconeuroimunologia é o “*estudo da inter-acção entre os fenómenos da consciência (Psico), cérebro e sistema nervoso central (Neuro) e a defesa do organismo contra a infecção externa e a divisão celular aparente (Imunologia)*” (Serra, 2007). Ader e Cohen defendem que a psiconeuroimunologia é a *psico* para processos psicológicos, *neuro* para o sistema neuroendócrino (sistema nervoso e hormonal) e *imunologia* para o sistema imunológico (1985, *cit. in* Straub, 2005).

Cohen e Herbert (1996) referem que o *stress* é visto como ameaçador do sistema imunitário. O cortisol produzido durante as situações de *stress* pode suprimir o sistema imunitário e aumentar a susceptibilidade a doenças.

O sistema imunitário é a primeira linha de defesa contra os invasores maliciosos, sejam eles, vírus, bactérias que podem ser os responsáveis pelo aparecimento de determinadas doenças (Pereira, 2006).

Cohen e Robin (1998) referem que ainda não são conhecidas as relações entre vulnerabilidade à doença e a mudança no sistema imunológico, embora estudos revelam que as modificações no sistema imunológico associado à falta de suporte social, *stress*, emoções negativas e outros factores psicológicos ou comportamentais, afectam a progressão de doenças cancerígenas e infecciosas (Pereira, 2006).

Este modelo determina que a susceptibilidade à doença advém da mudança imunológica que decorre da mediação de factores como a activação do sistema nervoso central (SNC), a resposta hormonal e a mudança comportamental em função das características e estados psicológicos determinados pelos acontecimentos de vida (Maia, 2002).

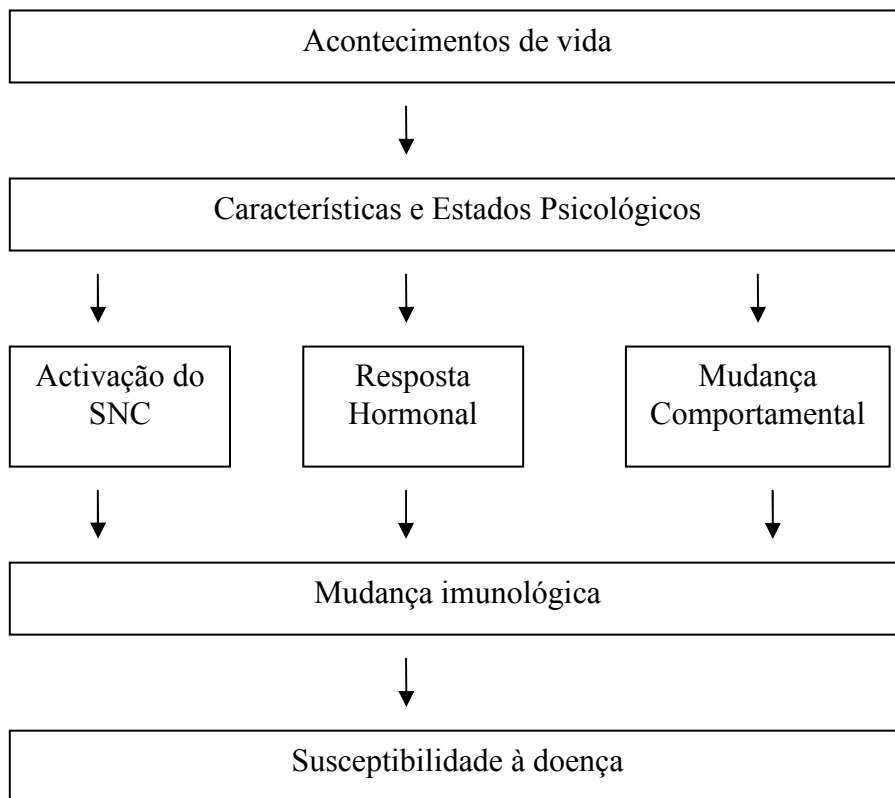


Figura 1. Relação entre acontecimentos de vida, características e estados psicológicos e mudança imunológica (Adaptado a partir de Cohen & Herbert, 1996, *cit. in* Maia, 2002)

No entanto é importante considerar alguns aspectos, tais como a duração da influência do *stress* no organismo, variação das respostas imunológicas individuais e a debilidade do sistema imunitário, uma vez que é diferente de pessoa para pessoa (Pereira, 2006).

1.2.5. Doenças físicas e desordens emocionais associadas ao stress

Em determinadas circunstâncias, a experiência de *stress* está relacionada com problemas de saúde, sintomas físicos e fisiológicos, emocionais, psicológicos, comportamentais e sociais (Sacadura-Leite & Uva, 2007).

Deste modo, ao longo do tempo, responder cumulativamente a situações stressantes, quer mentais ou físicas, pode ser prejudicial e levar a estados de doença (Matthieu & Ivanoff, 2006). A relação do *stress* com diversas doenças, tem se tornado cada vez mais evidente (Hek, & Plomp, 1997). Semelhantemente, Selye (1956), assegura que eventos stressantes de vida estão ligados ao aparecimento de doenças (Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998). Wilkinson (2004), defendeu que, quantos mais acontecimentos o

indivíduo experienciar num determinado momento e quanto maior for a sua importância maior será a probabilidade dele sofrer emocionalmente e fisicamente.

Para Bennett (2000) o *stress* tem impacto em mais de 50 processos de doenças, sendo as mais frequentes, o cancro, a doença coronária, síndrome do cólon irritável, artrite reumatóide e vírus de imunodeficiência humana (VIH). O *stress* para além destes sintomas já enunciados, também pode causar transtornos do sono e memória, alterações na vida sexual, fadiga, doenças cardiovasculares, úlceras, diabetes *millitus*, cancro, asma brônquica, entre outros (Serra, 2007). Michie e Williams (2003), garantem que a exposição ao *stress* crónico conduz a doenças como, depressão, ansiedade (distúrbio de pânico), esquizofrenia, esgotamento emocional (Noblet & LaMontagne, 2006) e enfraquece o sistema imunológico proporcionando um aumento de doenças e infecções no sujeito (Segerstrom & Miller, 2004; Vaz Serra, 2007; Schneiderman, Ironson & Siegel, 2005).

Também Sutherland & Cooper (1993), descreveu uma grande variedade de sinais ou sintomas de *stress*, como por exemplo, dores de cabeça, ranger de dentes, dores nos maxilares, ombros, pescoço e dorso, ganho ou perda de peso, indigestão, náuseas, úlcera péptica, impotência, diarreia ou obstipação, falta de ar, palpitações cardíacas e aumento da tensão arterial. De um ponto de vista psicológico, pode ocorrer ansiedade, depressão e insónia; Quanto ao comportamento dos indivíduos, pode originar tiques nervosos, falar rapidamente, incapacidade de relaxar, chorar, fadiga crónica, indecisão, perda de eficiência no trabalho, negligência, fumar e beber em excesso (Guardado & American Academy of Family Physicians, 2000, *cit. in* Hespanhol, 2005).

1.2.6. Vulnerabilidade ao *stress*

Durante a nossa vida, deparamo-nos várias vezes com tarefas e situações de fácil execução, e esta circunstância torna-se fácil devido a ter-mos aprendido a dar resposta, e é com treino que se transformam em automatismos, e permitem ultrapassar as dificuldades que vão surgindo (Serra, 2007). Todavia, existem situações novas e que o sujeito não sabe como dar resposta a essas situações, é nesse contexto que surge o *stress* (Serra, 2000a).

São várias as formas de se definir o termo vulnerabilidade. Em termos gerais esta baseia-se na situação dos que não se encontram protegidos ou que se encontram expostos a um maior risco relativamente aos outros. Em termos epidemiológicos caracteriza-se por uma condição que apresenta níveis mais elevados de exposição aos problemas. Para as ciências sociais encontra-se relacionada com a situação dos indivíduos que não conseguem manter a sua posição e direitos sociais. Já para a economia a vulnerabilidade baseia-se na falta de recursos sociais que não permitam aos indivíduos uma boa qualidade de vida, derivados essencialmente de restrições a nível financeiro (Lopes, 2003, *cit in* Takahashi, 2009).

No contexto da saúde a vulnerabilidade é definida em comparação com o conceito de risco, sendo que enquanto o risco baseia-se no comportamento e na responsabilidade do indivíduo no desenvolvimento de doenças, a vulnerabilidade está relacionada com a probabilidade que os indivíduos possuem de exposição à doença, considerando não só questões pessoais, mas também sociais e contextuais (Anaut, 2002). O conceito de vulnerabilidade no contexto da saúde decorre também de tentativas teóricas de substituir o conceito de risco, até então norteador das práticas preventivas na área. A noção de risco foi desenvolvida a partir de 1950, pela epidemiologia, a fim de quantificar a probabilidade de adoecimento da população. Enquanto o conceito de risco foca o comportamento e a responsabilidade do indivíduo e da população no desenvolvimento de doenças, a vulnerabilidade refere-se à possibilidade das pessoas estarem expostas ao adoecer, levando a ter em conta não só aspectos pessoais, mas também sociais e contextuais (Bellenzani & Malfitano, 2006; Meyer, Klein & Andrade, 2007; Meyer, Mello, Valadão & Ayres, 2006; *cit in* Takahashi, 2009).

Neste âmbito, ao falar em vulnerabilidade ao *stress*, também convém falar em factores de vulnerabilidade, tal como refere Serra (2002) um conjunto de factores que predis põem os indivíduos a vulnerabilidade ao *stress* que aparecem em situações ou acontecimentos externos ou internos aos indivíduos. Esses factores estão no cerne da predisposição para determinados indivíduos serem mais resistentes ou mais vulneráveis ao *stress* (Amaral, 2008), são eles, factores de natureza física, psicológica (personalidade e esquemas mentais), e sociais (Serra, 2000a).

Os factores físicos, que estão relacionados com a interacção entre a constituição genética dos indivíduos e o seu meio ambiente, abordando deste modo a influência que o meio apresenta sobre o material genético individual, ou seja as diferentes respostas que os indivíduos tem perante acontecimentos e situações do meio em função das suas características hereditárias. A vulnerabilidade é neste caso explicada pela interacção negativa entre factores genéticos, funcionamento cerebral e condições de desenvolvimento e aprendizagens individuais. Assim um indivíduo vulnerável tende a descompensar muito mais facilmente desenvolvendo muitas vezes problemas crónicos, contrariamente aos indivíduos não vulneráveis para os quais é necessária a ocorrência de situações mesmo muito graves para apresentarem os mesmos efeitos de descompensação (Serra, 2000).

Os factores psicológicos estão associados ao modo como os indivíduos percebem a realidade estando relacionados com a sua história desenvolvimental. São os que predisõem e facilitam o desenvolvimento de *stress* devido à distorção da forma como é encarada a realidade (Silva, 2008). De acordo com a mesma autora é assim importante considerar dois aspectos:

A personalidade: este constructo psicológico ou alguns dos seus traços definem o modo de reagir perante situações de stress, sendo que conforme referiram Stone e Neale (1984, *cit. in* Silva, 2008) existe uma tendência individual para uma consistência na forma de encarar os acontecimentos. De acordo com Fridman e Rosenman (1959, *cit. in* Serra, 2002) existem dois tipos de personalidade que são:

Personalidade do Tipo A que define os indivíduos como competitivos a vários níveis como trabalho, família e lazer, como possuindo grandes níveis de ambição e esforço no sentido de concretizar os seus objectivos. Apresentam-se intolerantes perante as derrotas, e têm uma postura no seu relacionamento interpessoal pautada pela desconfiança, hostilidade, cinismo e ressentimento, não desenvolvendo grandes sentimentos em relação aos outros. Para além destas características também apresentam grande ansiedade e impaciência nas actividades a que se propõem realizar. Este conjunto de aspectos de personalidade contribuem assim para maiores experiências de *stress*, assim como para a intensificação do modo como são interpretadas estas experiências. Existe assim uma maior predisposição nos indivíduos com este tipo de

personalidade para viverem mais frequentemente situações de *stress* que os demais. A Personalidade Tipo B existe em indivíduos mais calmos e conscientes e geralmente mais criativos. Os indivíduos com este tipo de personalidade controlam e dominam na maioria dos casos o seu *stress* de forma adequada e natural. É um tipo ideal de comportamento pautado pelo optimismo e positivismo.

Os Esquemas Mentais baseados na percepção da relação entre o indivíduo e o meio ambiente, percepção esta que apresentam activa e suportada por processos sensoriais, cognitivos, conceptuais, afectivos e motores (Amaral, 2008) sendo influenciada pelas memórias afectivas do sujeito. É também regulada pelas memórias que os indivíduos possuem em termos afectivos e que são resultados essencialmente de emoções fortes de acontecimentos passados (Serra, 2000). Assim é devido aos esquemas mentais que os indivíduos retiram conclusões de determinadas situações, e estas podem não se apresentarem adequadas e por isso podem estar enviesadas e distorcidas da realidade (Serra, 2002). Deste modo e conforme afirmou Post (1992) é a sensibilização psicológica a determinadas situações que torna certos indivíduos mais vulneráveis que outros e que contribui para o aparecimento de doenças.

Os factores de natureza social, estão associados ao apoio social recebido, que de acordo com Cobb (1976) consiste no conjunto de crenças que os indivíduos possuem de que são amados, queridos, valorizados e estimados e que tem o apoio dos outros e fazem parte integrante de uma forte rede social. Deste modo e conforme Hobfoll (1993), os indivíduos lutam por obter, manter e proteger recursos que gostam como objectos (e.g. carro, casa), características pessoais (e.g. aptidões sociais), condições (e.g. antiguidade, casamento sólido) e recompensas (e.g. dinheiro e reconhecimento) que são imprescindíveis para se atingir determinados objectivos. Assim segundo o mesmo autor, quando se verifica nos indivíduos situações como perda destes mesmos recursos, ameaça de perda dos mesmos e investimento desses recursos sem qualquer tipo de compensação é normal surgir *stress*. Neste sentido os indivíduos mobilizam, desenvolvem e mantêm relações interpessoais com o objectivo de melhorar e complementar os seus recursos pessoais assim como as suas capacidades de funcionamento (Hobfoll, 1993). Ainda de acordo com Serra (2000), os factores de natureza social indicam que o estatuto socio-económico é um factor para a vulnerabilidade de doenças psiquiátricas. Vários estudos indicam que quanto mais baixo

for o estatuto socio-económico maior será a tendência para aparecer sintomatologias psicopatológicas (Serra, 2000a).

Ainda neste sentido convém definir que a vulnerabilidade segundo Brown (1993) refere-se ao risco elevado de reagir de forma negativa perante um determinado acontecimento de vida (Serra, 2000a). Contrariamente, para Selosse (2001) a vulnerabilidade psicológica traduz os desequilíbrios que perturbam o desenvolvimento e o funcionamento de três dimensões: afectiva; intelectual; e relacional (Silva, 2009). Já Serra, indica que o conceito de vulnerabilidade “*deve ser compreendido na relação específica que se estabelece entre o sujeito e determinada circunstância, sendo o indivíduo componente subjectivo, e a situação o componente objectivo*” (Serra, 2000a, p.270). Para o autor, se o indivíduo desenvolve a percepção de não ter controlo sobre determinada situação passa a sentir-se vulnerável em relação a essa circunstância. Então, torna-se inevitável definir o que se entende por uma pessoa vulnerável. Um perfil vulnerável ao *stress* engloba “*pouca capacidade auto-afirmativa, fraca tolerância à frustração, dificuldades em confrontar e resolver os problemas, preocupação excessiva pelos acontecimentos diários, e marcada emocionalidade*” (Serra, 2000b, p. 291).

Uma pessoa quando se sente vulnerável prende-se à expectativa de não conseguir ultrapassar as dificuldades que surgem ao longo da vida, tornando o sujeito inibido, a nível interno e externo, impedindo o sujeito de utilizar os seus recursos para ultrapassar as dificuldades encontradas (Beck & Emery 1985, *cit. in* Serra, 2000a).

Assim, e conforme Serra (2005) refere que um indivíduo se encontra em *stress*, quando se depara com uma situação ou acontecimento de vida significativo para si e para a qual não encontra mecanismos, aptidões e recursos pessoais no sentido de lidar com o mesmo e de o controlar. Deste modo tal como se verificam formas diferenciadas de enfrentar o *stress*, a vulnerabilidade ao mesmo também se apresenta variada de indivíduo para indivíduo e não uniforme.

Outro aspecto também importante a considerar são os acontecimentos de vida sendo que de acordo com Brown (1993, *cit. in* Serra, 2002) é essencial distinguir os mesmos dos factores de vulnerabilidade, sendo que existe sempre uma interacção entre o acontecimento de vida e o factor de vulnerabilidade, sendo a vulnerabilidade

O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: acontecimentos de vida, vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos

significativa para um risco aumentado de reacções negativas por parte dos indivíduos perante determinado acontecimento de vida.

O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: acontecimentos de vida, vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos

Capítulo II – Parte Empírica

2.1. Objectivo Geral

O principal objectivo deste trabalho é avaliar a percepção de *stress*, a vulnerabilidade ao *stress* e a sintomatologia psicopatológica em indivíduos portadores assintomáticos e doentes de PAF.

2.2. Objectivos Específicos

Derivados do objectivo geral do estudo, apresentam-se os seguintes objectivos específicos.

- i. Descrever os resultados relativos à percepção de *stress* na população PAF e nos dois grupos específicos: portadores assintomáticos e doentes;
- ii. Descrever os resultados relativos à vulnerabilidade ao *stress* na população PAF e nos dois grupos específicos: portadores assintomáticos e doentes;
- iii. Descrever os resultados relativos aos sintomas psicopatológicos na população PAF e nos dois grupos específicos: portadores assintomáticos e doentes;
- iv. Analisar se existem diferenças significativas ao nível da percepção de *stress*, vulnerabilidade ao *stress* e sintomas psicopatológicos entre portadores assintomáticos e doentes;
- v. Analisar a correlação existente no grupo dos portadores assintomáticos entre o tempo de diagnóstico e: percepção de *stress*, vulnerabilidade ao *stress* e sintomatologia psicopatológica;
- vi. Verificar se existem diferenças significativas em função da existência do acompanhamento psicológico/psiquiátrico ao nível: percepção de *stress*, vulnerabilidade ao *stress* e sintomatologia psicopatológica nos grupos presentes na investigação;
- vii. Estudar a relação existente na população PAF, portadores assintomáticos e doentes entre: percepção de *stress* e vulnerabilidade ao *stress*;

- viii. Estudar a relação existente na população PAF, portadores assintomáticos e doentes entre: percepção de *stress* e sintomas psicopatológicos;
- ix. Estudar a relação existente na população PAF, portadores assintomáticos e doentes entre: vulnerabilidade ao *stress* e sintomas psicopatológicos;
- x. Analisar a população PAF (portadores assintomáticos e doentes) a percepção de *stress*, *eustress* e *distress* em função da existência ou não de vulnerabilidade ao stress;
- xi. Verificar se existem diferenças significativas na população PAF (portadores assintomáticos e doentes) quanto à sintomatologia psicopatológica e suas dimensões em função da existência ou não de vulnerabilidade ao stress.

2.3. Metodologia

2.3.1. Desenho da Investigação

O presente estudo apresenta-se como exploratório transversal de comparação entre grupos, uma vez que foram explorados diversos aspectos associados à PAF, num único momento de avaliação, procedendo-se também à comparação entre grupos (Ribeiro, 2010).

2.3.2. Variáveis em estudo

2.3.2.1. Variáveis principais

Percepção de *stress*, *eustress*, *distress*, vulnerabilidade ao *stress* e sintomatologia psicopatológica (índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos) e respectivas dimensões: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo.

2.3.2.2. Variáveis Secundárias

Grupo de portadores de PAF (portadores assintomáticos e doentes), acompanhamento psicológico, tempo de diagnóstico, existência de perturbação emocional (derivada do

ponto de corte ($\geq 1,7$) do BSI), existência de vulnerabilidade ao *stress* (derivada do ponto de corte (≥ 43) do 23QVS).

O estudo em questão apresenta-se como sendo de natureza quantitativa, exploratório e transversal de comparação entre grupos, uma vez que se pretende analisar grupos isoladamente, em conjunto ou em comparação num único momento em relação a determinados constructos como a percepção de *stress*, a vulnerabilidade ao *stress* e os sintomas psicopatológicos.

2.3.3. Participantes

Os participantes constituem uma amostra de conveniência, uma vez que os indivíduos foram seleccionados tendo em conta as características do estudo, apresentarem diagnóstico pré-sintomático positivo e ausência de sintomas (portadores assintomáticos) e início de doença de acordo com os critérios de diagnóstico do médico neurologista (doentes).

2.3.4. Material

De modo a recolher a informação necessária para obter as informações para a realização do presente estudo, obteve-se as autorizações por parte do Centro Hospitalar do Porto (cf. Anexo D), e o consentimento informado dos participantes (cf. Anexo B). Recorreu-se ao protocolo de avaliação constituído pelos seguintes instrumentos: Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, Life Survey Experiences (LES), 23 Questões sobre a vulnerabilidade ao stress (23 QVS) e Brief Symptom Inventory (BSI).

No presente estudo foram administrados os seguintes instrumentos, validados e aferidos para a população portuguesa: *Life Experiences Survey* (LES) (Silva *et al.*, 2003) (cf. Anexo C), 23 Questões para avaliar a vulnerabilidade ao *stress* (23 QVS) (Serra, 2000) (cf. Anexo C) e *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Canavarro, 1995) (cf. Anexo C). Segue-se a caracterização de cada um destes instrumentos:

2.3.4.1. *Life Experiences Survey* (LES)

A LES foi adaptada à população portuguesa por, Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, Ramos em 2003.

A escala original foi desenvolvida por Sarason, Johnson e Siegel (1978). É constituída por 57 itens em que é solicitado aos indivíduos que avaliem acontecimentos que tenham ocorrido no último ano e nos últimos 6 meses no que se refere à desejabilidade e o impacto que os mesmos tiveram na sua vida. É constituída por duas partes; uma primeira parte, constituída por 47 itens relativos a acontecimentos de vida variados, com acréscimo de três espaços em branco que permitem aos indivíduos mencionar outros acontecimentos de vida não abordados pela escala e uma segunda parte constituída por 10 itens respeitantes a aspectos da vida académica sendo essencialmente dirigida a estudantes, ainda que possa ser aplicada a outras populações (Silva *et al.*, 2003).

