

**RELAÇÃO ENTRE O AUTO-CONCEITO E BEM-ESTAR SUBJECTIVO
EM DOENTES CARDÍACOS DO SEXO MASCULINO
SUJEITOS A CIRURGIA DE BYPASS AORTO-CORONÁRIO**

Maria do Céu Gomes & J. Ribeiro

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto

RESUMO: O objectivo do presente estudo é identificar a relação entre uma variável de referência pessoal – o Auto-Conceito –, o Bem Estar e a Percepção Geral de Saúde. Considerou-se que o Auto-Conceito, embora seja um estado e não um traço, é uma variável psicológica mais estável e que o Bem Estar e a Percepção Geral de Saúde, são variáveis mais dependentes do contexto imediato. Participaram 30 indivíduos