A versão portuguesa da LES é uma escala de auto-preenchimento em que os respondentes avaliam separadamente se os acontecimentos são desejáveis ou indesejáveis e a intensidade do seu impacto. Contudo é pedido ao sujeito que indique quais os acontecimentos de vida que experienciou durante o último ano, bem como a intensidade e impacto percebido (positivo ou negativo) na sua vida aquando da ocorrência (Silva *et al.*, 2003). A escala apresenta 7 opções de resposta tipo Likert, em que o acontecimento pode ser avaliado como “muito negativo”(-3), “mais ou menos negativo” (-2), “um pouco negativo” (-1), “não teve consequências” (0), “um pouco negativo” (+1), “mais ou menos positivo” (+2), “muito positivo” (+3) e “não se aplica” (Silva *et al.*, 2003). O valor de mudança positiva (*Eustress*) é calculado pelo somatório dos valores dos acontecimentos considerados como positivos pelo indivíduo e o valor de mudança negativa (*Distress*) é calculado através do somatório dos valores dos acontecimentos considerados negativos por este. O valor total (*Stress total*) (representando a mudança total de acontecimentos de vida desejáveis e indesejáveis) é calculado a partir do somatório dos valores de mudança positiva e negativa (Silva *et al.*, 2003).

É importante referir que a relação verificada entre os valores obtidos da LES e as medidas de desejabilidade social mostrou-se não ser significativa, o que revela que a

LES se apresenta inerente a questões de inviesamento nas respostas devido a aspectos de desejabilidade social (Silva *et al.*, 2003).

2.3.4.2. 23 Questões para Avaliar a Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS)

O 23 QVS trata-se de uma escala tipo *Likert* criada por Vaz Serra (2000). É um instrumento de auto-avaliação e avalia a vulnerabilidade ao *stress*. Cada questão tem cinco possibilidades de escolha diferentes (de 0 a 5), umas classificadas na ordem directa e outras na ordem inversa. As questões 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 20 são classificadas da esquerda para a direita, assumindo os valores de 0, 1, 2, 3 e 4; sendo as restantes classificadas no sentido inverso. O valor da nota global pode variar de um mínimo de 0 a um máximo de 92. As questões são pontudas de modo a que, quanto mais alto o valor obtido, maior é a vulnerabilidade ao *stress*. Uma classificação de 43 representa o ponto de corte acima do qual uma pessoa se encontra vulnerável ao *stress* (Serra, 2000).

A escala 23 QVS foi criada a partir de uma amostra de 368 elementos da população em geral a correlação *Par/Impar* foi de .732 e o coeficiente de *Spearman-Brown* de .845, demonstrando uma boa consistência interna.

O coeficiente de Alfa de Cronbach para todos os itens apresentou um valor de .824. Este valor baixou sempre quando à escala foi excluído algum dos itens seleccionados, demonstrando este facto a importância que cada um deles tem como elemento contributo para uma boa homogeneidade (Serra, 2000).

A correlação de cada questão com a nota global foi positiva e altamente significativa, quando na nota global esteve incluído ou excluído o item em análise (Serra, 2000). Estes factos confirmam a obtenção dos itens que, no seu conjunto, correspondem a uma análise unidimensional, capaz de definir um conceito. As correlações mais elevadas com a nota global sugerem que a pessoa vulnerável ao stress tem um perfil em que salientam as seguintes características: “pouca capacidade auto-afirmativa”, “fraca tolerância à frustração”, “dificuldade em confrontar e resolver os problemas”,

“preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia-a-dia” e “marcada emocionalidade” (Serra, 2000).

Os diversos itens da escala demonstram ser sensíveis, individualmente a variações de grupos extremos, o que confirma a sua capacidade discriminativa (Serra, 2000). Uma análise factorial de componentes principais seguida de rotação *varimax* extraiu 7 factores ortogonais que explicam 57,5% da variância total. A composição de cada factor parece traduzir o seguinte significado:

F1 (composto pelos itens 23, 19, 16, 10, 18 e 05) corresponde ao "Perfeccionismo e Intolerância à Frustração" significando 10,7% da variância explicada, (e. g. Item 23 “sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço”);

F2 (composto pelos itens 9, 22, 01, 02 e 12) corresponde à " Inibição e Dependência Funcional", significando 10,5% da variância explicada, (e. g. Item 09 “perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para as resolver”);

F3 (composto pelos itens 03 e 06) corresponde à "Carência de Apoio Social" significando 7,6% da variância explicada, (e. g. Item 03 “quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes”);

F4 (composto pelos itens 04 e 21) corresponde às "Condições de Vida Adversas" significando 7,6% da variância explicada, (e. g. Item 04 “costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minha necessidades pessoais”);

F5 (composto pelos itens 20, 05 e 08) corresponde à "Dramatização da Existência" significando 7,2% da significância explicada, (e. g. Item 20 “sou um tipo de pessoa que devido ao meu sentido de humor, é capaz de rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe acontecem”);

F6 (composto pelos itens 14, 11, 13 e 15) corresponde à "Subjugação" significando 7,2% da variância explicada, (e. g. Item 14 “dedico mais tempo às necessidades das outras pessoas que às minhas próprias necessidades”);

F7 (composto pelos itens 17, 13 e 07) corresponde à "Deprivação de Afecto e Rejeição" significando 6,6% da variância explicada, (e. g. Item 17 “há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas”).

2.3.4.3. Brief Symptom Inventory (BSI)

Para finalizar, utilizámos ainda o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory- BSI)*, desenvolvido por Derogatis em 1982, e validado para a população portuguesa por Canavarro (Canavarro, 1999), com o objectivo de avaliar a sintomatologia psicopatológica dos sujeitos da presente amostra.

Este instrumento é um inventário de auto-resposta com 53 itens em que os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afectou durante a última semana (Monteiro, Tavares & Pereira, 2007). A escala é do tipo Likert, em que a possibilidade de resposta vai desde *Nunca* a *Muitíssimas vezes* (Ribeiro, 2007).

Os sintomas psicopatológicos são avaliados em 9 dimensões de sintomatologia, são elas, somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo e três índices globais, o Índice Geral de Sintomas (IGS) referente à sintomatologia actual ou passada, o Total de Sintomas Positivo (TSP), que indica o número de sintomas alcançado, e por fim, o Índice de Sintomas Positivos (ISP), referente a intensidade dos sintomas (Derogatis, 1975; Ribeiro, 2007).

Relativamente às características psicométricas, estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de alfa entre .62 e .80 e coeficientes teste-reteste entre .63 e .81 (Monteiro, Tavares & Pereira, 2007).

2.3.5. Procedimento

Para a realização da presente investigação foram seguidas várias fases. Neste sentido foi, inicialmente, definido um problema, seguidamente, procedeu-se à recolha de informação através da revisão da literatura e à formulação dos objectivos do estudo.

Após clarificados e delimitados os objectivos do estudo, procedeu-se à elaboração do protocolo atrás descrito, foi elaborado o consentimento informado, para os doentes autorizarem a participação no estudo (cf. Anexo B). De seguida foi solicitada aos

autores a autorização para a utilização dos instrumentos (cf. Anexo A) e ao Centro Hospitalar do Porto para possibilitar a realização do estudo (cf. Anexo D).

Antes do início da avaliação dos participantes, realizada, individualmente, num gabinete da Unidade Clínica da Paramiloidose disponibilizado para o efeito, foi fornecida informação sobre o estudo e prestados os esclarecimentos necessários, sendo solicitada a colaboração, com garantia de confidencialidade dos dados recolhidos, através do preenchimento do consentimento informado.

Posteriormente, os indivíduos foram informados que a sua participação era voluntária e que poderiam abandonar o estudo quando quisessem, sem ser necessárias justificações e não afectando os seus cuidados médicos. O protocolo tinha uma durabilidade média de aplicação de 40 minutos.

Após a recolha de dados, estes foram introduzidos no programa de análise estatística de dados PASW Statistics versão 18, tendo-se optado por analisar os resultados obtidos com recurso à estatística paramétrica, uma vez que na maioria das análises a distribuição dos resultados apresenta-se normal e este tipo de análise permite segundo diversos autores como Maroco (2010), Pereira (2007), Pestana e Gageiro (2005), uma análise mais robusta e precisa dos dados.

Assim, foram utilizados os testes t para amostra emparelhadas e o teste Anova de medidas repetidas nos três primeiros objectivos específicos do estudo em que se pretende analisar de modo descritivo os resultados obtidos nas várias escalas utilizadas no estudo, o teste t para amostras independentes no objectivo em que se pretende comparar os grupos de portadores assintomáticos e doentes em termos de percepção de *stress*, vulnerabilidade ao *stress* e sintomatologia psicopatológica, no objectivo em que se pretende comparar em cada grupo de estudo os resultados obtidos em termos de percepção de *stress*, vulnerabilidade ao *stress* e sintomatologia psicopatológica em termos da existência de apoio psicológico e também no último objectivo do estudo em que se pretende estudar a relação existente entre vulnerabilidade ao *stress* e percepção de *stress*, entre vulnerabilidade ao *stress* e sintomatologia psicopatológica e entre sintomatologia psicopatológica e percepção de *stress*. Neste último objectivo também

foi utilizado o teste de correlação de Pearson, como análise complementar dos resultados obtidos. Por último também se recorreu a este teste para verificar o segundo objectivo referente à relação entre o tempo de diagnóstico e a percepção de *stress*, vulnerabilidade ao *stress* e sintomatologia psicopatológica no grupo dos portadores assintomáticos.

Após a descrição da metodologia adoptada para o estudo passa-se de seguida a analisar os resultados obtidos.

2.4. Apresentação dos resultados

Antes de iniciar a apresentação dos resultados deste estudo começou-se por fazer uma caracterização da amostra em estudo, assim como analisar a fiabilidade dos instrumentos utilizados em termos de consistência interna.

Assim, a amostra total deste estudo é constituída por 89 participantes (N=89). Relativamente à idade dos sujeitos, esta encontra-se compreendida entre os 19 e os 62 anos, sendo a média de idade 35anos (M=34,54, Dp=9,51) (cf. Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização dos participantes quanto à idade (N=89)

Idade	N	M	DP	Mínimo	Máximo
	89	34,54	9,51	19	62

De acordo com o quadro 2, verifica-se que mais de metade da amostra em estudo (59,6%) constituída por portadores assintomáticos (n=53), sendo os restantes (40,4%) doentes (n=36).

Relativamente ao género, a amostra é constituída maioritariamente (71,9%) pelo sexo feminino (N=64), sendo apenas 25 sujeitos do sexo masculino, correspondendo a 28,1% do total da amostra.

É de salientar também que 29,2% (n=26) possuem o 3º ciclo, 86,5% (n=67) estão no activo profissionalmente e 75,3% vivem com a família nuclear.

Quadro 2. Caracterização Sócio-demográfica dos Participantes (N=89)

Sexo	n	%
Feminino	64	71,9
Masculino	25	28,1
Estado Civil	n	%
Solteiro	23	25,8
Casado	50	56,2
União de Facto	11	12,4
Separado	2	2,2
Divorciado	2	2,2
Viúvo	1	1,1
Nível de Escolaridade	n	%
1ºCiclo	6	6,7
2ºCiclo	14	15,7
3ºCiclo	26	29,2
Curso Profissional	5	5,6
Secundário	20	22,5
Ensino Superior	18	20,2
Situação profissional	n	%
Activo	77	86,5
Desempregado	8	9,0
Reformado	4	4,5
Agregado Familiar	n	%
Família de Origem	9	10,1
Família Nuclear	67	75,3
Sozinho(a)	9	10,1
Outros	4	4,5

Em termos de variáveis clínicas, apenas 4,5% (n=4) da amostra teve problemas de saúde no último ano, 22,5% (n=20) teve problemas psicológicos/psiquiátricos no último ano, 16,9% (n=15) teve necessidade de acompanhamento, 18,0% (n=16) faz medicação psicofarmacológica, apenas 2,2% (n=2) teve de mudar de profissão devido à doença e 4,5% (n=4) necessidade de mudar o dia-a-dia (cf. Quadro 3).

Quadro 3. Caracterização das variáveis clínicas dos participantes (N=89)

Grupo	n	%
Portadores Assintomáticos	53	59,6
Doentes	36	40,4
Problema de saúde no último ano		
Sim	4	4,5
Não	85	95,5
Problema Psicológico e/ou Psiquiátrico no último ano		
Sim	20	22,5
Não	69	75,5
Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico		
Sim	15	16,9
Não	74	83,1
Medicação Psicofarmacológica		
Sim	16	18,0
Não	73	82,0
Mudar de profissão devido à doença		
Sim	2	2,2
Não	87	97,8
Mudar o dia-a-dia devido à doença		
Sim	4	4,5
Não	85	95,5
Reformado devido a doença		
Sim	3	3,3
Não	86	96,7

Após a caracterização da amostra total procedeu-se à análise de cada uma das sub-amostras em estudo (amostra de portadores assintomáticos (PA) e amostra de doentes (D)).

Assim, os sub-grupos não se distinguem entre si no que se refere à idade ($t=1,317$, $p=0,191$), apesar dos portadores assintomáticos ($M=35,57$, $DP=10,55$) serem em média, mais velhos que os participantes doentes ($M=33,03$, $DP=7,63$) (cf. Quadro 4).

Quadro 4. Caracterização dos participantes quanto à idade nos PA e nos D

Grupo		N	M	DP	Máximo	Mínimo	T	p
Idade	Portadores Assintomáticos	53	35,57	10,55	62	19	1,317	0,191
	Doentes	36	33,03	7,63	59	20		

Quadro 5. Caracterização Sócio-demográfica da amostra dos sub-grupos (PA e D)

Variáveis sócio-demográficas	Portadores Assintomáticos		Doentes		X²	p
	n	%	n	%		
Sexo					0,182	0,670
Feminino	39	73,6	25	69,4		
Masculino	14	26,4	11	30,6		
Estado Civil					7,299	0,168
Solteiro	9	17,0	14	38,9		
Casado	32	60,4	18	56,2		
União de Facto	8	15,1	3	8,3		
Separado	2	3,8	0	0,0		
Divorciado	1	1,9	1	2,8		
Viúvo	1	1,1	0	0,0		
Nível de Escolaridade					2,267	0,820
1ºciclo	3	5,7	3	8,3		

	factores psicopatológicos				X^2	P
	n	%	n	%		
2ºciclo	9	17,0	5	13,9		
3ºciclo	13	24,5	13	36,1		
Curso profissional	3	5,7	2	5,6		
Secundário	14	26,4	6	16,7		
Ensino superior	11	20,8	7	19,24		
Situação Profissional	n	%	n	%	X²	P
Activo	44	83,0	33	91,7		
Desempregado	6	11,3	2	5,6	1,374	0,550
Reformado	3	5,7	1	2,8		
Agregado Familiar	n	%	n	%	X²	P
Família Nuclear	5	9,4	4	11,1		
Família de Origem	40	75,5	27	75,0	0,401	0,975
Sozinho	6	11,3	3	8,3		
Outros	2	2,2	2	2,2		

Como é possível observar no quadro 6, os sub-grupos não se distinguem quanto às variáveis sócio-demográficas consideradas. É possível verificar no sub-grupo PA, um número de mulheres superior (n=39, 79,3%) aos homens (n=14, 26,4%); a maior parte dos indivíduos são casados (n=32, 60,4%) e apenas 1 (1,9%) é divorciado ou viúvo, os níveis de escolaridade mais comuns são o 3º ciclo (n=14, 26,4%) e o secundário (n=13, 24,5%) sendo o menos frequente o 1º ciclo e o curso profissional, cada um com apenas 3 (5,7%) indivíduos; a maioria encontra-se no activo (n=44, 83,0%) existindo apenas 3 (5,7%) reformados e praticamente todos (n=40, 75,5%) vivem com a família de origem.

No sub-grupo D, a maior parte é do sexo feminino (n=25, 69,4%); uma minoria (n=1, 2,8) encontra-se divorciada, sendo que nenhum indivíduo é separado ou viúvo, e a grande parte são casados (n=18, 56,2%); o nível de escolaridade mais frequente é o 3º ciclo (n=36, 1%) sendo que apenas 2 (5,6%) indivíduos têm um curso profissional; a maioria encontra-se activa em termos de situação profissional (n=33, 91,7%) e um número superior vive com a família de origem (n=27, 75,0%).

Quadro 6. Caracterização das variáveis clínicas de acordo com os sub-grupos (PA e D)

Variáveis clínicas	Portadores Assintomáticos		Doentes		X ²	p
	N	%	N	%		
Problema de saúde no último ano	N	%	N	%	X ²	p
Sim	3	5,7	1	2,8	0,415	0,644
Não	50	94,3	35	97,2		
Problema Psicológico e/ou Psiquiátrico no último ano	N	%	N	%	X ²	p
Sim	8	15,1	12	33,3	4,093	0,069
Não	45	84,9	24	66,7		
Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico	N	%	N	%	X ²	p
Sim	6	11,3	9	25,0	2,863	0,147
Não	47	88,7	27	75,0		
Medicação Psicofarmacológica	N	%	N	%	X ²	p
Sim	7	13,2	9	25,0	2,022	0,171
Não	46	86,8	27	75,0		
Mudar de profissão devido à doença	N	%	N	%	X ²	p
Sim	2	3,8	0	0,0	1,390	0,513
Não	51	96,2	36	100,0		
Mudar o dia-a-dia devido à doença	N	%	N	%	X ²	p
Sim	3	5,7	1	2,8	0,415	0,644
Não	50	94,3	35	97,2		
Reformado devido a doença	N	%	N	%	X ²	p
Sim	2	66,7	1	100,0	0,444	1,000
Não	1	33,3	0	0,0		

No quadro 6 podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas conforme o teste *Fisher* os casos encontram-se distribuídos independentemente e homogeneamente entre os dois grupos em função dos problemas

de saúde no último ano ($x^2=0,415$, $p=0,644$), dos problemas psicológicos/psiquiátricos no último ano ($x^2=4,003$, $p=0,069$), do acompanhamento psicológico/psiquiátrico ($x^2=2,863$, $p=0,147$), da realização de medicação psicofarmacológica ($x^2=2,022$, $p=0,171$), da mudança de profissão devido a doença ($x^2=1,390$, $p=0,513$), da mudança no dia-a-dia em função da doença ($x^2=0,415$, $p=0,644$) e da existência de reforma após a doença ($x^2=0,444$, $p=1,000$).

Após a caracterização da amostra fez-se a análise descritiva dos resultados obtidos ao nível das várias escalas utilizadas para avaliação dos aspectos focados no estudo (percepção de *stress*, vulnerabilidade ao *stress* e sintomas psicopatológicos), foi analisada a fiabilidade das escalas em termos de consistência interna, avaliada pelo *alpha de Cronbach*, tendo concluído que em termos gerais as várias escalas apresentam bons valores de *alpha de Cronbach*, com excepção de algumas sub-escalas que à frente iremos referir.

Assim, a análise da consistência interna da *Life Experiences Survey (LES)* avaliada pelo *alpha de Cronbach* indica que a escala apresenta-se boa em termos de fiabilidade tendo em conta o valor de *alpha* verificado ($\alpha=0,815$) (cf. Anexo D, Quadro 53).

Acresce-se ainda o facto do valor de *alpha* obtido ser superior ao encontrado ($\alpha=0,700$) pelos autores da validação e adaptação portuguesa da escala (Silva, Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003).

No que respeita à **Escala de 23 Questões para Avaliar a Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS)** o valor de *alpha de Cronbach* obtido ($\alpha=0,832$) indica que a consistência interna da escala é boa, sendo deste modo a fiabilidade da escala adequada (cf. Quadro 54, Anexo F).

Estes resultados também permitem constatar que o valor de *alpha* obtido se apresenta semelhante e mesmo superior ao obtido por Vaz Serra (2000) ($\alpha=0,824$) aquando da sua validação e adaptação da Escala de 23 Questões para Avaliar a Vulnerabilidade ao Stress (QVS) à População Portuguesa.

No mesmo quadro é possível verificar que as correlações existentes entre os itens e a escala total apresentam-se todos positivos, e variam de fraco a moderado, sendo a correlação verificada entre o item “Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar” e a escala total o mais elevado ($r=0,583$).

Relativamente a sub-escala **perfeccionismo e intolerância à frustração** é possível constatar de acordo com o valor de *alpha*, uma razoável consistência interna ($\alpha=0,668$) (cf. Quadro 54, Anexo F). As correlações verificadas entre os itens e a escala total apresentam-se todas positivas variando entre o fraco e o moderado. Verifica-se também que a correlação mais elevada com a escala total é com o item “Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas” ($r=0,564$).

Quanto à sub-escala **inibição e dependência funcional** o valor de *alpha* verificado ($\alpha=0,777$), indica que esta apresenta uma boa consistência interna (cf. Quadro 54, Anexo F). As correlações entre os itens e total apresentam-se todas positivas variando entre o fraco e o moderado. A correlação mais forte verificada é com o item “Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar” ($r=0,676$).

No que se refere à sub-escala de **carência de apoio social** o valor de *alpha* obtido é representativo de uma consistência interna fraca ($\alpha=0,513$) (cf. Quadro 54, Anexo F). As correlações verificadas dos itens com o total apresentam-se positivas e fracas, apresentando igual contributo para a escala total ($r=0,355$).

Em relação à sub-escala de **condições de vida adversas** o valor da *alpha* obtido é significativo de uma consistência interna boa ($\alpha=0,788$) (cf. Quadro 54, Anexo F). As correlações verificadas com o total são ambas positivas sendo o contributo de cada um dos itens semelhante ($r=0,652$).

Quanto à sub-escala **dramatização da existência** o valor da *alpha* obtido é significativo de uma consistência interna fraca ($\alpha=0,415$) (cf. Quadro 54, Anexo F). As correlações verificadas entre os itens com o total apresentam-se todas positivas e fracas, sendo a

correlação mais forte a verificada com o item “É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que ocorrem” ($r=0,324$).

Relativamente à sub-escala de **subjugação** o valor da *alpha* obtido é significativo de uma consistência interna inadmissível ($\alpha=0,128$) (cf. Quadro 54, Anexo F). As correlações verificadas entre os itens com o total apresentam-se positivas, negativas e fracas, sendo a correlação mais forte a verificada com o item “Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim” ($r=0,274$).

Relativamente à sub-escala **deprivação de afecto e rejeição** o valor da *alpha* obtido é indicativo de uma consistência interna razoável ($\alpha=0,643$) (cf. Quadro 54, Anexo F). As correlações verificadas entre os itens com o total apresentam-se todas positivas, e moderadas, sendo a correlação mais forte a verificada com o item “Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas” ($r=0,559$).

No que respeita a análise da fiabilidade do **Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (BSI)** é possível verificar, conforme a quadro 55 (Anexo G), que o mesmo apresenta uma consistência interna muito boa, tendo em conta o valor de *alpha* obtido ($\alpha=0,964$). Na mesma tabela é possível verificar que todas as correlações com o total do BSI são positivas variando entre o fraco, o moderado e o bom. A correlação mais forte verificada foi obtida com o item “sentir-se triste” ($r=0,795$).

Em relação à análise da fiabilidade das sub-escalas do Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (BSI) é possível verificar, conforme se observa no quadro 55 (Anexo G) que relativamente à sub-escala **somatização**, a consistência interna é boa, de acordo com o valor elevado de *alpha* obtido ($\alpha=0,840$). No mesmo quadro é possível verificar que todas as correlações com o total são positivas variando entre fraco, moderado e bom. A correlação mais forte verificada foi obtida com o item “calafrios ou afrontamento” ($r=0,798$). O valor de *alpha* obtido apresenta-se superior ao verificado ($\alpha=0,80$) no processo de validação e adaptação do instrumento a população portuguesa realizado por Canavarro (1999, 2003).

Quanto à sub-escala **obsessões-compulsões**, a consistência interna é boa, de acordo com o valor elevado de *alpha* obtido ($\alpha=0,793$), sendo este valor superior ao obtido aquando da validação do inventário ($\alpha=0,77$). No mesmo quadro é possível verificar que todas as correlações com o total são positivas variando entre o fraco e bom. A correlação mais forte verificada foi obtida com o item “Ter dificuldades em se concentrar” ($r=0,703$) (cf. Quadro 55, Anexo G).

Para a sub-escala **sensibilidade interpessoal**, a consistência interna é boa, de acordo com o valor elevado de *alpha* obtido ($\alpha=0,721$), inferior ainda que muito próximo do obtido no processo de validação do BSI ($\alpha=0,76$). No mesmo quadro é possível verificar que todas as correlações com o total são positivas variando entre o fraco e moderado. A correlação mais forte verificada foi obtida com o item “Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si” ($r=0,618$) (cf. Quadro 55, Anexo G).

Relativamente a sub-escala **depressão**, é possível verificar de acordo com o quadro 5 (Anexo C) e com o valor de *alpha de Cronbach* obtido ($\alpha=0,890$) que esta apresenta uma boa consistência interna semelhante e até superior à verificada no processo de validação ($\alpha=0,73$). As correlações correctas verificadas entre os itens e a escala total variam entre o moderado e o bom, estando o item “Não ter interesse por nada” mais correlacionado com o resultado total da sub-escala de depressão ($r=0,813$).

No que se refere à sub-escala **ansiedade**, é possível constatar (cf. Quadro 55, Anexo G) e com o valor de *alpha de Cronbach* obtido ($\alpha=0,807$), valor este superior ao verificado no processo de validação ($\alpha=0,73$) que esta apresenta uma boa consistência interna. As correlações verificadas entre os itens e a escala total apresentam-se todas moderadas, estando o item “Ter um medo súbito sem ter razão para isso” mais correlacionado com o resultado total da sub-escala de ansiedade ($r=0,668$).

Quanto à sub-escala **hostilidade**, podemos observar (cf. Quadro 55, Anexo G) de acordo com o valor de *alpha de Cronbach* obtido ($\alpha=0,753$) que esta apresenta uma razoável consistência interna, muito próxima da verificada no processo de validação do BSI ($\alpha=0,76$). As correlações correctas verificadas entre os itens e a escala total apresentam-se variadas entre o fraco e o moderado, estando o item “Aborrecer-se ou

irritar-se facilmente” mais correlacionado com o resultado total da sub-escala de ansiedade ($r=0,608$).

Para a sub-escala **ansiedade fóbica** é possível verificar do Quadro 55 (Anexo G), uma razoável consistência interna tendo em conta o valor de *alpha* obtido ($\alpha=0,743$) valor este superior ao obtido aquando da validação do BSI ($\alpha=0,62$). As correlações verificadas entre os itens e os resultados totais da sub-escala apresentam-se todas moderadas, sendo o item “ Medo de andar na rua ou praças públicas” o mais correlacionado com o resultado total ($r=0,626$).

No que concerne a sub-escala **ideação paranóide**, verifica-se de acordo com o Quadro 55 (Anexo G) e com o valor de *alpha* obtido ($\alpha=0,782$) que a consistência interna é razoável, consistência esta até superior à verificada no processo de validação do instrumento para a população portuguesa. As correlações verificadas entre os itens e os resultados totais são todas moderadas, sendo a mais forte a verificada pelo item “Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si” ($r=0,617$).

Por fim no que se refere a sub-escala **Psicoticismo** os valores do Quadro 55 (Anexo G), permitem constatar que a consistência interna se apresenta razoável dado o valor de *alpha* obtido ($\alpha=0,782$), valor este superior ao verificado no processo de validação do BSI ($\alpha=0,62$). As correlações entre os itens e total da escala varia de fraco a moderado. O item “Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça” é o que se encontra mais correlacionado com os resultados totais da escala ($r=0,582$).

Após a análise da fiabilidade das escalas em estudo iremos fazer uma análise descritiva dos resultados obtidos nas mesmas quer na amostra total de indivíduos com PAF quer nas sub-amostras (Portadores Assintomáticos e Doentes).

O primeiro objectivo específico formulado é “Descrever os resultados relativos à percepção de *stress*, *eustress* e *distress* na população PAF e nos dois grupos específicos: portadores assintomáticos e doentes”. De acordo com o Quadro 7 podemos verificar nos resultados obtidos no teste *t* para amostras emparelhadas que não existem diferenças significativas ($t=-0,917$, $p=0,361$) entre os resultados do *Eustress* e do *Distress*, apesar dos resultados se apresentarem superiores no *Distress* ($M=7,60$, $Dp=6,76$).

Quadro 7. Análise descritiva dos níveis de percepção de *stress* total, *eustress* e *distress* (Amostra Geral)

	N	M	DP	Min	Max	T	p
<i>Eustress</i>	89	6,73	6,72	0	36	-0,917	0,361
<i>Distress</i>	89	7,60	6,76	0	34		
Stress Total	89	14,21	9,94	0	45		

Em conformidade com o Quadro 8 é possível também verificar que no grupo dos portadores assintomáticos, não existem diferenças significativas ($t=0,456$, $p=0,650$) entre os resultados de *eustress* e *distress*, apesar dos resultados de *eustress* ($M=6,98$, $Dp=7,65$) serem superiores aos de *distress* ($M=6,38$, $Dp=6,31$).

Quadro 8. Análise descritiva dos níveis de *stress* total, *eustress* e *distress* nos PA

Identificação do grupo		N	M	DP	Min	Max	t	p
Portadores Assintomáticos	<i>Eustress</i>	53	6,96	7,65	0	36	0,456	0,650
	<i>Distress</i>	53	6,38	6,31	0	23		
	Stress Total	53	13,15	10,15	0	45		

Relativamente ao grupo dos doentes é possível observar que existem diferenças significativas ($t=-2,289$, $p=0,028$) entre os resultados de *eustress* e *distress*, demonstrando valores de *eustress* ($M=6,39$, $Dp=5,16$) inferiores aos valores de *distress* ($M=9,39$, $Dp=9,57$).

Quadro 9. Análise descritiva dos níveis de *stress* total, *eustress* e *distress* nos D

Identificação do grupo		N	M	DP	Min	Max	T	p
Doentes	<i>Eustress</i>	36	6,39	5,16	0	16	-2,289	0,028
	<i>Distress</i>	36	9,39	7,08	0	34		
	Stress Total	36	15,78	9,57	2	41		

Uma melhor exemplificação dos resultados acima referidos encontra-se na figura 1.

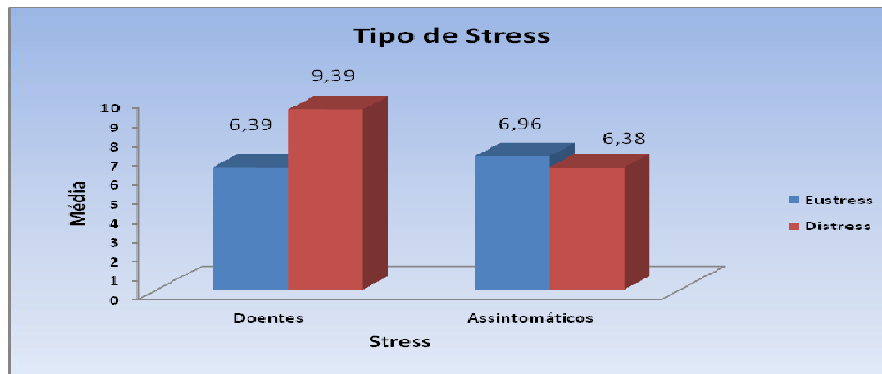


Figura 2. Resultados médios relativos ao *Eustress* e *Distress* (PA e D).

O segundo objectivo proposto é “descrever os resultados relativos à vulnerabilidade ao *stress* na população PAF e nos dois grupos específicos: portadores assintomáticos e doentes”. De acordo com o quadro 10 é possível verificar pelo teste Anova de medidas repetidas diferenças significativas entre os vários factores que compõem a vulnerabilidade ao *stress* ($F=50,55$, $p=0,000$), sendo neste caso o factor perfeccionismo e intolerância à frustração o mais elevado comparativamente de acordo com os resultados do teste LSD de comparação múltipla de médias (cf. Quadro 11) em relação aos restantes domínios da vulnerabilidade ao *stress* tendo em conta um nível de significância inferior a 5% ($p \leq 0,05$) à excepção do domínio relacionado com a dramatização da existência ($p=0,599$).

Quadro 10. Resultados descritivos relativos à vulnerabilidade ao *stress* (Amostra Geral)

Vulnerabilidade ao Stress	N	M	DP	Min	Max	F	p
Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	89	2,40	0,68	0,67	3,67		
Inibição e Independência Funcional	89	1,30	0,79	0,00	3,40		
Carência de Apoio Social	89	1,11	0,82	0,00	3,50		
Condições de Vida Adversas	89	1,48	1,08	0,00	4,00	50,550	0,000
Dramatização da Existência	89	2,35	0,79	1,00	4,00		
Subjugação	89	1,72	0,62	0,25	4,00		
Deprivação de Afecto e Rejeição	89	1,10	0,73	0,00	3,00		
Cotação QVS Total	89	39,21	11,81	13,00	69,00		

Quadro 11. Comparação múltipla de médias para a vulnerabilidade ao *stress*

(I) Vulnerabilidade ao Stress	(J) Vulnerabilidade ao Stress	Diferença de Médias (I-J)	p
Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	Inibição e Independência Funcional	1,099	0,000
	Carência de Apoio Social	1,288	0,000
	Condições de Vida Adversas	0,918	0,000
	Dramatização da Existência	0,047	0,599
	Subjugação	0,676	0,000
	Rejeição	1,290	0,000

No quadro 12 é ainda possível verificar que existem no grupo dos portadores assintomáticos, diferenças significativas entre os vários domínios da vulnerabilidade ao *stress* ($F=36,242$, $p=0,000$), apesar dos resultados obtidos no domínio perfeccionismo e intolerância a frustração superiores, essa superioridade significativa de acordo com o teste LSD em relação a todos os domínios avaliados da vulnerabilidade ao *stress* com a excepção do domínio da dramatização da existência ($p=0,599$) (cf. Quadro 13).

Quadro 12. Resultados relativos à vulnerabilidade ao *stress* para o sub-grupo (PA).

	Vulnerabilidade ao Stress	N	M	DP	Min	Max	F	p
Assintomáticos	Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	53	2,40	0,70	0,67	3,67	36,242	0,000
	Inibição e Independência Funcional	53	1,23	0,80	0,00	3,40		
	Carência de Apoio Social	53	1,06	0,85	0,00	3,00		
	Condições de Vida Adversas	53	1,34	1,12	0,00	4,00		
	Dramatização da Existência	53	2,33	0,83	1,00	4,00		
	Subjugação	53	1,74	0,65	0,25	4,00		

Deprivação de Afecto e Rejeição	53	1,04	0,74	0,00	2,67
QVS Total	53	38,30	12,19	13,00	69,00

Quadro 13. Comparação múltipla de médias entre os vários domínios da vulnerabilidade ao *stress* (PA).

(I) Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	(J) Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	Diferença de médias (I-J)	p
Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	Inibição e Independência Funcional	1,162	0,000
	Carência de Apoio Social	1,340	0,000
	Condições de Vida Adversas	1,057	0,000
	Dramatização da Existência	0,063	0,599
	Subjugação	0,660	0,000
	Rejeição	1,358	0,000

O mesmo se pode verificar em relação ao grupo dos doentes (cf. Quadro 14) em que os resultados não variam significativamente, apenas entre o domínio da intolerância a frustração e a dramatização da existência ($p=0,864$) (cf. Quadro 15).

Quadro 14. Resultados relativos a vulnerabilidade ao *stress* para o sub-grupo (D).

Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	N	M	DP	Min	Max	F	p
Doentes Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	36	2,39	0,66	1,00	3,67	24,031	0,000
Inibição e Independência Funcional	36	1,39	0,78	0,00	3,20		
Carência de Apoio Social	36	1,18	0,79	0,00	3,50		
Condições de Vida Adversas	36	1,68	0,99	0,00	4,00		

Dramatização da Existência	36	2,37	0,74	1,00	4,00
Subjugação	36	1,69	0,58	0,50	2,75
Deprivação de Afecto e Rejeição	36	1,20	0,73	0,00	3,00
QVS Total	36	40,56	11,25	16,00	69,00

Quadro 15. Comparação múltipla de médias entre os vários domínios da vulnerabilidade ao *stress* (D).

(I) Vulnerabilidade ao Stress	(J) Vulnerabilidade ao Stress	Diferença de médias (I-J)	P
	Inibição e Independência Funcional	1,005	0,000
Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	Carência de Apoio Social	1,213	0,000
	Condições de Vida Adversas	0,713	0,000
	Dramatização da Existência	0,023	0,864
	Subjugação	0,699	0,000
	Rejeição	1,190	0,000

O terceiro objectivo formulado é “Descrever os resultados relativos aos sintomas psicopatológicos na população PAF e nos dois grupos específicos: portadores assintomáticos e doentes”. De acordo com o quadro 16 podemos verificar nos resultados obtidos no teste Anova de medidas repetidas que não existem diferenças significativas entre os vários domínios do inventário de sintomas psicopatológicos (BSI) ($F=23,017$, $p=0,000$), apresentando neste caso os resultados obtidos no domínio ideação paranóide mais elevados ($M=1,06$, $DP=0,75$), sendo essa superioridade não significativa apenas em relação ao domínio das obsessões-compulsões ($M=0,98$, $DP=0,69$) (cf. Quadro 17).

Relativamente aos resultados obtidos através do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) no total da amostra é possível verificar de acordo com o quadro 16, que:

- i. Para a dimensão **somatização** o resultado médio é $M=0,61$, com um desvio padrão $DP=0,68$, assim como apresenta um valor mínimo verificado de 0 para um máximo

- de 2,71. Comparando o valor médio obtido com valores médios de referência resultantes dos resultados obtidos pelos autores da validação e adaptação do BSI à população portuguesa verifica-se que este se apresenta mais próximo do valor médio obtido para a população geral ($M=0,573$) e mais afastado que o valor obtido para a população com perturbações emocionais ($M=1,355$) (Canavarro, 1995).
- ii. Para a dimensão **obsessões-compulsões** o resultado médio é $M=0,98$, com um desvio padrão $DP=0,69$, assim como apresenta um valor mínimo verificado de 0 para um máximo de 2,83. O valor médio obtido nesta dimensão apresenta-se significativamente inferior ao valor obtido para uma amostra geral ($M=1,290$) e também em relação a uma amostra perturbada emocionalmente ($M=1,924$) (Canavarro, 1995).
 - iii. Para a dimensão **sensibilidade interpessoal** o resultado médio é $M=0,81$, com desvio padrão $DP=0,75$, assim como apresenta um verificado de 0 para um máximo de 3,25. Este valor médio apresenta-se inferior ao obtido na validação do BSI para uma amostra em geral ($M=0,958$) e para uma amostra com perturbações mentais ($M=1,597$) (Canavarro, 1995).
 - iv. Para a dimensão **depressão** o resultado médio é $M=0,80$, com um desvio padrão $DP=0,83$, assim como apresenta um valor mínimo verificado de 0 para um máximo de 3,83. O valor médio obtido apresenta-se ligeiramente inferior ao apresentado na validação do BSI para a amostra geral ($M=0,893$) assim como para a amostra de indivíduos com perturbação mental ($M=1,828$) (Canavarro, 1995).
 - v. Para a dimensão **ansiedade** o resultado médio é $M=0,75$, com um desvio padrão $DP=0,66$, assim como apresenta um valor mínimo verificado de 0 para um máximo de 2,83. Nota-se que o valor médio obtido se apresenta inferior ao obtido na validação do BSI para uma amostra geral ($M=0,942$) e para uma amostra com perturbações emocionais ($M=1,753$) (Canavarro, 1995).
 - vi. Para a dimensão **hostilidade** o resultado médio é $M=0,77$, com um desvio padrão $DP=0,62$, assim como apresenta um valor mínimo verificado de 0 para um máximo de 2,60. O valor médio obtido é inferior ao obtido na validação do BSI para a amostra geral ($M=0,894$) e para a amostra com perturbação emocional ($M=1,411$) (Canavarro, 1995).
 - vii. Para a dimensão **ansiedade fóbica** o resultado médio é $M=0,29$, com um desvio padrão $DP=0,46$, assim como apresenta um valor mínimo verificado de 0 para um

máximo de 2,20. Em relação ao valor médio obtido este é inferior ao verificado na validação do BSI em relação a amostra geral ($M=0,418$) e ao da amostra com perturbações emocionais ($M=1,020$) (Canavarro, 1995).

- viii. Para a dimensão **ideação paranóide** o resultado médio é $M=1,06$, com um desvio padrão $DP=0,75$, assim como apresenta um valor mínimo verificado de 0 para um máximo de 3,00. Quanto ao valor médio obtido quando comparado com o valor obtido na validação do BSI para a amostra em geral ($M=1,063$) verifica-se que este se encontra semelhante, sendo contudo inferior em relação ao obtido na população com perturbação emocional ($M=1,532$) (Canavarro, 1995).
- ix. Para a dimensão **psicoticismo** o resultado médio é $M=0,48$, com um desvio padrão $DP=0,55$, assim como apresenta um valor mínimo verificado de 0 para um máximo de 2,20. Em relação ao valor médio verifica-se que este se apresenta inferior ao verificado na validação para amostra geral ($M=0,668$) e para a amostra de indivíduos perturbados emocionalmente ($M=1,403$) (Canavarro, 1995).
- x. Para o **índice geral de sintomas** (IGS) o resultado médio é $M=0,74$, com um desvio padrão $DP=0,55$, assim como apresenta um valor mínimo verificado de 0 para um máximo de 2,23. O valor médio obtido é inferior ao verificado aquando da validação do BSI para amostra geral ($M=0,835$) e para a amostra de indivíduos perturbados emocionalmente ($M=1,430$) (Canavarro, 1995).
- xi. Para o **índice de sintomas positivos** (ISP) o resultado médio é $M=1,58$, com um desvio padrão $DP=0,47$, assim como apresenta um valor mínimo verificado de 0 para um máximo de 3,27. O valor médio obtido é superior em relação ao obtido para a amostra geral na validação do BSI ($M=1,561$) e inferior ao verificado na amostra de indivíduos perturbados emocionalmente ($M=2,111$) (Canavarro, 1995).
- xii. Para o **total de sintomas positivos** (TSP) o resultado médio é de aproximadamente 23 sintomas ($M=22,93$), com um desvio padrão $DP=13,54$, assim como apresenta um valor mínimo verificado de 0 para um máximo de 52. Este numero médio de sintomas positivos é inferior ao numero médio verificado aquando da validação do BSI para amostra em geral ($M=26,993$) e para uma amostra de indivíduos perturbados emocionalmente (Canavarro, 1995).

Quadro 16. Resultados médios relativos ao BSI e respectivos Domínios (Amostra Total)

Inventário de Sintomas Psicoatológicos (BSI)	N	M	DP	Min	Max	F	p
Somatização	89	0,61	0,68	0,00	2,71		
Obsessões-Compulsões	89	0,98	0,69	0,00	2,83		
Sensibilidade Interpessoal	89	0,81	0,75	0,00	3,25		
Depressão	89	0,80	0,83	0,00	3,83		
Ansiedade	89	0,75	0,66	0,00	2,83	23,017	0,000
Hostilidade	89	0,77	0,62	0,00	2,60		
Ansiedade Fóbica	89	0,29	0,46	0,00	2,20		
Ideação Paranóide	89	1,06	0,75	0,00	3,00		
Psicoticismo	89	0,48	0,55	0,00	2,20		
Índice Geral de Sintomas	89	0,74	0,55	0,00	2,23		
Total de sintomas positivos	89	22,93	13,54	0	52		
Índice de sintomas positivos	89	1,58	0,47	0,00	3,27		

Quadro 17. Comparação múltipla de médias entre os domínios do BSI

(I) BSI	(J) BSI	Diferença de médias (I-J)	p
	Somatização	0,446	0,000
	Obsessões-Compulsões	0,079	0,231
	Sensibilidade Interpessoal	0,244	0,000
	Depressão	0,253	0,001
Ideação Paranóide	Ansiedade	0,303	0,000
	Hostilidade	0,285	0,000
	Ansiedade Fóbica	0,764	0,000
	Psicoticismo	0,573	0,000

De acordo com o quadro 18 podemos verificar nos resultados obtidos no teste Anova de medidas repetidas, que existem diferenças significativas entre os vários domínios do inventário de sintomas psicopatológicos (BSI) ($F=14,157$, $p=0,000$), sendo neste caso os

resultados obtidos no domínio ideação paranóide mais elevados ($M=1,02$, $DP=0,82$), sendo essa superioridade não significativa apenas em relação ao domínio das obsessões compulsões ($M=0,98$, $DP=0,69$) (cf. Quadro 19).

Quadro 18. Resultados médios relativos ao BSI e respectivos domínios (PA)

Sintomas Psicopatológicos (BSI)	N	M	DP	Min	Max	F	p
Somatização	53	0,47	0,66	0,00	2,71		
Obsessões-Compulsões	53	0,87	0,65	0,00	2,67		
Sensibilidade Interpessoal	53	0,71	0,70	0,00	2,75		
Depressão	53	0,64	0,75	0,00	3,83		
Ansiedade	53	0,63	0,58	0,00	2,17	14,157	0,000
Hostilidade	53	0,74	0,59	0,00	2,40		
Ansiedade Fóbica	53	0,28	0,47	0,00	2,20		
Ideação Paranóide	53	1,02	0,82	0,00	3,00		
Psicoticismo	53	0,38	0,48	0,00	2,00		
Índice Geral de Sintomas	53	0,64	0,52	0,00	2,19		
Total de sintomas positivos	53	20,00	12,96	0	49		
Índice de sintomas positivos	53	1,55	0,48	0,00	2,76		

Quadro 19. Comparação múltipla de médias entre os domínios do BSI

(I) BSI	(J) BSI	Diferença de médias (I-J)	p
Ideação Paranóide	Somatização	0,547	0,000
	Obsessões-Compulsões	0,145	0,090
	Sensibilidade Interpessoal	0,311	0,001
	Depressão	0,381	0,000
	Ansiedade	0,393	0,000
	Hostilidade	0,283	0,004
	Ansiedade Fóbica	0,740	0,000
	Psicoticismo	0,634	0,000

Conforme o quadro 20 é possível observar nos resultados obtidos no teste Anova de medidas repetidas que existem diferenças significativas entre os vários domínios do inventário de sintomas psicopatológicos (BSI) ($F=9,003$, $p=0,000$), sendo neste caso os

resultados obtidos no domínio obsessões-compulsões mais elevados ($M=1,130$, $DP=0,82$), sendo essa superioridade não significativa apenas em relação aos domínios depressão e ideação paranóide (cf. Quadro 21).

Quadro 20. Resultados médios relativos ao BSI e respectivos domínios (D)

Sintomas Psicopatológicos	N	M	DP	Min	Max	F	p
Somatização	36	0,81	0,65	0,00	2,29		
Obsessões-Compulsões	36	1,13	0,74	0,00	2,83		
Sensibilidade Interpessoal	36	0,97	0,81	0,00	3,25		
Depressão	36	1,05	0,90	0,00	3,50		
Ansiedade	36	0,94	0,73	0,00	2,83	9,003	0,000
Hostilidade	36	0,82	0,66	0,00	2,60		
Ansiedade Fóbica	36	0,31	0,43	0,00	1,60		
Ideação Paranóide	36	1,11	0,66	0,00	3,00		
Psicoticismo	36	0,63	0,63	0,00	2,20		
Índice Geral de Sintomas	36	0,88	0,57	0,06	2,23		
Total de sintomas positivos	36	27,25	13,38	3	52		
Índice de sintomas positivos	36	1,63	0,47	1,00	3,27		

Quadro 21. Comparação múltipla de médias entre os domínios do BSI

(I) BSI	(J) BSI	Diferença de médias (I-J)	p
Obsessões-Compulsões	Somatização	0,316	0,016
	Sensibilidade Interpessoal	0,164	0,040
	Depressão	0,083	0,415
	Ansiedade	0,190	0,022
	Hostilidade	0,307	0,013
	Ansiedade Fóbica	0,819	0,000
	Ideação Paranóide	0,019	0,858
	Psicoticismo	0,502	0,000

Na figura 3, pode-se observar os resultados apresentados pelos quadros.

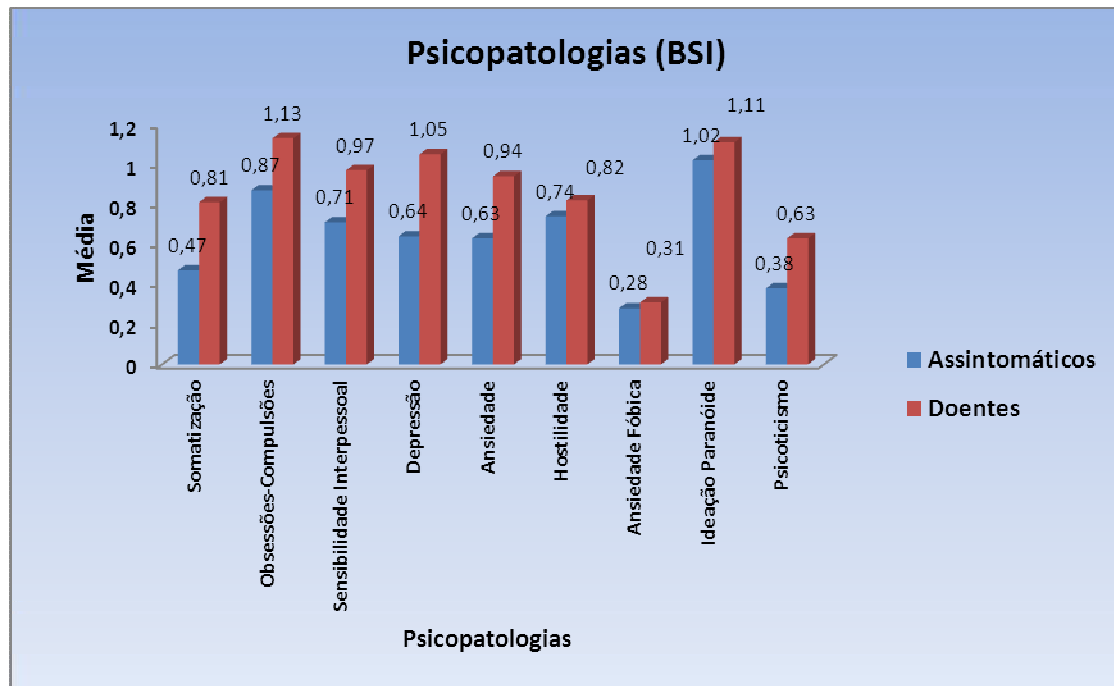


Figura 3. Resultados médios relativos às dimensões psicopatológicas do BSI (PA e D)

O quarto objectivo formulado é “Analisar se existem diferenças significativas ao nível da percepção de *stress*, vulnerabilidade ao *stress* e sintomas psicopatológicos entre portadores assintomáticos e doentes”.

Para a percepção de stress através da utilização do teste t foi possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sub-grupos e a percepção de *stress* total ($t=-1,226$, $p=0,224$). Também com recurso ao mesmo teste estatístico não se verificaram diferenças significativas ao nível do *eustress* em função dos sub-grupos ($t=0,393$, $p=0,696$). Para o *distress* foram encontradas diferenças significativas ($t=-2,102$, $p=0,038$) sendo os resultados nos grupos dos doentes ($M=9,39$) significativamente superiores em relação aos portadores assintomáticos ($M=6,38$).

Os resultados relativos as questões acima referidas encontram-se adequadamente descritos na quadro 22.

Quadro 22. Análise de resultados relativos à percepção de *stress*, *eustress* e *distress* entre grupo de assintomáticos e grupo de doentes.

	Grupo	N	M	DP	t	p
<i>Eustress</i>	Assintomáticos	53	6,96	7,65	0,393	0,696

	Doentes	36	6,39	5,15		
<i>Distress</i>	Assintomáticos	53	6,38	6,31	-	0,038
	Doentes	36	9,39	7,08	2,102	
<i>Stress Total</i>	Assintomáticos	53	13,15	10,15	-	0,224
	Doentes	36	15,78	9,57	1,226	

Para verificar os níveis de vulnerabilidade ao *stress* e respectivas dimensões entre os sub-grupos recorreu-se ao teste *t* para amostras independentes, concluindo-se que os resultados relativos à vulnerabilidade ao *stress* e respectivas dimensões não variam significativamente entre os dois sub-grupos de acordo com os resultados de significância obtidos em todas as dimensões, superiores a 5% ($p > 0,05$) (cf. Quadro 23).

Quadro 23. Análise de resultados relativos a vulnerabilidade ao *stress* e respectivas dimensões em função dos sub-grupos.

Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	Sub-grupos	N	M	DP	t	p
Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	Assintomáticos	53	2,40	0,69	0,018	0,985
	Doentes	36	2,39	0,65		
Inibição e Independência Funcional	Assintomáticos	53	1,23	0,79	-0,906	0,367
	Doentes	36	1,39	0,78		
Carência de Apoio Social	Assintomáticos	53	1,06	0,84	-0,695	0,489
	Doentes	36	1,18	0,79		
Condições de Vida Adversas	Assintomáticos	53	1,34	1,12	-1,476	0,143
	Doentes	36	1,68	0,98		
Dramatização da Existência	Assintomáticos	53	2,33	0,83	-0,216	0,830
	Doentes	36	2,37	0,73		
Subjugação	Assintomáticos	53	1,74	0,64	0,309	0,758
	Doentes	36	1,69	0,57		
Deprivação de Afecto e Rejeição	Assintomáticos	53	1,04	0,74	-1,047	0,298
	Doentes	36	1,21	0,72		
Vulnerabilidade ao <i>Stress Total</i>	Assintomáticos	53	13,15	10,15	-1,226	0,224
	Doentes	36	15,78	9,57		

Relativamente aos resultados obtidos no Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) é possível observar no quadro 24 que existem diferenças significativas, ao nível das dimensões, depressão ($t=-2,215$, $p=0,023$), ansiedade ($t=-2,255$, $p=0,027$) e somatização ($t=-2,403$, $p=0,018$), valores de médias sempre superiores nos doentes. Também existem diferenças significativas no índice geral de sintomas ($t=-2,061$, $p=0,040$) e no total de sintomas positivos ($t=-2,557$, $p=0,012$) em ambos os casos superiores nos doentes.

Quadro 24. Análise de resultados relativos à sintomatologia psicopatológica em função dos sub-grupos.

	Sub-grupos	N	M	DP	t	p																																																																																																											
Somatização	Assintomáticos	53	0,47	0,66	-2,403	0,018																																																																																																											
	Doentes	36	0,81	0,65			Obsessões- Compulsões	Assintomáticos	53	0,87	0,64	-1,729	0,087	Doentes	36	1,13	0,73	Sensibilidade Interpessoal	Assintomáticos	53	0,71	0,69	-1,603	0,113	Doentes	36	0,96	0,81	Depressão	Assintomáticos	53	0,64	0,75	-2,215	0,023	Doentes	36	1,21	1,72	Ansiedade	Assintomáticos	53	0,63	0,58	-2,255	0,027	Doentes	36	0,94	0,72	Hostilidade	Assintomáticos	53	0,74	0,59	-0,644	0,521	Doentes	36	0,82	0,65	Ansiedade Fóbica	Assintomáticos	53	0,28	0,47	-0,322	0,748	Doentes	36	0,31	0,43	Ideação Paranóide	Assintomáticos	53	1,02	0,81	-0,564	0,574	Doentes	36	1,11	0,65	Psicoticismo	Assintomáticos	53	0,38	0,48	-1,965	0,054	Doentes	36	0,62	0,62	Índice Geral de Sintomas	Assintomáticos	53	0,64	0,51	-2,061	0,040	Doentes	36	0,88	0,57	Total de sintomas positivos	Assintomáticos	53	20,00	12,95	-2,557	0,012	Doentes
Obsessões- Compulsões	Assintomáticos	53	0,87	0,64	-1,729	0,087																																																																																																											
	Doentes	36	1,13	0,73			Sensibilidade Interpessoal	Assintomáticos	53	0,71	0,69	-1,603	0,113	Doentes	36	0,96	0,81	Depressão	Assintomáticos	53	0,64	0,75	-2,215	0,023	Doentes	36	1,21	1,72	Ansiedade	Assintomáticos	53	0,63	0,58	-2,255	0,027	Doentes	36	0,94	0,72	Hostilidade	Assintomáticos	53	0,74	0,59	-0,644	0,521	Doentes	36	0,82	0,65	Ansiedade Fóbica	Assintomáticos	53	0,28	0,47	-0,322	0,748	Doentes	36	0,31	0,43	Ideação Paranóide	Assintomáticos	53	1,02	0,81	-0,564	0,574	Doentes	36	1,11	0,65	Psicoticismo	Assintomáticos	53	0,38	0,48	-1,965	0,054	Doentes	36	0,62	0,62	Índice Geral de Sintomas	Assintomáticos	53	0,64	0,51	-2,061	0,040	Doentes	36	0,88	0,57	Total de sintomas positivos	Assintomáticos	53	20,00	12,95	-2,557	0,012	Doentes	36	27,25	13,38								
Sensibilidade Interpessoal	Assintomáticos	53	0,71	0,69	-1,603	0,113																																																																																																											
	Doentes	36	0,96	0,81			Depressão	Assintomáticos	53	0,64	0,75	-2,215	0,023	Doentes	36	1,21	1,72	Ansiedade	Assintomáticos	53	0,63	0,58	-2,255	0,027	Doentes	36	0,94	0,72	Hostilidade	Assintomáticos	53	0,74	0,59	-0,644	0,521	Doentes	36	0,82	0,65	Ansiedade Fóbica	Assintomáticos	53	0,28	0,47	-0,322	0,748	Doentes	36	0,31	0,43	Ideação Paranóide	Assintomáticos	53	1,02	0,81	-0,564	0,574	Doentes	36	1,11	0,65	Psicoticismo	Assintomáticos	53	0,38	0,48	-1,965	0,054	Doentes	36	0,62	0,62	Índice Geral de Sintomas	Assintomáticos	53	0,64	0,51	-2,061	0,040	Doentes	36	0,88	0,57	Total de sintomas positivos	Assintomáticos	53	20,00	12,95	-2,557	0,012	Doentes	36	27,25	13,38																			
Depressão	Assintomáticos	53	0,64	0,75	-2,215	0,023																																																																																																											
	Doentes	36	1,21	1,72			Ansiedade	Assintomáticos	53	0,63	0,58	-2,255	0,027	Doentes	36	0,94	0,72	Hostilidade	Assintomáticos	53	0,74	0,59	-0,644	0,521	Doentes	36	0,82	0,65	Ansiedade Fóbica	Assintomáticos	53	0,28	0,47	-0,322	0,748	Doentes	36	0,31	0,43	Ideação Paranóide	Assintomáticos	53	1,02	0,81	-0,564	0,574	Doentes	36	1,11	0,65	Psicoticismo	Assintomáticos	53	0,38	0,48	-1,965	0,054	Doentes	36	0,62	0,62	Índice Geral de Sintomas	Assintomáticos	53	0,64	0,51	-2,061	0,040	Doentes	36	0,88	0,57	Total de sintomas positivos	Assintomáticos	53	20,00	12,95	-2,557	0,012	Doentes	36	27,25	13,38																														
Ansiedade	Assintomáticos	53	0,63	0,58	-2,255	0,027																																																																																																											
	Doentes	36	0,94	0,72			Hostilidade	Assintomáticos	53	0,74	0,59	-0,644	0,521	Doentes	36	0,82	0,65	Ansiedade Fóbica	Assintomáticos	53	0,28	0,47	-0,322	0,748	Doentes	36	0,31	0,43	Ideação Paranóide	Assintomáticos	53	1,02	0,81	-0,564	0,574	Doentes	36	1,11	0,65	Psicoticismo	Assintomáticos	53	0,38	0,48	-1,965	0,054	Doentes	36	0,62	0,62	Índice Geral de Sintomas	Assintomáticos	53	0,64	0,51	-2,061	0,040	Doentes	36	0,88	0,57	Total de sintomas positivos	Assintomáticos	53	20,00	12,95	-2,557	0,012	Doentes	36	27,25	13,38																																									
Hostilidade	Assintomáticos	53	0,74	0,59	-0,644	0,521																																																																																																											
	Doentes	36	0,82	0,65			Ansiedade Fóbica	Assintomáticos	53	0,28	0,47	-0,322	0,748	Doentes	36	0,31	0,43	Ideação Paranóide	Assintomáticos	53	1,02	0,81	-0,564	0,574	Doentes	36	1,11	0,65	Psicoticismo	Assintomáticos	53	0,38	0,48	-1,965	0,054	Doentes	36	0,62	0,62	Índice Geral de Sintomas	Assintomáticos	53	0,64	0,51	-2,061	0,040	Doentes	36	0,88	0,57	Total de sintomas positivos	Assintomáticos	53	20,00	12,95	-2,557	0,012	Doentes	36	27,25	13,38																																																				
Ansiedade Fóbica	Assintomáticos	53	0,28	0,47	-0,322	0,748																																																																																																											
	Doentes	36	0,31	0,43			Ideação Paranóide	Assintomáticos	53	1,02	0,81	-0,564	0,574	Doentes	36	1,11	0,65	Psicoticismo	Assintomáticos	53	0,38	0,48	-1,965	0,054	Doentes	36	0,62	0,62	Índice Geral de Sintomas	Assintomáticos	53	0,64	0,51	-2,061	0,040	Doentes	36	0,88	0,57	Total de sintomas positivos	Assintomáticos	53	20,00	12,95	-2,557	0,012	Doentes	36	27,25	13,38																																																															
Ideação Paranóide	Assintomáticos	53	1,02	0,81	-0,564	0,574																																																																																																											
	Doentes	36	1,11	0,65			Psicoticismo	Assintomáticos	53	0,38	0,48	-1,965	0,054	Doentes	36	0,62	0,62	Índice Geral de Sintomas	Assintomáticos	53	0,64	0,51	-2,061	0,040	Doentes	36	0,88	0,57	Total de sintomas positivos	Assintomáticos	53	20,00	12,95	-2,557	0,012	Doentes	36	27,25	13,38																																																																										
Psicoticismo	Assintomáticos	53	0,38	0,48	-1,965	0,054																																																																																																											
	Doentes	36	0,62	0,62			Índice Geral de Sintomas	Assintomáticos	53	0,64	0,51	-2,061	0,040	Doentes	36	0,88	0,57	Total de sintomas positivos	Assintomáticos	53	20,00	12,95	-2,557	0,012	Doentes	36	27,25	13,38																																																																																					
Índice Geral de Sintomas	Assintomáticos	53	0,64	0,51	-2,061	0,040																																																																																																											
	Doentes	36	0,88	0,57			Total de sintomas positivos	Assintomáticos	53	20,00	12,95	-2,557	0,012	Doentes	36	27,25	13,38																																																																																																
Total de sintomas positivos	Assintomáticos	53	20,00	12,95	-2,557	0,012																																																																																																											
	Doentes	36	27,25	13,38																																																																																																													

Índice de sintomas positivos	Assintomáticos	53	1,55	0,48	-0,726	0,470
	Doentes	36	1,63	0,46		

Após a comparação de resultados entre as várias escalas de avaliação dos aspectos em estudo, como a sintomatologia psicopatológica, percepção de *stress* e vulnerabilidade ao *stress*, passa-se a analisar a relação dos resultados obtidos com o tempo de diagnóstico assintomático, realizando a análise apenas no grupo dos indivíduos assintomáticos. Para tal foi formulado o quinto objectivo que é “Analisar a correlação existente no sub-grupo dos portadores assintomáticos entre o tempo de diagnóstico e: percepção de *stress*, vulnerabilidade ao *stress* e sintomatologia psicopatológica”.

Não foram encontradas correlações significativas ($r=-0,054$, $p=0,7039$) entre a percepção de *stress* e tempo de diagnóstico nos portadores assintomáticos, como se pode constatar no quadro 25. O mesmo se verifica para a percepção de *distress* e *eustress*, uma vez que os resultados obtidos nas correlações de *Pearson* realizadas não são significativos ($p>0,05$), como também se pode verificar no quadro 25.

Quadro 25. Correlações entre o tempo de diagnóstico e percepção de *stress*, *eustress* e *distress* no sub-grupo dos portadores assintomáticos.

Portadores Assintomáticos	Tempo de Diagnóstico	
	r	p
<i>Eustress</i>	0,017	0,906
<i>Distress</i>	-0,137	0,328
<i>Stress Total</i>	-0,054	0,703

Os níveis de vulnerabilidade ao stress total não se relacionam estatisticamente com o tempo de diagnóstico nos portadores assintomáticos ($r=-0,028$, $p=0,844$). No mesmo quadro também é possível verificar os resultados da correlações com as dimensões, denotando-se que esta relação apenas se verifica com a dramatização da existência ($r=-0,301$, $p=0,029$), sendo a correlação verificada, linear e negativa, significando que a um maior o tempo de diagnóstico correspondem menores níveis de dramatização da existência. As restantes correlações verificadas não se apresentam estatisticamente significativas dado valor de significância obtido, ser sempre superior a 5% ($p>0,05$).

Quadro 26. Correlação entre a vulnerabilidade ao *stress* e respectivas dimensões com o tempo de diagnóstico nos portadores assintomáticos.

Portadores Assintomáticos	Tempo de Diagnóstico	
	r	p
Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	-0,016	0,910
Inibição e Independência Funcional	0,052	0,710
Carência de Apoio Social	-0,007	0,961
Condições de Vida Adversas	0,053	0,704
Dramatização da Existência	-0,301	0,029
Subjugação	-0,058	0,680
Deprivação de Afecto e Rejeição	0,053	0,705
QVS Total	-0,028	0,800

Através do quadro 27, é possível observar que não existem diferenças significativas entre o tempo de diagnóstico dos portadores assintomáticos e a sintomatologia psicopatológica.

Quadro 27. Correlações entre a sintomatologia psicopatológica e tempo de diagnóstico no sub-grupo dos portadores assintomáticos.

Portadores Assintomáticos	Tempo de Diagnóstico	
	r	P
Somatização	0,802	0,561
Obsessões Compulsões	-0,090	0,520
Sensibilidade Interpessoal	-0,014	0,922
Depressão	-0,027	0,850
Ansiedade	-0,068	0,630
Hostilidade	-0,111	0,429
Ansiedade Fóbica	0,016	0,911
Ideação Paranóide	-0,132	0,347
Psicoticismo	-0,109	0,435

IGS	-0,067	0,633
TSP	-0,110	0,433
ISP	-0,014	0,921

O sexto objectivo proposto é “Verificar se existem diferenças significativas em função da existência do acompanhamento psicológico/psiquiátrico ao nível: percepção de *stress*, vulnerabilidade ao *stress* e sintomatologia psicopatológica nos grupos presentes na investigação” Deste modo recorreu-se ao teste t para amostras independentes no sentido de apresentar resultados que permitam responder ao objectivo específico proposto.

Foi possível verificar que os resultados se apresentam semelhantes quer os amostra total seja ou não acompanhados dada a ausência de resultados estatisticamente significativos ($t=1,810$, $p=0,074$). Relativamente aos níveis de *eustress* entre a amostra de PAF geral que realizam ou não acompanhamento psicológico, os resultados obtidos também não permitem verificar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos em análise ($t=-0,838$, $p=0,404$). Quanto ao nível de *distress* os resultados verificados apresentam-se significativos ($t=3,622$, $p=0,000$) podendo-se deste modo afirmar-se que os portadores de PAF geral e que são acompanhados apresentam maiores níveis de *distress* ($M=13,00$, $DP=8,90$) comparativamente aos que não são acompanhados psicologicamente ($M=6,50$, $DP=5,71$) (cf. Quadro 28).

Quadro 28. Resultados relativos à percepção de *stress*, *eustress* e *distress* em função da realização de acompanhamento psicológico (Amostra Geral)

LES	Teve acompanhamento?	N	M	DP	t	p
<i>Eustress</i>	Sim	15	5,40	5,95	-0,838	0,404
	Não	74	7,00	6,88		
<i>Distress</i>	Sim	15	13,00	8,90	3,622	0,000
	Não	74	6,50	5,71		
<i>Stress Total</i>	Sim	15	18,40	11,15	1,810	0,074
	Não	74	13,36	9,55		

Os portadores assintomáticos apresentam resultados muito semelhantes à amostra total do estudo, sendo possível constatar, caso os doentes sejam ou não acompanhados, uma vez que os resultados não são estatisticamente significativos ($t=1,383$, $p=0,173$). No que se refere ao nível de *eustress* e o acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, os resultados obtidos também não permitem observar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos ($t=-0,607$, $p=0,547$). Pode-se ainda afirmar de acordo com os resultados verificados que se apresentam significativos ($t=3,093$, $p=0,003$), os portadores assintomáticos que são acompanhados apresentam maiores níveis de *distress* ($M=18,40$, $DP=11,15$) comparativamente aos que não são acompanhados psicologicamente ($M=13,36$, $DP=9,55$) (cf. Quadro 29)

Quadro 29. Resultados relativos à percepção de stress, *eustress* e *distress* em função do acompanhamento psicológico (PA)

LES	Teve acompanhamento?	N	M	DP	t	p
<i>Eustress</i>	Sim	6	5,17	7,05	-0,607	0,547
	Não	47	7,19	7,76		
<i>Distress</i>	Sim	6	13,33	8,33	3,093	0,003
	Não	47	5,49	5,51		
<i>Stress</i> Total	Sim	6	18,50	10,38	1,383	0,173
	Não	47	12,47	10,02		

Relativamente ao sub-grupo dos doentes, recorreu-se ao teste t para amostras independentes, tendo-se constatado que os resultados se apresentam semelhantes quer os doentes sejam ou não acompanhados uma vez que os resultados não são estatisticamente significativos ($t=0,923$, $p=0,363$). Os resultados obtidos relativos ao *eustress* com o facto dos doentes estarem em acompanhamento ou não, também não permitem observar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos ($t=-0,554$, $p=0,583$). De acordo com os resultados verificados que não se apresentam significativos ($t=3,093$, $p=0,003$) é possível afirmar que o *distress* dos doentes que são acompanhados não varia relativamente aos que não são acompanhados (cf. Quadro 30).

Quadro 30. Resultados relativos à percepção de *stress*, *eustress* e *distress* em função da realização de acompanhamento psicológico (D)

LES	Teve acompanhamento?	N	M	DP	t	p
<i>Eustress</i>	Sim	9	5,56	5,54	-0,554	0,583
	Não	27	6,67	5,09		
<i>Distress</i>	Sim	9	12,78	9,75	1,702	0,098
	Não	27	8,26	5,73		
<i>Stress Total</i>	Sim	9	18,33	12,24	0,923	0,363
	Não	27	14,93	8,61		

No que respeita a escala de vulnerabilidade ao *stress* e respectivas dimensões também foi constatado que se verificam diferenças significativas apenas ao nível do total do QVS ($t=2,674$, $p=0,009$) sendo os seus níveis superiores no grupo dos indivíduos com acompanhamento, e na dramatização da existência ($t=3,749$, $p=0,000$) sendo esta superior no grupo que teve acompanhamento. Nos restantes não se verificaram diferenças significativas tendo em conta o valor de significância obtido superior a 5% ($p>0,05$) (cf. Quadro 31).

Quadro 31. Resultados relativos à vulnerabilidade ao *stress* e suas dimensões em função da realização de acompanhamento psicológico (Amostra Total)

Vulnerabilidade ao Stress	Teve acompanhamento?	N	M	DP	t	p																																																																										
Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	Sim	15	2,66	0,65	1,653	0,102																																																																										
	Não	74	2,34	0,67			Inibição e Independência Funcional	Sim	15	1,71	1,05	1,733	0,102	Não	74	1,21	0,71	Carência de Apoio Social	Sim	15	1,13	0,93	0,136	0,892	Não	74	1,10	0,80	Condições de Vida Adversas	Sim	15	1,93	1,20	1,822	0,072	Não	74	1,39	1,03	Dramatização da Existência	Sim	15	3,00	0,83	3,749	0,000	Não	74	2,22	0,71	Subjugação	Sim	15	1,80	0,43	0,555	0,580	Não	74	1,70	0,64	Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	15	1,33	0,86	1,327	0,188	Não	74	1,06	0,70	QVS Total	Sim	15	46,40	12,44	2,674	0,009	Não
Inibição e Independência Funcional	Sim	15	1,71	1,05	1,733	0,102																																																																										
	Não	74	1,21	0,71			Carência de Apoio Social	Sim	15	1,13	0,93	0,136	0,892	Não	74	1,10	0,80	Condições de Vida Adversas	Sim	15	1,93	1,20	1,822	0,072	Não	74	1,39	1,03	Dramatização da Existência	Sim	15	3,00	0,83	3,749	0,000	Não	74	2,22	0,71	Subjugação	Sim	15	1,80	0,43	0,555	0,580	Não	74	1,70	0,64	Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	15	1,33	0,86	1,327	0,188	Não	74	1,06	0,70	QVS Total	Sim	15	46,40	12,44	2,674	0,009	Não	74	37,75	11,21								
Carência de Apoio Social	Sim	15	1,13	0,93	0,136	0,892																																																																										
	Não	74	1,10	0,80			Condições de Vida Adversas	Sim	15	1,93	1,20	1,822	0,072	Não	74	1,39	1,03	Dramatização da Existência	Sim	15	3,00	0,83	3,749	0,000	Não	74	2,22	0,71	Subjugação	Sim	15	1,80	0,43	0,555	0,580	Não	74	1,70	0,64	Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	15	1,33	0,86	1,327	0,188	Não	74	1,06	0,70	QVS Total	Sim	15	46,40	12,44	2,674	0,009	Não	74	37,75	11,21																			
Condições de Vida Adversas	Sim	15	1,93	1,20	1,822	0,072																																																																										
	Não	74	1,39	1,03			Dramatização da Existência	Sim	15	3,00	0,83	3,749	0,000	Não	74	2,22	0,71	Subjugação	Sim	15	1,80	0,43	0,555	0,580	Não	74	1,70	0,64	Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	15	1,33	0,86	1,327	0,188	Não	74	1,06	0,70	QVS Total	Sim	15	46,40	12,44	2,674	0,009	Não	74	37,75	11,21																														
Dramatização da Existência	Sim	15	3,00	0,83	3,749	0,000																																																																										
	Não	74	2,22	0,71			Subjugação	Sim	15	1,80	0,43	0,555	0,580	Não	74	1,70	0,64	Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	15	1,33	0,86	1,327	0,188	Não	74	1,06	0,70	QVS Total	Sim	15	46,40	12,44	2,674	0,009	Não	74	37,75	11,21																																									
Subjugação	Sim	15	1,80	0,43	0,555	0,580																																																																										
	Não	74	1,70	0,64			Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	15	1,33	0,86	1,327	0,188	Não	74	1,06	0,70	QVS Total	Sim	15	46,40	12,44	2,674	0,009	Não	74	37,75	11,21																																																				
Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	15	1,33	0,86	1,327	0,188																																																																										
	Não	74	1,06	0,70			QVS Total	Sim	15	46,40	12,44	2,674	0,009	Não	74	37,75	11,21																																																															
QVS Total	Sim	15	46,40	12,44	2,674	0,009																																																																										
	Não	74	37,75	11,21																																																																												

No grupo dos portadores assintomáticos é possível verificar através do quadro 32 que apenas se verificam diferenças significativas ao nível do perfeccionismo e intolerância a frustração ($t=2,237$, $p=0,030$) sendo os seus níveis superiores no grupo com acompanhamento. Nos restantes não se verificaram diferenças significativas tendo em conta o valor de significância obtido superior a 5% ($p>0,05$).

Quadro 32. Resultados relativos à vulnerabilidade ao *stress* e suas dimensões em função da realização de acompanhamento psicológico (PA)

O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: acontecimentos de vida, vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos

Vulnerabilidade ao Stress	Teve acompanhamento?	N	M	Dp	t	p
Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	Sim	6	2,97	0,60	2,237	0,030
	Não	47	2,32	0,67		
Inibição e Independência Funcional	Sim	6	1,47	1,10	0,755	0,454
	Não	47	1,20	0,76		
Carência de Apoio Social	Sim	6	0,83	1,03	-0,682	0,498
	Não	47	1,09	0,82		
Condições de Vida Adversas	Sim	6	1,67	1,32	0,755	0,453
	Não	47	1,30	1,10		
Dramatização da Existência	Sim	6	2,83	1,20	1,586	0,119
	Não	47	2,27	0,76		
Subjugação	Sim	6	1,63	0,44	-0,442	0,660
	Não	47	1,75	0,67		
Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	6	1,11	0,77	0,255	0,800
	Não	47	1,03	0,74		
QVS Total	Sim	6	43,83	12,17	1,184	0,242
	Não	47	37,59	12,14		

Com o quadro 33 verifica-se os resultados obtidos, que apenas existem diferenças significativas no QVS total ($t=2,494$, $p=0,018$) e na dramatização da existência ($t=4,236$, $p=0,000$) sendo em ambos os níveis superiores no grupo com acompanhamento. Nos restantes não se verificaram diferenças significativas tendo em conta o valor de significância obtido superior a 5% ($p>0,05$) (cf. Quadro 33).

Quadro 33. Resultados relativos à vulnerabilidade ao *stress* e suas dimensões em função da realização de acompanhamento psicológico (D)

O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: acontecimentos de vida, vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos

Vulnerabilidade ao Stress	Teve acompanhamento?	N	M	DP	t	p																																																																										
Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	Sim	9	2,44	0,62	0,265	0,792																																																																										
	Não	27	2,37	0,67			Inibição e Independência Funcional	Sim	9	1,86	1,05	1,720	0,117	Não	27	1,23	0,61	Carência de Apoio Social	Sim	9	1,33	0,86	0,661	0,513	Não	27	1,12	0,77	Condições de Vida Adversas	Sim	9	2,11	1,16	1,541	0,133	Não	27	1,54	0,89	Dramatização da Existência	Sim	9	3,11	0,52	4,236	0,000	Não	27	2,12	0,62	Subjugação	Sim	9	1,91	0,41	1,351	0,186	Não	27	1,62	0,61	Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	9	1,48	0,93	1,347	0,187	Não	27	1,11	0,63	QVS Total	Sim	9	48,11	13,04	2,494	0,018	Não
Inibição e Independência Funcional	Sim	9	1,86	1,05	1,720	0,117																																																																										
	Não	27	1,23	0,61			Carência de Apoio Social	Sim	9	1,33	0,86	0,661	0,513	Não	27	1,12	0,77	Condições de Vida Adversas	Sim	9	2,11	1,16	1,541	0,133	Não	27	1,54	0,89	Dramatização da Existência	Sim	9	3,11	0,52	4,236	0,000	Não	27	2,12	0,62	Subjugação	Sim	9	1,91	0,41	1,351	0,186	Não	27	1,62	0,61	Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	9	1,48	0,93	1,347	0,187	Não	27	1,11	0,63	QVS Total	Sim	9	48,11	13,04	2,494	0,018	Não	27	38,04	9,57								
Carência de Apoio Social	Sim	9	1,33	0,86	0,661	0,513																																																																										
	Não	27	1,12	0,77			Condições de Vida Adversas	Sim	9	2,11	1,16	1,541	0,133	Não	27	1,54	0,89	Dramatização da Existência	Sim	9	3,11	0,52	4,236	0,000	Não	27	2,12	0,62	Subjugação	Sim	9	1,91	0,41	1,351	0,186	Não	27	1,62	0,61	Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	9	1,48	0,93	1,347	0,187	Não	27	1,11	0,63	QVS Total	Sim	9	48,11	13,04	2,494	0,018	Não	27	38,04	9,57																			
Condições de Vida Adversas	Sim	9	2,11	1,16	1,541	0,133																																																																										
	Não	27	1,54	0,89			Dramatização da Existência	Sim	9	3,11	0,52	4,236	0,000	Não	27	2,12	0,62	Subjugação	Sim	9	1,91	0,41	1,351	0,186	Não	27	1,62	0,61	Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	9	1,48	0,93	1,347	0,187	Não	27	1,11	0,63	QVS Total	Sim	9	48,11	13,04	2,494	0,018	Não	27	38,04	9,57																														
Dramatização da Existência	Sim	9	3,11	0,52	4,236	0,000																																																																										
	Não	27	2,12	0,62			Subjugação	Sim	9	1,91	0,41	1,351	0,186	Não	27	1,62	0,61	Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	9	1,48	0,93	1,347	0,187	Não	27	1,11	0,63	QVS Total	Sim	9	48,11	13,04	2,494	0,018	Não	27	38,04	9,57																																									
Subjugação	Sim	9	1,91	0,41	1,351	0,186																																																																										
	Não	27	1,62	0,61			Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	9	1,48	0,93	1,347	0,187	Não	27	1,11	0,63	QVS Total	Sim	9	48,11	13,04	2,494	0,018	Não	27	38,04	9,57																																																				
Deprivação de Afecto e Rejeição	Sim	9	1,48	0,93	1,347	0,187																																																																										
	Não	27	1,11	0,63			QVS Total	Sim	9	48,11	13,04	2,494	0,018	Não	27	38,04	9,57																																																															
QVS Total	Sim	9	48,11	13,04	2,494	0,018																																																																										
	Não	27	38,04	9,57																																																																												

Relativamente aos resultados obtidos no Inventário de Sintomas Psicopatológicos também se pretende verificar se os mesmos variam em função da realização de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

Assim é possível verificar com o quadro 34 e conforme o teste t para amostras independentes, existem diferenças significativas entre a amostra total que realiza acompanhamento psicológico e os que não realizam, ao nível da somatização ($t=2,354$, $p=0,031$), das obsessões compulsões ($t=3,476$, $p=0,001$), da sensibilidade interpessoal ($t=4,377$, $p=0,000$), da depressão ($t=3,723$, $p=0,002$), da ansiedade ($t=4,527$, $p=0,000$), da hostilidade ($t=2,978$, $p=0,004$), da ideação paranóide ($t=3,399$, $p=0,001$) e do psicoticismo ($t=3,434$, $p=0,001$), sendo em todos estas dimensões os resultados significativamente superiores nos sujeitos em acompanhamento psicológico/psiquiátrico.

Em relação ao índice geral de sintomas ($t=4,424$, $p=0,000$), índice de sintomas positivos ($t=4,632$, $p=0,000$) e ao total de sintomas positivos ($t=3,386$, $p=0,001$) os resultados

também apontam para uma superioridade significativa no grupo dos indivíduos com PAF e acompanhados psicologicamente (cf. Quadro 34).

Os restantes resultados não variam significativamente entre os grupos, uma vez que o nível de significância associado ao teste t não se apresenta estatisticamente significativo ($p > 0,05$).

Quadro 34. Resultados ao BSI e respectivas dimensões em função da realização de acompanhamento psicológico (Amostra Geral)

BSI (Amostra Geral)	Teve acompanhamento?	N	M	DP	t	p																																																																																																											
Somatização	Sim	15	1,08	0,88	2,354	0,031																																																																																																											
	Não	74	0,51	0,59			Obsessões-Compulsões	Sim	15	1,51	0,66	3,476	0,001	Não	74	0,87	0,64	Sensibilidade Interpessoal	Sim	15	1,52	0,74	4,377	0,000	Não	74	0,67	0,67	Depressão	Sim	15	1,67	1,03	3,723	0,002	Não	74	0,63	0,67	Ansiedade	Sim	15	1,39	0,64	4,527	0,000	Não	74	0,63	0,58	Hostilidade	Sim	15	1,19	0,77	2,978	0,004	Não	74	0,69	0,55	Ansiedade Fóbica	Sim	15	0,37	0,21	0,754	0,453	Não	74	0,28	0,49	Ideação Paranóide	Sim	15	1,63	0,75	3,399	0,001	Não	74	0,94	0,70	Psicoticismo	Sim	15	0,91	0,55	3,434	0,001	Não	74	0,39	0,51	Índice Geral de Sintomas	Sim	15	1,26	0,51	4,424	0,000	Não	74	0,63	0,50	Total de sintomas positivos	Sim	15	33,13	9,67	3,386	0,001	Não
Obsessões-Compulsões	Sim	15	1,51	0,66	3,476	0,001																																																																																																											
	Não	74	0,87	0,64			Sensibilidade Interpessoal	Sim	15	1,52	0,74	4,377	0,000	Não	74	0,67	0,67	Depressão	Sim	15	1,67	1,03	3,723	0,002	Não	74	0,63	0,67	Ansiedade	Sim	15	1,39	0,64	4,527	0,000	Não	74	0,63	0,58	Hostilidade	Sim	15	1,19	0,77	2,978	0,004	Não	74	0,69	0,55	Ansiedade Fóbica	Sim	15	0,37	0,21	0,754	0,453	Não	74	0,28	0,49	Ideação Paranóide	Sim	15	1,63	0,75	3,399	0,001	Não	74	0,94	0,70	Psicoticismo	Sim	15	0,91	0,55	3,434	0,001	Não	74	0,39	0,51	Índice Geral de Sintomas	Sim	15	1,26	0,51	4,424	0,000	Não	74	0,63	0,50	Total de sintomas positivos	Sim	15	33,13	9,67	3,386	0,001	Não	74	20,86	13,31								
Sensibilidade Interpessoal	Sim	15	1,52	0,74	4,377	0,000																																																																																																											
	Não	74	0,67	0,67			Depressão	Sim	15	1,67	1,03	3,723	0,002	Não	74	0,63	0,67	Ansiedade	Sim	15	1,39	0,64	4,527	0,000	Não	74	0,63	0,58	Hostilidade	Sim	15	1,19	0,77	2,978	0,004	Não	74	0,69	0,55	Ansiedade Fóbica	Sim	15	0,37	0,21	0,754	0,453	Não	74	0,28	0,49	Ideação Paranóide	Sim	15	1,63	0,75	3,399	0,001	Não	74	0,94	0,70	Psicoticismo	Sim	15	0,91	0,55	3,434	0,001	Não	74	0,39	0,51	Índice Geral de Sintomas	Sim	15	1,26	0,51	4,424	0,000	Não	74	0,63	0,50	Total de sintomas positivos	Sim	15	33,13	9,67	3,386	0,001	Não	74	20,86	13,31																			
Depressão	Sim	15	1,67	1,03	3,723	0,002																																																																																																											
	Não	74	0,63	0,67			Ansiedade	Sim	15	1,39	0,64	4,527	0,000	Não	74	0,63	0,58	Hostilidade	Sim	15	1,19	0,77	2,978	0,004	Não	74	0,69	0,55	Ansiedade Fóbica	Sim	15	0,37	0,21	0,754	0,453	Não	74	0,28	0,49	Ideação Paranóide	Sim	15	1,63	0,75	3,399	0,001	Não	74	0,94	0,70	Psicoticismo	Sim	15	0,91	0,55	3,434	0,001	Não	74	0,39	0,51	Índice Geral de Sintomas	Sim	15	1,26	0,51	4,424	0,000	Não	74	0,63	0,50	Total de sintomas positivos	Sim	15	33,13	9,67	3,386	0,001	Não	74	20,86	13,31																														
Ansiedade	Sim	15	1,39	0,64	4,527	0,000																																																																																																											
	Não	74	0,63	0,58			Hostilidade	Sim	15	1,19	0,77	2,978	0,004	Não	74	0,69	0,55	Ansiedade Fóbica	Sim	15	0,37	0,21	0,754	0,453	Não	74	0,28	0,49	Ideação Paranóide	Sim	15	1,63	0,75	3,399	0,001	Não	74	0,94	0,70	Psicoticismo	Sim	15	0,91	0,55	3,434	0,001	Não	74	0,39	0,51	Índice Geral de Sintomas	Sim	15	1,26	0,51	4,424	0,000	Não	74	0,63	0,50	Total de sintomas positivos	Sim	15	33,13	9,67	3,386	0,001	Não	74	20,86	13,31																																									
Hostilidade	Sim	15	1,19	0,77	2,978	0,004																																																																																																											
	Não	74	0,69	0,55			Ansiedade Fóbica	Sim	15	0,37	0,21	0,754	0,453	Não	74	0,28	0,49	Ideação Paranóide	Sim	15	1,63	0,75	3,399	0,001	Não	74	0,94	0,70	Psicoticismo	Sim	15	0,91	0,55	3,434	0,001	Não	74	0,39	0,51	Índice Geral de Sintomas	Sim	15	1,26	0,51	4,424	0,000	Não	74	0,63	0,50	Total de sintomas positivos	Sim	15	33,13	9,67	3,386	0,001	Não	74	20,86	13,31																																																				
Ansiedade Fóbica	Sim	15	0,37	0,21	0,754	0,453																																																																																																											
	Não	74	0,28	0,49			Ideação Paranóide	Sim	15	1,63	0,75	3,399	0,001	Não	74	0,94	0,70	Psicoticismo	Sim	15	0,91	0,55	3,434	0,001	Não	74	0,39	0,51	Índice Geral de Sintomas	Sim	15	1,26	0,51	4,424	0,000	Não	74	0,63	0,50	Total de sintomas positivos	Sim	15	33,13	9,67	3,386	0,001	Não	74	20,86	13,31																																																															
Ideação Paranóide	Sim	15	1,63	0,75	3,399	0,001																																																																																																											
	Não	74	0,94	0,70			Psicoticismo	Sim	15	0,91	0,55	3,434	0,001	Não	74	0,39	0,51	Índice Geral de Sintomas	Sim	15	1,26	0,51	4,424	0,000	Não	74	0,63	0,50	Total de sintomas positivos	Sim	15	33,13	9,67	3,386	0,001	Não	74	20,86	13,31																																																																										
Psicoticismo	Sim	15	0,91	0,55	3,434	0,001																																																																																																											
	Não	74	0,39	0,51			Índice Geral de Sintomas	Sim	15	1,26	0,51	4,424	0,000	Não	74	0,63	0,50	Total de sintomas positivos	Sim	15	33,13	9,67	3,386	0,001	Não	74	20,86	13,31																																																																																					
Índice Geral de Sintomas	Sim	15	1,26	0,51	4,424	0,000																																																																																																											
	Não	74	0,63	0,50			Total de sintomas positivos	Sim	15	33,13	9,67	3,386	0,001	Não	74	20,86	13,31																																																																																																
Total de sintomas positivos	Sim	15	33,13	9,67	3,386	0,001																																																																																																											
	Não	74	20,86	13,31																																																																																																													

Índice de sintomas positivos	Sim	15	2,05	0,52	4,632 0,000
	Não	74	1,49	0,40	

No que respeita aos portadores assintomáticos, podemos verificar no quadro 35, conforme o teste t para amostras independentes a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os PA que realizam acompanhamento psicológico e os que não realizam, nas obsessões compulsões ($t=3,073$, $p=0,003$), na sensibilidade interpessoal ($t=2,631$, $p=0,011$), na depressão ($t=2,635$, $p=0,011$), na ansiedade ($t=3,003$, $p=0,004$), na ideação paranóide ($t=3,293$, $p=0,002$) e no psicoticismo ($t=2,974$, $p=0,004$), sendo em todas estas dimensões os resultados significativamente superiores nos PA sujeitos a acompanhamento psicológico.

Em relação ao índice geral de sintomas ($t=4,424$, $p=0,000$), índice de sintomas positivos ($t=4,632$, $p=0,000$) e ao total de sintomas positivos ($t=3,386$, $p=0,001$) os resultados também apontam para uma superioridade significativa no grupo dos indivíduos acompanhados psicologicamente (cf. Quadro 35).

Quadro 35. Resultados do BSI e respectivas dimensões em função da realização de acompanhamento psicológico (PA)

BSI (Amostra Assintomáticos)	Teve acompanhamento?	N	M	DP	t	p
Somatização	Sim	6	1,09	1,14	1,487	0,194
	Não	47	0,39	0,56		
Obsessões-Compulsões	Sim	6	1,58	0,50	3,073	0,003
	Não	47	0,78	0,61		
Sensibilidade Interpessoal	Sim	6	1,37	0,41	2,631	0,011
	Não	47	0,62	0,68		
Depressão	Sim	6	1,36	0,77	2,635	0,011
	Não	47	0,55	0,70		
Ansiedade	Sim	6	1,25	0,48	3,003	0,004
	Não	47	0,55	0,54		
Hostilidade	Sim	6	1,17	0,88	1,934	0,059

	Não	47	0,68	0,53	
Ansiedade Fóbica	Sim	6	0,37	0,19	0,4760,639
	Não	47	0,27	0,49	
Ideação Paranóide	Sim	6	1,97	0,58	3,293 0,002
	Não	47	0,89	0,76	
Psicoticismo	Sim	6	0,90	0,41	2,974 0,004
	Não	47	0,32	0,45	
Índice Geral de Sintomas	Sim	6	1,22	0,33	3,158 0,003
	Não	47	0,57	0,49	
Total de sintomas positivos	Sim	6	31,67	8,14	2,453 0,018
	Não	47	18,51	12,75	
Índice de sintomas positivos	Sim	6	2,05	0,32	2,893 0,006
	Não	47	1,49	0,46	

Em relação aos doentes, pode-se observar no quadro 36, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os doentes que realizam acompanhamento psicológico e os que não realizam, na sensibilidade interpessoal ($t=3,074$, $p=0,004$), na depressão ($t=2,688$, $p=0,024$), na ansiedade ($t=2,816$, $p=0,008$) e na hostilidade ($t=2,079$, $p=0,045$) sendo em todos estas dimensões os resultados significativamente superiores nos sujeitos a realizar acompanhamento psicológico.

Em relação ao índice geral de sintomas ($t=4,424$, $p=0,000$), índice de sintomas positivos ($t=4,632$, $p=0,000$) os resultados também apontam para uma significativa superior para os doentes que se encontram em acompanhamento psicológico/psiquiátrico (cf. Quadro36).

Quadro 36. Resultados ao BSI e respectivas dimensões em função da realização de acompanhamento psicológico (Amostra Doentes)

BSI (Amostra Doentes)	Teve acompanhamento?	N	M	DP	t	p
Somatização	Sim	9	1,06	0,74	1,339	0,189
	Não	27	0,73	0,61		
Obsessões-Compulsões	Sim	9	1,46	0,78	1,604	0,118

O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: acontecimentos de vida, vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos

	Não	27	1,02	0,69	
Sensibilidade Interpessoal	Sim	9	1,61	0,91	3,074 0,004
	Não	27	0,75	0,66	
Depressão	Sim	9	1,87	1,18	2,688 0,024
	Não	27	0,77	0,59	
Ansiedade	Sim	9	1,48	0,75	2,816 0,008
	Não	27	0,76	0,63	
Hostilidade	Sim	9	1,20	0,74	2,079 0,045
	Não	27	0,69	0,58	
Ansiedade Fóbica	Sim	9	0,38	0,23	0,526 0,602
	Não	27	0,29	0,48	
Ideação Paranóide	Sim	9	1,40	0,80	1,547 0,131
	Não	27	1,01	0,59	
Psicoticismo	Sim	9	0,91	0,66	1,604 0,118
	Não	27	0,53	0,59	
Índice Geral de Sintomas	Sim	9	1,29	0,61	2,632 0,013
	Não	27	0,75	0,49	
Total de sintomas positivos	Sim	9	34,11	10,94	1,835 0,075
	Não	27	24,96	13,51	
Índice de sintomas positivos	Sim	9	2,044	0,65	3,579 0,001
	Não	27	1,49	0,29	

Após ter efectuado a análise inferencial respeitante às diferenças entre os grupos de indivíduos com PAF que realizaram apoio psicológico e os que não realizaram, passa-se ao sétimo objectivo formulado, “Estudar a relação existente na população PAF, portadores assintomáticos e doentes entre: percepção de *stress* e vulnerabilidade ao *stress*”.

Neste sentido recorreu-se ao teste de correlação de Pearson no sentido verificar se existe uma correlação significativa entre a percepção de *stress* e a vulnerabilidade ao stress e respectivas dimensões no grupo geral de indivíduos com PAF, foi constado da análise do quadro 37, que existe correlação significativa entre o *stress* total e perfeccionismo

($r=0,307$, $p=0,003$), as condições de vida adversas ($r=0,334$, $p=0,001$), a deprivação de afecto e rejeição ($r=0,219$, $p=0,039$) e o QVS Total ($r=0,321$, $p=0,002$). As restantes correlações não se apresentam significativas tendo em conta o valor de significância superior a 5% ($p \geq 0,05$).

Para as correlações entre o *eustress* e os factores de vulnerabilidade ao *stress* não existem relações, uma vez que o valor de $p > 0,05$ (cf. Quadro 37).

Ao nível da percepção de *distress* e a vulnerabilidade ao *stress*, observa-se uma correlação significativa entre o *distress* e o perfeccionismo ($r=0,314$, $p=0,003$), a inibição e independência funcional ($r=0,338$, $p=0,001$), a carência de apoio social ($r=0,264$, $p=0,000$), a dramatização da existência ($r=0,456$, $p=0,000$), a deprivação de afecto ($r=0,314$, $p=0,003$) e o QVS Total ($r=0,476$, $p=0,000$).

Quadro 37. Correlação entre a vulnerabilidade ao *stress* e a percepção de *stress*, *eustress* e *distress* (Amostra Geral).

Vulnerabilidade ao <i>Stress</i> (Amostra Geral)	<i>Stress Total</i>		<i>Eustress</i>		<i>Distress</i>	
	r	p	r	p	r	p
Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	0,307	0,003	0,130	0,226	0,314	0,003
Inibição e Independência Funcional	0,120	0,263	-0,156	0,145	0,338	0,001
Carência de Apoio Social	0,172	0,107	-0,013	0,902	0,264	0,012
Condições de Vida Adversas	0,334	0,001	0,085	0,426	0,407	0,000
Dramatização da Existência	0,246	0,020	-0,095	0,378	0,456	0,000
Subjugação	0,174	0,102	0,080	0,455	0,178	0,096
Deprivação de Afecto e Rejeição	0,219	0,039	0,014	0,895	0,314	0,003
QVS Total	0,321	0,002	-0,006	0,955	0,476	0,000

No sub-grupo dos portadores assintomáticos verificou-se uma correlação significativa entre *stress* total e perfeccionismo ($r=0,387$, $p=0,004$), condições de vida adversas ($r=0,297$, $p=0,031$), e QVS Total ($r=0,330$, $p=0,016$), não sendo significativas as restantes correlações verificadas, de acordo com o nível de significância obtido superior a 5% ($p > 0,05$). Não foram verificadas correlações entre o *eustress* e a vulnerabilidade ao *stress*, pelo nível de significância ser superior a 5% ($p > 0,05$). Ainda de salientar que se obteve uma correlação significativa entre *distress* e perfeccionismo ou intolerância a frustração ($r=0,359$, $p=0,008$), inibição e independência funcional ($r=0,396$, $p=0,003$),

condições de vida adversas ($r=0,401$, $p=0,003$), dramatização da existência ($r=0,487$, $p=0,000$) e QVS total ($r=0,475$, $p=0,000$). Estes resultados encontram-se descritos no quadro seguinte.

Quadro 38. Correlação entre a vulnerabilidade ao *stress* e percepção de *stress*, *eustress* e *distress* (PA).

Vulnerabilidade ao Stress (PA)	<i>Stress Total</i>		<i>Eustress</i>		<i>Distress</i>	
	r	p	r	p	r	p
Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	0,387	0,004	0,202	0,146	0,359	0,008
Inibição e Independência Funcional	0,153	0,275	-0,112	0,423	0,396	0,003
Carência de Apoio Social	0,090	0,524	-0,029	0,835	0,177	0,204
Condições de Vida Adversas	0,297	0,031	0,067	0,636	0,401	0,003
Dramatização da Existência	0,219	0,115	-0,111	0,430	0,487	0,000
Subjugação	0,196	0,160	0,156	0,264	0,126	0,369
Deprivação de Afecto e Rejeição	0,143	0,306	0,017	0,903	0,221	0,111
QVS Total	0,330	0,016	0,045	0,749	0,475	0,000

De acordo com o quadro 39, é possível observar as correlações afectadas para o sub-grupo dos doentes e verificou-se apenas uma correlação significativa entre *stress* total e as condições de vida adversas ($r=0,297$, $p=0,031$) neste sub-grupo. Não se verificaram correlações entre *eustress* e vulnerabilidade ao *stress*, tendo em conta o nível de significância obtido sempre superior a 5% ($p>0,05$). Obteve-se uma correlação significativa entre *distress* e carência de apoio social ($r=0,372$, $p=0,028$), condições de vida adversas ($r=0,372$, $p=0,025$), dramatização da existência ($r=0,433$, $p=0,008$) e QVS total ($r=0,466$, $p=0,004$). As restantes correlações não se apresentaram estatisticamente significativas, dado o nível de significância obtido ser superior a 5% ($p>0,05$) (cf. Quadro 39).

Quadro 39. Correlações entre vulnerabilidade ao *stress* e percepção de *stress*, *eustress* e *distress* (D).

Vulnerabilidade ao Stress (Grupo Doentes)	<i>Stress Total</i>		<i>Eustress</i>		<i>Distress</i>	
	r	p	r	p	r	p
Perfeccionismo e Intolerância à Frustração	0,183	0,286	-0,035	0,838	0,273	0,108
Inibição e Independência Funcional	0,038	0,826	-0,250	0,141	0,233	0,171

Carência de Apoio Social	0,289	0,087	0,035	0,841	0,366	0,028
Condições de Vida Adversas	0,363	0,030	0,163	0,343	0,372	0,025
Dramatização da Existência	0,291	0,085	-0,054	0,755	0,433	0,008
Subjugação	0,153	0,373	-0,110	0,522	0,287	0,090
Deprivação de Afecto e Rejeição	0,312	0,064	0,024	0,889	0,405	0,014
QVS Total	0,282	0,095	-0,115	0,504	0,466	0,004

O oitavo objectivo proposto é “Estudar a relação existente na população PAF, portadores assintomáticos e doentes entre: percepção de *stress* e sintomas psicopatológicos”

Para amostra total verifica-se uma correlação significativa e positiva entre a percepção de *stress* e todos as dimensões do BSI, dado o nível de significância associado a correlação inferior a 5% ($p \leq 0,05$), sendo deste modo possível afirmar que a maiores níveis de *stress* associado a acontecimentos de vida correspondem maiores níveis de somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Também se verificam maiores resultados no índice geral de sintomas, assim como no índice de sintomas positivos e no total de sintomas positivos em função de uma maior percepção de *stress*. O esmo se verifica para as correlações efectuadas entre percepção de distress e sintomatologia psicopatológica, excepto na dimensão ideação paranóide ($r=0,400$; $p=0,100$).

Quanto à percepção de *eustress* e sintomatologia psicopatológica não foi possível verificar algum tipo de correlação estatisticamente significativa dado o nível de significância superior a 5% ($p > 0,05$). Os resultados anteriormente referidos encontram-se adequadamente expostos no quadro 24.

Quadro 40. Correlação entre a percepção de *stress* e sintomatologia psicopatológica (Amostra Total)

Sintomatologia Psicopatológica (Amostra Total)	<i>Stress Total</i>		<i>Eustress</i>		<i>Distress</i>	
	r	p	r	p	r	p
Somatização	0,405	0,000	0,109	0,309	0,491	0,000
Obsessões Compulsões	0,298	0,005	-0,050	0,643	0,493	0,000

Sensibilidade Interpessoal	0,333	0,001	0,049	0,649	0,451	0,000
Depressão	0,347	0,001	-0,073	0,495	0,604	0,000
Ansiedade	0,408	0,000	0,083	0,440	0,529	0,000
Hostilidade	0,217	0,041	0,074	0,488	0,263	0,013
Ansiedade Fóbica	0,259	0,014	0,084	0,436	0,309	0,003
Ideação Paranóide	0,307	0,003	0,055	0,606	0,400	0,100
Psicoticismo	0,333	0,001	0,118	0,270	0,395	0,000
Índice Geral de Sintomas	0,417	0,000	0,056	0,604	0,573	0,000
Total de Sintomas Positivos	0,389	0,000	0,120	0,264	0,479	0,000
Índice de Sintomas Positivos	0,293	0,005	-0,036	0,740	0,463	0,000

No sub-grupo dos portadores assintomáticos é possível constatar uma correlação significativa e positiva entre a percepção de stress e todas as dimensões da sintomatologia psicopatológica dado o nível de significância associado a correlação inferior a 5% ($p \leq 0,05$), com a excepção da hostilidade ($r=0,203$, $p=0,145$), o mesmo se observa entre a percepção de *distress* e as dimensões do BSI, com a excepção da correlação com a hostilidade que não se apresenta significativa ($r=0,193$, $p=0,166$).

Relativamente à correlação entre o *eustress* e a sintomatologia psicopatológica, não foi possível verificar algum tipo de correlação estatisticamente significativa dado o nível de significância superior a 5% ($p > 0,05$).

Quadro 41. Correlação entre percepção de stress e sintomatologia psicopatológica (PA)

Sintomatologia Psicopatológica (PA)	Stress Total		Eustress		Distress	
	r	p	r	p	r	p
Somatização	0,400	0,003	0,106	0,452	0,526	0,000
Obsessões Compulsões	0,361	0,008	0,029	0,838	0,559	0,000
Sensibilidade Interpessoal	0,418	0,002	0,175	0,211	0,484	0,000
Depressão	0,372	0,006	-0,034	0,808	0,688	0,000
Ansiedade	0,509	0,000	0,256	0,064	0,536	0,000
Hostilidade	0,203	0,145	0,138	0,324	0,193	0,166
Ansiedade Fóbica	0,382	0,000	0,137	0,326	0,467	0,000
Ideação Paranóide	0,310	0,024	0,072	0,592	0,414	0,002
Psicoticismo	0,400	0,003	0,267	0,053	0,370	0,006
Índice Geral de Sintomas	0,468	0,000	0,145	0,300	0,610	0,000

factores psicopatológicos

Total de Sintomas Positivos	0,398	0,003	0,159	0,257	0,501	0,000
Índice de Sintomas Positivos	0,360	0,008	0,068	0,627	0,491	0,000

No sub-grupo doentes é possível observar através do quadro 42, correlações significativas e positivas entre a percepção de *stress* e os níveis de somatização ($r=0,371$, $p=0,026$), e o total de sintomas positivos ($r=0,332$, $p=0,048$) sendo deste modo possível afirmar que a maiores níveis de *stress* correspondem maiores níveis de somatização e um maior número de sintomas positivos. Na mesma linha de pensamento pode-se retirar a relação existente entre o *distress* e os sintomas de psicopatológicos, com excepção da correlação com a hostilidade que não se apresenta significativa ($r=0,193$, $p=0,166$) e também com a ansiedade fóbica ($r=0,084$, $p=0,626$). Ao nível do *eustress* não foi possível verificar algum tipo de correlação estatisticamente significativa dado o nível de significância superior a 5% ($p>0,05$).

Quadro 42. Correlação entre percepção de *stress* e sintomatologia psicopatológica (D)

Sintomatologia Psicopatológica (D)	Stress Total		Eustress		Distress	
	r	p	r	p	r	p
Somatização	0,371	0,026	0,170	0,322	0,377	0,023
Obsessões Compulsões	0,175	0,308	-0,186	0,278	0,371	0,026
Sensibilidade Interpessoal	0,188	0,273	-0,161	0,349	0,371	0,026
Depressão	0,275	0,104	-0,129	0,453	0,466	0,004
Ansiedade	0,255	0,134	-0,175	0,308	0,471	0,004
Hostilidade	0,223	0,191	-0,036	0,884	0,328	0,051
Ansiedade Fóbica	0,042	0,808	-0,038	0,827	0,084	0,626
Ideação Paranóide	0,289	0,087	0,012	0,944	0,382	0,022
Psicoticismo	0,222	0,194	-0,085	0,622	0,361	0,030
Índice Geral de Sintomas	0,310	0,066	-0,085	0,624	0,481	0,003
Total de Sintomas Positivos	0,332	0,048	0,095	0,581	0,379	0,023
Índice de Sintomas Positivos	0,168	0,328	-0,261	0,124	0,417	0,011

O nono objectivo formulado é “Estudar a relação existente na população PAF, portadores assintomáticos e doentes entre: vulnerabilidade ao *stress* e sintomas psicopatológicos”. Apresenta-se a distribuição dos indivíduos pelo grupo de indivíduos saudáveis e indivíduos perturbados emocionalmente em função do ponte de corte adoptado na validação e adaptação do BSI para a população portuguesa ($ISP \geq 1,7$),

verificando-se no quadro e na figura 4, que o número de indivíduos sem perturbação emocional é superior (n=55, 61,8%) aos que tem perturbação emocional (n=34, 38,2%), sendo de acordo com o teste Binomial de comparação de proporções a diferença verificada é estatisticamente significativa (p=0,033).

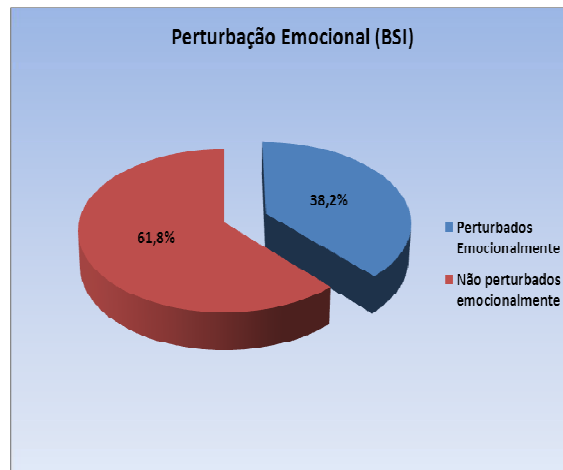


Figura 4. Existência de Perturbação Emocional (Amostra Geral)

No sub-grupo dos portadores assintomáticos é possível de acordo com o quadro 43, observar que não há diferenças significativas ($t=0,194$, $p=0,847$) entre existência de perturbação emocional e o *eustress*.

No *distress* os portadores assintomáticos apresentam diferenças significativas ($t=-3,312$, $p=0,002$), assim como no stress total ($t=-2,119$, $p=0,039$).

Quadro 43. Análise de resultados relativos à percepção de *stress*, *eustress* e *distress* em função da existência ou não de perturbação emocional (Grupo Assintomáticos)

LES	Perturbação Emocional	N	M	DP	t	p
<i>Eustress</i>	Não	31	6,90	7,35	-0,066	0,948
	Sim	22	7,05	8,23		
<i>Distress</i>	Não	31	4,16	5,08	-3,312	0,002
	Sim	22	9,50	6,66		
<i>Stress Total</i>	Não	31	10,74	9,14	-2,119	0,039
	Sim	22	16,55	10,72		

No sub-grupo de doentes apenas se verificam diferenças significativas entre o *eustress* e a perturbação emocional ($t=3,002$, $p=0,019$), o mesmo não se verifica para o *distress* nem para o *stress* total.

Quadro 44. Análise de resultados relativos à percepção de *Stress*, *Eustress* e *Distress* em função da existência ou não de perturbação emocional (Doentes)

LES	Perturbação Emocional	N	M	DP	t	p
<i>Eustress</i>	Não	24	7,79	5,50	3,002	0,019
	Sim	12	3,58	2,90		
<i>Distress</i>	Não	24	8,21	6,35	-1,436	0,160
	Sim	12	11,75	8,12		
<i>Stress</i> Total	Não	24	16,00	9,64	0,194	0,847
	Sim	12	15,33	9,83		

Pela análise do quadro 45, é possível verificar que os níveis de vulnerabilidade ao *stress* se apresentam claramente superiores no grupo de indivíduos com perturbação emocional no sub-grupo dos portadores assintomáticos, sendo de acordo com a significância dos resultados ($t=-3,241$, $p=0,002$).

Quadro 45. Análise de resultados relativos vulnerabilidade ao *stress* em função da existência ou não de perturbação emocional (PA)

	Perturbação Emocional	N	M	DP	t	p
Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	Não	31	34,09	10,00	-3,241	0,002
	Sim	22	44,23	12,73		

É possível verificar diferenças significativas no sub-grupo de doentes entre o grupo perturbado emocionalmente e o grupo não perturbado emocionalmente ($t=-3,777$, $p=0,001$) sendo assim os níveis de vulnerabilidade ao stress significativamente superiores no grupo de indivíduos com perturbação emocional.

Quadro 46. Análise de resultados relativos vulnerabilidade ao stress em função da existência ou não de perturbação emocional (D)

	Perturbação	N	M	DP	t	p
	Emocional					
Vulnerabilidade ao Stress	Não	24	36,29	9,71	-3,777	0,001
	Sim	12	49,08	9,28		

O décimo objectivo específico proposto é “Analisar a população PAF (portadores assintomáticos e doentes) a percepção de *stress*, *eustress* e *distress* em função da existencia ou não de vulnerabilidade ao stress”. Deste modo recorreu-se ao teste t para amostras independentes, podemos de acordo com o quadro 47, constatar que o *stress* total não varia significativamente entre o grupo vulnerável ao stress e o grupo não vulnerável ($t=0,765$, $p=0,446$). O mesmo acontece ao nível do *eustress* em função da existência ou não de vulnerabilidade ao *stress* na população PAF em geral uma vez que os resultados não se apresentam significativos ($t=-1,410$, $p=0,162$). Quanto ao nível do *distress*, os resultados obtidos são significativos ($t=-2,815$, $p=0,006$) significando neste caso que os população PAF vulnerável ao *stress* apresenta maiores níveis de *distress* ($M=10,19$, $Dp=7,34$) comparativamente aos não vulneráveis ($M=6,14$, $Dp=6,00$).

Quadro 47. Análise de Resultados relativos aos níveis de percepção de *stress*, *eustress* e *distress* entre amostra geral de PAF vulneráveis ao *stress* e não vulneráveis.

LES	Vulnerabilidade ao Stress	N	M	DP	t	p
<i>Eustress</i>	Sem vulnerabilidade ao stress	57	7,14	6,58	0,765	0,446
	Com vulnerabilidade ao stress	32	6,00	7,02		
<i>Distress</i>	Sem vulnerabilidade ao stress	57	6,14	6,00	-2,815	0,006
	Com vulnerabilidade ao stress	32	10,19	7,33		
<i>Stress</i> Total	Sem vulnerabilidade ao stress	57	13,11	9,66	-1,410	0,162
	Com vulnerabilidade ao stress	32	16,19	10,29		

Relativamente ao sub-grupo dos portadores assintomáticos pode-se verificar conforme o quadro 48, verificar que o *stress* total se apresenta significativamente diferente entre o grupo vulnerável ao *stress* e o grupo não vulnerável ($t=-2,109$, $p=0,040$) sendo neste casos os resultados obtidos para o grupo dos indivíduos vulneráveis ao *stress* mais

elevados (M=17,29, DP=11,48) comparativamente ao grupo dos não vulneráveis (M=11,19, DP=8,97). A mesma conclusão se pode retirar relativamente ao *distress*, uma vez que os resultados se apresentam significativos (t=-3,220, p=0,002), apresentando-se assim os indivíduos vulneráveis ao *stress* com maior *distress* (M=10,12, DP=7,12) relativamente aos casos que não são vulneráveis (M=4,61, DP=5,501). Ao nível do *eustress* em função da existência ou não de vulnerabilidade ao *stress*, os resultados obtidos não são significativos (t=-0,139, p=0,890), não existindo como tal diferenças significativas entre os portadores assintomáticos e vulneráveis ao *stress* e os que não são vulneráveis ao nível dos resultados do *eustress*.

Quadro 48. Análise de resultados relativos aos níveis de *stress*, *eustress* e *distress* entre portadores assintomáticos vulneráveis e não vulneráveis ao *stress*.

LES	Vulnerabilidade ao Stress	N	M	DP	t	p
<i>Eustress</i>	Sem vulnerabilidade ao stress	36	6,86	7,15	-0,139	0,890
	Com vulnerabilidade ao stress	17	7,18	8,85		
<i>Distress</i>	Sem vulnerabilidade ao stress	36	4,61	5,10	-3,220	0,002
	Com vulnerabilidade ao stress	17	10,12	7,12		
<i>Stress Total</i>	Sem vulnerabilidade ao stress	36	11,19	8,96	-2,109	0,040
	Com vulnerabilidade ao stress	17	17,29	11,48		

Quanto à amostra de doentes, os resultados obtidos no teste t para amostras independentes, não se apresentam significativos não existindo como tal diferenças significativas ao nível do *stress* total, *eustress* e *distress* entre o grupo de indivíduos vulneráveis ao *stress* e os não vulneráveis, conforme o quadro 49.

Quadro 49. Análise de Resultados relativos à percepção de *stress*, *eustress* e *distress* entre doentes vulneráveis e não vulneráveis ao *stress*.

LES	Vulnerabilidade ao stress	N	M	DP	t	p
<i>Eustress</i>	Sem vulnerabilidade ao stress	21	7,62	5,62	1,843	0,074
	Com vulnerabilidade ao stress	15	4,67	3,99		
<i>Distress</i>	Sem vulnerabilidade ao stress	21	8,76	6,63	-0,623	0,537
	Com vulnerabilidade ao stress	15	10,27	7,82		

<i>Stress</i> Total	Sem vulnerabilidade ao stress	21	16,38	10,15	0,442	0,661
	Com vulnerabilidade ao stress	15	14,93	8,97		

O décimo primeiro objectivo formulado é “Verificar se existem diferenças significativas na população PAF (portadores assintomáticos e doentes) quanto à sintomatologia psicopatológica e suas dimensões em função da existencia ou não de vulnerabilidade ao stress” De acordo com o quadro 50 que todos os resultados relativos a todos os sintomas psicopatológicos, assim como em relação ao índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos variam significativamente em função da existência ou não de vulnerabilidade ao *stress*, dado o nível de significância obtido inferior a 5% ($p < 0,05$), sendo todos superiores no grupo vulnerável ao *stress*, com a excepção da dimensão hostilidade que não varia entre os indivíduos vulneráveis ao *stress* e não vulneráveis ($t = -0,935$, $p = 0,354$).

Quadro 50. Análise de resultados médios relativos à sintomatologia psicopatológica e presença de vulnerabilidade ao *stress* (PA)

BSI (Assintomáticos)	Vulnerabilidade ao Stress	N	M	DP	t	p
Somatização	Sem vulnerabilidade ao stress	36	0,21	0,26	-3,609	0,002
	Com vulnerabilidade ao stress	17	1,01	0,89		
Obsessões-Compulsões	Sem vulnerabilidade ao stress	36	0,63	0,48	-4,514	0,000
	Com vulnerabilidade ao stress	17	1,37	0,67		
Sensibilidade Interpessoal	Sem vulnerabilidade ao stress	36	0,52	0,51	-2,564	0,018
	Com vulnerabilidade ao stress	17	1,10	0,86		
Depressão	Sem vulnerabilidade ao stress	36	0,38	0,44	-3,171	0,005
	Com vulnerabilidade ao stress	17	1,18	0,98		
Ansiedade	Sem vulnerabilidade ao stress	36	0,42	0,41	-3,648	0,001
	Com vulnerabilidade ao stress	17	1,06	0,66		
Hostilidade	Sem vulnerabilidade ao stress	36	0,68	0,58	-0,935	0,354
	Com vulnerabilidade ao stress	17	0,85	0,61		
Ansiedade Fóbica	Sem vulnerabilidade ao stress	36	0,09	0,18	-3,772	0,001
	Com vulnerabilidade ao stress	17	0,68	0,63		
Ideação Paranóide	Sem vulnerabilidade ao stress	36	0,76	0,62	-3,264	0,003
	Com vulnerabilidade ao stress	17	1,56	0,91		
Psicoticismo	Sem vulnerabilidade ao stress	36	0,22	0,33	-3,550	0,002
	Com vulnerabilidade ao stress	17	0,74	0,56		

Índice Geral de Sintomas	Sem vulnerabilidade ao stress	36	0,44	0,31	-4,095	0,001
	Com vulnerabilidade ao stress	17	1,07	0,60		
Total de sintomas positivos	Sem vulnerabilidade ao stress	36	15,67	10,48	-4,029	0,000
	Com vulnerabilidade ao stress	17	29,18	13,15		
Índice de sintomas positivos	Sem vulnerabilidade ao stress	36	1,41	0,44	-3,395	0,001
	Com vulnerabilidade ao stress	17	1,85	0,42		

Relativamente ao grupo dos doentes é possível observar no quadro 51, que todos os resultados relativos a todos os sintomas de psicopatologia, assim como em relação ao índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos variam significativamente em função da existência ou não de vulnerabilidade ao stress, dado o nível de significância obtido inferior a 5% ($p < 0,05$).

Quadro 51. Análise de resultados médios relativos à sintomatologia psicopatológica e presença de vulnerabilidade ao *stress* (D)

BSI (Doentes)	Vulnerabilidade ao Stress	N	M	DP	t	p
Somatização	Sem vulnerabilidade ao stress	21	0,51	0,46	-2,993	0,005
	Com vulnerabilidade ao stress	15	1,17	0,73		
Obsessões-Compulsões	Sem vulnerabilidade ao stress	21	0,75	0,38	-4,520	0,000
	Com vulnerabilidade ao stress	15	1,65	0,79		
Sensibilidade Interpessoal	Sem vulnerabilidade ao stress	21	0,52	0,49	-5,275	0,000
	Com vulnerabilidade ao stress	15	1,60	0,74		
Depressão	Sem vulnerabilidade ao stress	21	0,63	0,55	-3,494	0,002
	Com vulnerabilidade ao stress	15	1,62	0,98		
Ansiedade	Sem vulnerabilidade ao stress	21	0,60	0,42	-3,520	0,002
	Com vulnerabilidade ao stress	15	1,41	0,81		
Hostilidade	Sem vulnerabilidade ao stress	21	0,58	0,51	-2,854	0,007
	Com vulnerabilidade ao stress	15	1,16	0,70		
Ansiedade Fóbica	Sem vulnerabilidade ao stress	21	0,12	0,24	-3,160	0,005
	Com vulnerabilidade ao stress	15	0,57	0,51		
Ideação Paranóide	Sem vulnerabilidade ao stress	21	0,88	0,58	-2,756	0,009
	Com vulnerabilidade ao stress	15	1,44	0,62		
Psicoticismo	Sem vulnerabilidade ao stress	21	0,41	0,44	-2,487	0,021
	Com vulnerabilidade ao stress	15	0,93	0,72		
Índice Geral de Sintomas	Sem vulnerabilidade ao stress	21	0,58	0,35	-4,719	0,000
	Com vulnerabilidade ao stress	15	1,30	0,55		
Total de sintomas positivos	Sem vulnerabilidade ao stress	21	21,38	0,12	-3,609	0,001
	Com vulnerabilidade ao stress	15	35,47	10,78		
Índice de sintomas	Sem vulnerabilidade ao stress	21	1,39	0,21	-3,954	0,001

Com vulnerabilidade ao stress 15 1,96 0,52

É possível constatar no quadro 52, um número muito semelhante de correlações significativas, sendo também positivas significando deste modo que a um maior nível de vulnerabilidade ao *stress* e respectivas dimensões correspondem maiores níveis de sintomatologia proposta pelo BSI.

Quadro 52. Correlação entre BSI e respectivas dimensões e vulnerabilidade ao *stress* (PA)

BSI	QVS	
	r	p
Somatização	0,541	0,000
Obsessões Compulsões	0,673	0,000
Sensibilidade Interpessoal	0,574	0,000
Depressão	0,627	0,000
Ansiedade	0,563	0,000
Hostilidade	0,167	0,232
Ansiedade Fóbica	0,653	0,000
Ideação Paranóide	0,430	0,001
Psicoticismo	0,527	0,000
Índice Geral de Sintomas	0,655	0,000
Total de Sintomas Positivos	0,598	0,000
Índice de Sintomas Positivos	0,446	0,001

No sentido de verificar as correlações entre a sintomatologia psicopatológica e a vulnerabilidade ao *stress*, é possível constatar no quadro 53, correlações significativas, sendo também positivas significando deste modo que a um maiores níveis de vulnerabilidade ao *stress* e respectivas dimensões correspondem maiores níveis de sintomatologia proposta pelo BSI, conforme se pode também observar dos resultados obtidos com nível de significância inferior a 5% ($p \leq 0,05$).

Quadro 53. Correlação entre BSI e respectivas dimensões e vulnerabilidade ao *stress* (Amostra Doentes)

BSI	QVS	
	r	p
Somatização	0,537	0,000
Obsessões Compulsões	0,630	0,000
Sensibilidade Interpessoal	0,718	0,000
Depressão	0,665	0,000
Ansiedade	0,724	0,000
Hostilidade	0,611	0,000
Ansiedade Fóbica	0,385	0,020
Ideação Paranóide	0,611	0,000
Psicoticismo	0,548	0,001
Índice Geral de Sintomas	0,757	0,000
Total de Sintomas Positivos	0,663	0,000
Índice de Sintomas Positivos	0,717	0,000

Após a apresentação e análise dos resultados passaremos de seguida a apresentar a discussão de resultados.

2.5. Discussão dos resultados

Na discussão, tem-se como principal objectivo realizar uma síntese e apreciação crítica dos resultados do presente estudo, e confrontá-los com o enquadramento teórico, para perceber se este estudo vai de encontro ao referido por outros investigadores.

Inicialmente é importante relembrar que a amostra do presente estudo foi escolhida segundo determinadas características.

No que se refere ao objectivo geral deste estudo, confirma-se a relação significativa ao nível do *distress* (acontecimentos de vida negativos) entre os dois sub-grupos do estudo, o mesmo não se verificou na percepção de *stress* e *eustress* (acontecimentos de vida positivos). Em termos de sintomatologia psicopatológica as diferenças significativas entre os grupos verificam-se nos níveis de depressão, ansiedade, somatização, índice geral de sintomas e total de sintomas positivos, sendo sempre superior nos doentes, ou seja, nos indivíduos que apresentam sintomatologia da doença. Os dois grupos não variam significativamente entre si ao nível da vulnerabilidade ao stress. É importante ressaltar que se trata de um estudo exploratório, com uma patologia tipicamente portuguesa de comparação entre dois grupos, portadores assintomáticos e doentes em início (que receberam diagnóstico entre 2009 e 2010), daí não possuir muito suporte teórico para fundamentar os objectivos propostos, o que desta forma, procuro dar resposta através da minha humilde experiência clínica com esta patologia.

Em reuniões e através da observação de consultas das diversas áreas que compõem o acompanhamento médico (neurologia, nefrologia, psiquiatria) e técnico (psicologia e enfermagem) dos doentes com PAF na Unidade Clínica de Paramiloidose, verificava-se muitas vezes que os *life events* pareciam afectar o início, desencadeamento da patologia. No discurso dos doentes, os acontecimentos de vida negativos surgiam espontaneamente, o que despoletou interesse pela equipa perceber se este factor fazia alguma interferência no aparecimento de sintomas. Sabe-se que os acontecimentos indutores de *stress* e mudança imunológica são bastante estudados em doenças como o cancro e o HIV, e com este trabalho pretende-se dar algum contributo para o meio científico para futuros estudos

Os resultados obtidos para o primeiro objectivo do estudo permitiram concluir que ao nível da percepção de *stress* os valores obtidos em termos de *distress* e *eustress* se apresentam muito próximos, indicando que no conjunto total dos indivíduos com PAF, o *stress negativo* associado a acontecimentos de vida não é significativamente superior ao *stress positivo*. O mesmo tipo de conclusão pode ser retirada relativamente aos indivíduos portadores assintomáticos. Estes dados parecem levantar a possibilidade dos acontecimentos de vida relacionados com o *stress* positivo e saudável se apresentarem com uma frequência e uma intensidade semelhante aos acontecimentos de vida

Anexos

Anexo A
“Consentimentos dos Instrumentos”

De: Zélia Tatiana Silva Cunha <13656@ufp.edu.pt>
Para: adrianovs@netvisao.pt

Data: 8 de Julho de 2009 16:10
Assunto: 23 QVS – Urgente

Enviado por:ufp.edu.pt

Boa tarde, Prof. Doutor Vaz Serra

Sou aluna do 2º ano do 2º ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa (Porto) e realizei o meu estágio curricular na Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde (UPL-PS) (a qual ainda frequento), da Unidade Hospital Santo António do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E..

Encontro-me a realizar a dissertação de final de curso intitulada "O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: acontecimentos de vida, vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos" (actividade desenvolvida pela UPL-PS) e nesse sentido o objectivo do estudo é avaliar os acontecimentos stressantes nestes doentes. Deste modo, para a realização deste estudo, necessito da administração de um questionário para avaliar estes mesmos acontecimentos – 23 QVS.

Assim, tomei conhecimento que foi o autor da aferição desta escala para a população portuguesa. Venho por este meio pedir ao Exmo. Prof. Doutor Vaz Serra a autorização para utilizar deste questionário no meu estudo, comprometo-me a não alterar o mesmo, a utilizá-lo de acordo com os procedimentos propostos, cumprir todos os procedimentos para o uso do mesmo e os dados obtidos com o questionário assim como os resultados finais do estudo ser fornecidos caso seja do seu interesse.

Sem outro assunto e na expectativa de uma resposta favorável por parte de V. Exa., agradeço a atenção dispensada.

Despeço-me com os melhores cumprimentos.

Desde já agradeço a sua disponibilidade e atenção.

Atentamente,

Zélia Cunha

De: Prof. Dr. Adriano Vaz-Serra <adrianovs@netvisao.pt>

Para: Zélia Tatiana Silva Cunha <13656@ufp.edu.pt>

Data: 8 de Julho de 2009 23:08

Assunto: 23 QVS – Urgente

Enviado por: netvisao.pt

Zélia,

Para lhe enviar tudo quanto precisa sobre a escala 23QVS que criei preciso que me envie um endereço seu de correio normal, para lhe poder mandar tudo num envelope grande de correio azul ou num envelope de correio verde.

Assim, fico a aguardar que me envie a sua direcção da rua e número em que mora e o código postal para lhe poder mandar tudo. Está bem?

Ficando a aguardar uma resposta sua, aceite as melhores saudações de

Adriano Vaz Serra

De: Zelia Tatiana Silva Cunha <13656@ufp.edu.pt>

Data: 19 de Novembro de 2009 12:54

Assunto: Pedido de autorização

Para: mcanavarro@netcabo.pt

Boa tarde, Professora Doutora Cristina Canavarro

Sou aluna do 2º ano do 2º ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa (Porto) e realizei o meu estágio curricular na Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde (UPL-PS) (a qual ainda frequento), da Unidade Hospital Santo António do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E..

Encontro-me a realizar a dissertação de mestrado de final de curso intitulada "O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: acontecimentos de vida, vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos" e nesse sentido o objectivo do estudo é avaliar os acontecimentos vida, factores stressantes e psicopatológicos nestes doentes. Deste modo, para a realização deste estudo, necessito da administração de um questionário para avaliar os factores psicopatológicos - BSI.

Assim, tomei conhecimento que foi uma das autoras da adaptação e aferição deste instrumento para a população portuguesa. Venho por este meio pedir à Exma. Professora Doutora Cristina Canavarro a autorização para utilizar este questionário no meu estudo, comprometo-me a não alterar o mesmo, a utilizá-lo de acordo com os procedimentos propostos, cumprir todos os procedimentos para o uso do mesmo e os dados obtidos com o questionário assim como os resultados finais do estudo ser fornecidos caso seja do seu interesse. Sem outro assunto e na expectativa de uma resposta favorável por parte de V. Exa., agradeço a atenção dispensada. Despeço-me com os melhores cumprimentos.

Desde já agradeço a sua disponibilidade e atenção.

Atentamente,

Zélia Cunha

Para: Zélia Cunha <cunha.zelia@gmail.com>

Data: 9 de Março de 2010 16:33

assuntoRe: Fwd: Formulário do BSI

Enviado por: netcabo.pt

Cara Dra. Zélia Cunha,

Está autorizada a utilizar a versão Portuguesa do BSI, da qual sou autora e que envio em anexo.

Dados relativos aos procedimentos de passagem e cotação, bem como informação sobre as características psicométricas do instrumento, encontram-se descritas em:

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos- BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds). Testes e Provas Psicológicas em Portugal (II vol.)pp. 87-109. Braga: SHO-APPURT.

Canavarro, M.C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa, vol. III. pp. 305-331. Coimbra: Quarteto Editora. (Envio também em anexo, pois julgo que o livro está esgotado).

Agradecia que se vier a publicar utilizando os dados do BSI me envie os resultados.

Cumprimentos da

Maria Cristina Canavarro

De: Zélia Tatiana Silva Cunha <13656@ufp.edu.pt>
Para: "Dra. Isabel Silva" <isabels@ufp.edu.pt>

Data: 17 de Setembro de 2009 14:45
Assunto: Pedido de autorização
Enviado por: ufp.edu.pt

Boa tarde, Professora Doutora Isabel Silva

Sou aluna do 2º ano do 2º ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa (Porto) e realizei o meu estágio curricular na Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde (UPL-PS) (a qual ainda frequento), da Unidade Hospital Santo António do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E..

Encontro-me a realizar a dissertação de final de curso intitulada "O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: acontecimentos de vida, vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos" e nesse sentido o objectivo do estudo é avaliar os acontecimentos vida e factores stressantes nestes doentes. Deste modo, para a realização deste estudo, necessito da administração de um questionário para avaliar estes mesmos acontecimentos – Avaliação de Acontecimentos de Vida.

Assim, tomei conhecimento que foi uma das autoras da adaptação e aferição desta escala para a população portuguesa. Venho por este meio pedir à Exma. Prof. Doutora Isabel Silva a autorização para utilizar deste questionário no meu estudo, comprometo-me a não alterar o mesmo, a utilizá-lo de acordo com os procedimentos propostos, cumprir todos os procedimentos para o uso do mesmo e os dados obtidos com o questionário assim como os resultados finais do estudo ser fornecidos caso seja do seu interesse.

Sem outro assunto e na expectativa de uma resposta favorável por parte de V. Exa., agradeço a atenção dispensada.

Despeço-me com os melhores cumprimentos.

Desde já agradeço a sua disponibilidade e atenção.
Atentamente,

Zélia Cunha

De: Isabel Silva <isabels@ufp.edu.pt>
Para: Zelia Tatiana Silva Cunha <13656@ufp.edu.pt>

Data: 17 de Setembro de 2009 15:22
Assunto: Pedido de autorização

Cara Zélia Cunha,

Poderá utilizar o instrumento.

Estarei disponível para esclarecer quaisquer dúvidas.

Cumprimentos,

Isabel Silva

2009/9/17 Zélia Tatiana Silva Cunha <13656@ufp.edu.pt>

Anexo B
“Consentimento informado”

CONSENTIMENTO INFORMADO

“O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: Acontecimentos de vida, vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos”

Eu, _____, fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado tem o propósito de aprofundar conhecimentos sobre de que forma os acontecimentos relevantes de vida (*life events*) podem ser stressores desencadeantes de doença ou da sua exacerbação.

Sei que neste estudo está prevista a aplicação de questionários e que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Foi-me explicado que todos os dados relativos à minha identificação neste estudo são confidenciais. Autorizo, no entanto, a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, já que me foi garantida a confidencialidade.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas e aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Assinatura do participante no estudo:

A investigadora:

Zélia Cunha

Data ___/___/___

Anexo C
“Protocolo de investigação”

Data: _____

1. I. D. _____

2. Data de Nascimento ____/____/____ (Idade: _____ anos)

3. Sexo

3.1. Feminino

3.2. Masculino

4. Qual o seu estado civil?

4.1. Solteiro/a

4.2. Casado/a

4.3. União de Facto

4.4. Separado/a

4.5. Divorciado/a

4.6. Viúvo/a

5. Qual o seu nível de escolaridade?

5.1. Nenhum

5.2. 1º Ciclo (1º - 4º ano)

5.3. 2º Ciclo (5º - 6º ano)

5.4. 3º Ciclo (7º - 9º ano)

5.5. Curso profissional

5.6. Secundário (10º - 12º ano)

5.7. Superior

6. Qual a sua profissão? _____

6.1. Activo

6.2. Desempregado

6.3. Baixa Médica

6.4. Reformado

(Devido à doença? Sim Não)

7. Local de residência _____

8. Agregado Familiar Actual:

8.1. Com os pais

8.2. Com os filhos

8.3. Com o cônjuge

8.4. Outros (especificar quem: _____)

9. Data do diagnóstico da doença _____

10. Teve alguma doença ou problema de saúde no último ano?

10.1. Sim Qual(ais) _____

10.2. Não

11. Teve alguma doença ou problema psicológico/psiquiátrico?

11.1. Sim Qual(ais) _____

11.2. Não

12. Teve acompanhamento?

12.1. Sim Qual(ais) _____

12.2. Não

13. Fez medicação psicofarmacológica?

13.1. Sim Qual(ais) _____

13.2. Não

14. Teve que mudar de profissão devido à doença?

14.1. Sim

14.2. Não

15. Teve que mudar o seu dia-a-dia devido à doença?

15.1. Sim

15.2. Não

AVALIAÇÃO DE ACONTECIMENTOS DE VIDA

Sarason, Johnson & Siegel (1979), Adaptação e Tradução Portuguesa:
Isabel Silva & Pais Ribeiro, 2003

A seguir vai encontrar uma lista de acontecimentos que, por vezes, trazem algumas mudanças à vida de quem passa por eles.

Se estes acontecimentos ocorrerem consigo durante o último ano, por favor, responda se tiveram consequências positivas (boas) ou negativas (más) na sua vida.

(Faça uma cruz na resposta que parece ser mais próxima daquilo que pensa)

casa, foi viver sozinho/a, etc.)

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 42. Deixar de estudar porque chegou ao fim do ciclo de estudos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Separação do cônjuge (marido/companheiro ou esposa/companheira) devido a trabalho, viagem, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Noivado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Terminar a relação com o/a namorado/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Sair de casa pela primeira vez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Reconciliação (fazer as pazes) com o namorado/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Outras experiências recentes que tiveram impacto na sua vida

(escreva qual e faça uma cruz na resposta que acha estar mais próximo do que pensa):

- | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 48. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23 QVS

23 Questões para a avaliação da Vulnerabilidade ao Stress

A. Vaz Serra, 2000

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Assinale com uma cruz (X) no quadrado respectivo () aquela que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece.

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dou e recebo afecto com regularidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

queixar do que para me esforçar para as resolver

10. Sou um indivíduo que se enerva com facilidade

11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim

12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado

13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito

14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades

15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão

Concordo em absoluto **Concordo bastante** **Nem concordo nem discordo** **Discordo bastante** **Discordo em absoluto**

16. Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas

17. Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas

18. Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto

19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero

20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem

21. O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais

22. Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar

23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço

BSI

L. R. Derogatis; 1993; Versão: M. C. Canavarro; 1995

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 INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia de que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos em acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem ter razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Sentir-se inferior aos outros
23. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçada junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: **Nunca** **Poucas vezes** **Algumas vezes** **Muitas vezes** **Muitíssimas vezes**

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 49. Sentir-me tão desassossegado que não consegue manter-se sentado e quieto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Sentir que não tem valor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Ter a impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Ter sentimentos de culpa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo D
“Projecto de investigação e autorização do HSA”



O ADOECER NA POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR: ACONTECIMENTOS DE VIDA, VULNERABILIDADE AO STRESS E FACTORES PSICOPATOLÓGICOS

061/10(043-DEFI/058-CES) Projecto de Investigação no âmbito de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Data de Recepção no Gabinete Coordenador da Investigação (GCI): 25/03/2010

Data de Recepção de esclarecimentos solicitados: 13/04/2010

Data de reapreciação: 26/04/2010

Investigador Principal:

Zélia Tatiana Silva Cunha, Psicóloga Clínica

Investigador Responsável no Centro Hospitalar do Porto (CHP) / Hospital de Santo António (HSA)

Maria Alice Soares Lopes, Médica Psiquiatra e Directora do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Supervisor da Instituição a que a aluna pertence:

Sónia Pimentel Alves, Mestre em Psicologia e Docente na Universidade Fernando Pessoa

Outros Investigadores do CHP / HSA:

Teresa Coelho, Médica Neurofisiologista – Directora da Unidade Clínica de Paramiloidose

Margarida Branco, Psicóloga, Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde

Resumo do Estudo:

Local: Unidade Clínica de Paramiloidose – Serviço de Neurologia do CHP / HSA

Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Instituições intervenientes: Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António.

Desenho do estudo: Estudo institucional, epidemiológico e retrospectivo.

Participantes no estudo: Sujeitos que frequentam a consulta da Unidade Clínica de Paramiloidose do CHP.

Tamanho da amostra: Aproximadamente 60 indivíduos.

Objectivos do estudo:

Determinar o papel de acontecimentos stressores, físicos ou emocionais no desencadeamento da doença paramiloidótica;

Identificar quais os acontecimentos mais relevantes no desencadear da PAF (número, intensidade, e impacto percebido)

Identificar, dentro de variáveis socio-demográficas (sexo, idade, constelação familiar, nível educacional), quais as que se podem associar significativamente ao impacto dos stressores psicossociais;

Identificar factores de personalidade que possam ser associados significativamente ao impacto dos stressores psicossociais;

Identificar indicadores psicopatológicos que possam ser associados significativamente ao impacto dos stressores psicossociais.

Metodologia:

1. Seleção da amostra: A seleção será não aleatória, os participantes serão os sujeitos que frequentam a consulta da Unidade Clínica de Paramiloidose do CHP, a quem foi diagnosticado o início da doença entre Junho de 2009 e Junho de 2010. O grupo de controlo será constituído pelos portadores assintomáticos de PAF, que frequentam as consultas de rotina anuais daquela Unidade. O número de participantes será de aproximadamente 30 indivíduos portadores assintomáticos e 30 indivíduos em início de doença.

2. Recolha de dados:

- A recolha de decorrerá nas instalações do CHP/HSA, na Unidade Clínica de Paramiloidose, durante 1 ano e serão aplicados os instrumentos definidos, aos participantes do estudo (indivíduos em início de doença e grupo de controlo). A todos os participantes será explicado o tema e objectivos do estudo.

- Cada participante responderá a um questionário socio-demográfico e a mais quatro questionários, nomeadamente:

Questionário de Caracterização da Vida Familiar para identificar as idades quer do doente quer do progenitor, quando adoceram, data de óbito do progenitor (se aconteceu) e se houve alterações na família após o diagnóstico;

23 Questões para a Avaliação da Vulnerabilidade a Stress (23 QVS) para avaliar a vulnerabilidade do indivíduo perante uma situação indutora de stress;

Brief Symptom Inventory (BSI) para avaliar psicopatologia. Os sintomas são agrupados em somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade inter-pessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo;

Avaliação dos Acontecimentos de Vida para avaliar o stress de uma forma total, distinguindo simultaneamente os acontecimentos de vida positivos dos negativos e a intensidade do seu impacto na vida do indivíduo;

A metodologia apresentada prevê a garantia da confidencialidade da informação fornecida pelos participantes bem como o respeito pelas questões éticas, de acordo com os princípios de Helsínquia.

Duração do estudo: Início: quando autorizado; Conclusão: quando tiver o nº da amostra pretendida;

Requisitos Preenchidos:

Pedidos de autorização: Conselho de Administração, CES e DEFI.

Termo de Responsabilidade do Investigador Principal (Dr.^a Zélia Tatiana Silva Cunha)

Termo de Responsabilidade do Investigador Responsável no HSA, (Dr.^a Maria Alice Soares Lopes)

Termo de Responsabilidade do Supervisor da Instituição do aluno (Dr.^a Sónia Pimentel Alves)

Autorização do Director do Departamento do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos (Prof. Dr. Bastos Lima)

Autorização da Directora da Unidade Clínica da Paramiloidose (Dr.^a Teresa Coelho)

Curriculum vitae do Investigador Principal

Termo de Consentimento Informado

Questionários (Socio-demográfico; Caracterização da Vida Familiar; Avaliação de Acontecimentos de Vida, Avaliação da Vulnerabilidade ao Stress; BSI).



QUESTÕES CLARIFICADAS INVESTIGADOR PRINCIPAL:

a) Metodologia: A investigadora esclarece que será a própria a explicar o estudo aos participantes e a solicitar o Consentimento Informado, bem como a entregar os questionários ou preencher na presença do doente. Refere manter contacto com os participantes, mantendo-se sempre presente em todas as avaliações, para esclarecimento de dúvidas. Os participantes do estudo serão recrutados pela Dr.^a Teresa Coelho, de acordo com a listagem de doentes que se deslocam à consulta de rotina na Unidade Clínica de Paramiloidose.

b) Questionários / Escalas: Foram anexadas ao projecto as respectivas autorizações de utilização das escalas mencionadas e esclarecido o significado da sigla “I.D.” do Questionário Socio-demográfico (para diferenciar os dois grupos do estudo, onde constará, segundo informações fornecidas pelos doentes, PA

– portadores assintomáticos – grupo de controlo, e D – Doentes em início de sintomatologia da PAF). A

investigadora garante a confidencialidade da informação fornecida.

c) Recolha de dados clínicos: A investigadora esclarece que os dados que pretende recolher referem-se apenas a ano do diagnóstico ou data de início de sintomas – dados constantes do questionário socio- demográfico que serão recolhidos pela Dr.^a Teresa Coelho, aquando o diagnóstico e acompanhamento dos doentes com PAF.

d) Documento de Informação sobre o estudo: Foi elaborado documento de informação sobre o estudo para fornecer aos participantes e anexado ao projecto.

PARECER

FINAL:

O Gabinete Coordenador de Investigação, a Comissão de Ética e o Conselho de Administração considera que foram esclarecidas as questões colocadas e enviados os documentos em falta pelo que nada tem a opor à realização do estudo no CHP, emitindo Parecer Favorável para a realização do estudo neste hospital.

Centro Hospitalar do Porto, 15 de Junho
de 2010

Anexo E
“Consistência interna da LES ”

Quadro 53. Consistência Interna da Escala de Acontecimentos de Vida

Escala de Acontecimentos de vida	Correlação item total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Casamento	0,518	0,807	0,815
Problemas com a justiça	0,106	0,816	
Morte do marido/companheiro ou esposa/companheira	0,117	0,815	
Alteração dos hábitos de sono (dormir muito mais ou muito menos)	0,448	0,805	
Morte de uma pessoa da família: Mãe	0,182	0,814	
Morte de uma pessoa da família: Pai	0,097	0,815	
Morte de uma pessoa da família: Irmão	-0,012	0,817	
Morte de uma pessoa da família: Irmã	0,241	0,813	
Morte de uma pessoa da família: Avó	0,184	0,815	
Morte de uma pessoa da família: Avô	-0,003	0,818	
Morte de uma pessoa da família: Outro	0,166	0,816	
Grande mudança ns hábitos alimentares (comer muito mais ou muito menos)	0,514	0,803	
Recusa de empréstimo ou hipoteca	0,194	0,814	
Morte de um amigo/amiga próximo/a	0,101	0,816	
Grande sucesso na vida pessoal	0,457	0,806	
Transgressões menores da lei (por exemplo, perturbação da paz)	0,395	0,810	
Homem: Gravidez da esposa ou namorada	0,208	0,814	
Mulher: Gravidez	0,170	0,814	
Mudança na situação profissional (por exemplo, responsabilidades diferentes no trabalho, grandes mudanças nas condições do trabalho, mudança nas horas de trabalho)	0,091	0,818	
Emprego novo	0,146	0,814	
Problema de saúde ou acidente grave de uma pessoa ou família: Pai	0,189	0,814	
Problema de saúde ou acidente grave de uma pessoa ou família: Mãe	0,243	0,813	
Problema de saúde ou acidente grave de uma pessoa ou família: Irmã	-0,083	0,818	
Problema de saúde ou acidente grave de uma pessoa ou família: Irmão	0,172	0,814	
Problema de saúde ou acidente grave de uma pessoa ou família: Avô	0,060	0,815	
Problema de saúde ou acidente grave de uma pessoa ou família: Avó	0,187	0,814	
Problema de saúde ou acidente grave de uma pessoa ou família: Esposa/companheira ou marido/companheiro	0,187	0,814	

Problema de saúde ou acidente grave de uma pessoa ou família: Outro	0,274	0,812
Dificuldades sexuais	0,284	0,812
Problemas com o patrão (por exemplo, estar em risco de perder o emprego, ter sido suspenso)	0,362	0,809
Problemas com a família do marido/companheiro ou esposa/companheira	0,484	0,806
Grande mudança no seu nível económico (para melhor ou para pior)	0,455	0,805
Grande mudança na proximidade dos membros da família (a proximidade aumentou ou diminuiu)	0,435	0,806
Entrada de um novo membro para a família (através do nascimento, da adopção, de um familiar que foi viver para sua casa, etc.)	0,342	0,810
Mudança de casa	0,299	0,811
Separação ou divórcio do marido/esposa ou companheiro/a (devido a um conflito)	0,331	0,811
Grande mudança nas suas actividades religiosas (aumento ou diminuição da frequência)	0,438	0,808
Reconciliação (fazer as pazes) com o/a marido/esposa ou companheiro/a	0,404	0,810
Grande mudança no número de discussões com o marido/esposa ou companheiro/a (muitas mais ou muitas menos discussões)	0,526	0,804
Homens casados: mudança no emprego da mulher (começou a trabalhar, mudou para um novo emprego, etc.)	0,268	0,813
Mulheres casadas: mudança no emprego do marido (perda do emprego, começar a trabalhar num novo emprego, reforma, etc.)	-0,022	0,818
Grande mudança na quantidade e forma como ocupa os seus tempos livres	0,446	0,806
Pedir um empréstimo muito elevado (para comprar casa, montar um negócio, etc.)	0,302	0,811
Pedir emprestado algum dinheiro (para comprar um frigorífico, uma televisão, etc.)	0,310	0,811
Ser despedido do emprego	0,018	0,817
Homem: a esposa/companheira teve um aborto	0,208	0,814
Mulher: teve um aborto	0,027	0,816
Estar bastante doente ou ter um acidente grave	0,254	0,812
Grande mudança nas actividades sociais (por exemplo, ir mais ou menos a festas, ao cinema, visitar amigos ou familiares)	0,565	0,801
Grande mudança nas condições de vida da sua família (por exemplo, construção de uma casa nova, remodelação da casa, deterioração da casa, etc.)	0,139	0,815
Divórcio	0,175	0,814

Doença ou acidente grave de um amigo	0,188	0,814
Reforma do trabalho	0,000	0,815
Saída de casa de um/a filho/a (porque casou, foi estudar para longe de casa, foi viver sozinho/a, etc.)	-0,065	0,818
Deixar de estudar porque chegou ao fim do ciclo de estudos	0,009	0,816
Separação do cônjuge (marido/companheiro ou esposa/companheira) devido a trabalho, viagem, etc.	0,004	0,816
Noivado	0,137	0,814
Terminar a relação com o/a namorado/a	0,107	0,815
Sair de casa pela primeira vez	0,168	0,814
Reconciliação (fazer as pazes) com o/a namorado/a	0,229	0,814

Anexo F
“Consistência interna da 23 QVS”

Quadro 54. Consistência interna da escala (Amostra Geral)

Escala de 23 Questões para Avaliar a Vulnerabilidade ao Stress	Correlação item-total	Alpha de cronbach se item removido	Alpha de cronbach
Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	0,490	0,822	0,832
Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas	0,580	0,817	
Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	0,444	0,823	
Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades	0,505	0,821	
Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	0,331	0,828	
Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	0,271	0,830	
Dou e recebo afecto com regularidade	0,445	0,824	
É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que ocorrem	0,414	0,825	
Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver	0,576	0,818	
Sou um indivíduo que se enerva com facilidade	0,283	0,832	
Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	0,153	0,835	
Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado	0,531	0,819	
As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	0,359	0,827	
Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades	0,209	0,833	
Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão	0,205	0,835	
Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas	0,418	0,825	
Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas	0,498	0,822	
Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto	0,457	0,823	
Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero	0,419	0,824	

Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem	0,103	0,839
O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	0,453	0,823
Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar	0,583	0,818
Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	0,293	0,830

Consistência interna Sub-escala perfeccionismo e intolerância à Frustração

Sub-Escala Perfeccionismo	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero	0,434	0,613	
Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	0,392	0,630	
Sou um indivíduo que se enerva com facilidade	0,475	0,598	
Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas	0,564	0,585	0,668
Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto	0,232	0,686	
Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	0,364	0,638	

Consistência interna sub-escala inibição e dependência funcional

Sub-Escala Inibição e dependência funcional	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver	0,623	0,711	
Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar	0,676	0,695	
Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	0,584	0,729	0,777
Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas	0,456	0,769	
Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado	0,453	0,773	

Consistência interna sub-escala carência de apoio social

Carência de apoio social	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	0,355	-	0,513
Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	0,355	.	

Consistência Interna Condições de Vida Adversas

Condições de vida adversas	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades	0,652	-	0,788
O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	0,652	.	

Consistência interna sub-escala dramatização da existência

Dramatização da Existência	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	0,244	0,343	
É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que ocorrem	0,324	0,158	0,415
Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem	0,195	0,428	

Consistência interna subjugação

Subjugação	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	-0,072	0,274	
Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades	0,187	-0,108	0,128
As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	0,089	0,062	
Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão	0,052	0,114	

Consistência Interna Deprivação de Afecto e Rejeição

Deprivação de afecto e rejeição	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas	0,559	0,404	
As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	0,416	0,602	0,643
Dou e recebo afecto com regularidade	0,395	0,621	

Anexo G
“Consistência interna do BSI”

Quadro 55. Consistência Interna BSI

BSI	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Nervosismo e tensão interior	0,653	0,963	
Desmaios ou tonturas	0,447	0,964	0,964
Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	0,416	0,964	
Ter a ideia de que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	0,489	0,964	
Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	0,571	0,963	
Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0,517	0,964	
Dores sobre coração ou peito	0,551	0,964	
Medo na rua ou praças públicas	0,449	0,964	
Pensamentos em acabar com a vida	0,523	0,964	
Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	0,630	0,963	
Perder o apetite	0,495	0,964	
Ter um medo súbito sem ter razão para isso	0,727	0,963	
Ter impulsos que não se podem controlar	0,406	0,964	
Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	0,788	0,963	
Dificuldade em fazer qualquer trabalho	0,524	0,964	
Sentir-se sozinho	0,702	0,963	
Sentir-se triste	0,795	0,962	
Não ter interesse por nada	0,720	0,963	
Sentir-se atemorizado	0,714	0,963	
Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	0,678	0,963	
Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si	0,765	0,963	
Sentir-se inferior aos outros	0,643	0,963	
Vontade de vomitar ou mal estar do estômago	0,449	0,964	
Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	0,595	0,963	
Dificuldade em adormecer	0,526	0,964	
Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	0,593	0,963	
Dificuldade em tomar decisões	0,454	0,964	
Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	0,394	0,964	
Sensação de que lhe falta o ar	0,555	0,963	
Calafrios ou afrontamentos	0,500	0,964	
Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	0,442	0,964	
Sensação de vazio na cabeça	0,711	0,963	
Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	0,536	0,964	

Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	0,411	0,964
Sentir-se sem esperança perante o futuro	0,647	0,963
Ter dificuldade em se concentrar	0,658	0,963
Falta de forças em parte do corpo	0,631	0,963
Sentir-se em estado de tensão ou aflição	0,702	0,963
Pensamentos sobre morte ou que vai morrer	0,746	0,963
Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	0,340	0,964
Ter vontade de destruir ou partir coisas	0,512	0,964
Sentir-se embaraçada junto de outras pessoas	0,698	0,963
Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	0,442	0,964
Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	0,423	0,964
Ter ataques de terror ou pânico	0,370	0,964
Entrar facilmente em discussão	0,227	0,964
Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	0,468	0,964
Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	0,519	0,964
Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	0,525	0,964
Sentir que não tem valor	0,767	0,963
Ter a impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	0,559	0,963
Ter sentimentos de culpa	0,680	0,963
Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	0,665	0,963

Consistência Interna Somatização (BSI).

Somatização	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Desmaios ou tonturas	0,570	0,821	
Dores sobre coração ou peito	0,538	0,827	
Vontade de vomitar ou mal estar do estômago	0,554	0,824	
Sensação de que lhe falta o ar	0,650	0,810	0,840
Calafrios ou afrontamentos	0,738	0,798	
Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	0,555	0,824	
Falta de forças em parte do corpo	0,573	0,821	

Consistência Interna Obsessões-Compulsões (BSI).

Obsessões Compulsões	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	0,557	0,758	
Dificuldade em fazer qualquer trabalho	0,546	0,764	
Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	0,447	0,786	0,793
Dificuldade em tomar decisões	0,452	0,781	
Sensação de vazio na cabeça	0,590	0,750	
Ter dificuldade em se concentrar	0,703	0,720	

Consistência Interna Sensibilidade Interpessoal (BSI).

Sensibilidade Interpessoal	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	0,593	0,608	
Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si	0,618	0,594	0,721
Vontade de vomitar ou mal estar do estômago	0,322	0,767	
Sentir-se embaraçada junto de outras pessoas	0,528	0,649	

Consistência Interna Depressão (BSI).

Depressão	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Pensamentos em acabar com a vida	0,583	0,890	
Sentir-se sozinho	0,724	0,869	
Sentir-se triste	0,768	0,863	
Não ter interesse por nada	0,813	0,854	0,890
Sentir-se sem esperança perante o futuro	0,646	0,881	
Sentir que não tem valor	0,746	0,865	

Consistência Interna Ansiedade (BSI).

Ansiedade	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Nervosismo e tensão interior	0,603	0,772	
Ter um medo súbito sem ter razão para isso	0,668	0,753	
Sentir-se atemorizado	0,609	0,767	
Sentir-se em estado de tensão ou aflição	0,618	0,764	0,807
Ter ataques de terror ou pânico	0,388	0,812	
Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	0,551	0,780	

Consistência Interna Hostilidade (BSI).

Hostilidade	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0,608	0,679	
Ter impulsos que não se podem controlar	0,592	0,681	
Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	0,476	0,728	0,753
Ter vontade de destruir ou partir coisas	0,591	0,684	
Entrar facilmente em discussão	0,370	0,757	

Consistência Interna Ansiedade Fóbica (BSI).

Ansiedade Fóbica	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Medo na rua ou praças públicas	0,626	0,652	
Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	0,534	0,703	
Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	0,539	0,689	0,743
Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	0,438	0,722	
Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	0,460	0,718	

Consistência Interna Ideação Paranóide (BSI).

Ideação Paranóide	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Ter a ideia de que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	0,507	0,760	0,782
Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	0,601	0,726	

Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	0,516	0,754
Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	0,561	0,740
Ter a impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	0,617	0,720

Consistência Interna Psicoticismo (BSI).

Psicoticismo	Correlação item-total	Alpha de Cronbach se item removido	Alpha de Cronbach
Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	0,453	0,675	
Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	0,573	0,615	0,710
Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	0,418	0,682	
Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	0,351	0,709	
Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	0,582	0,611	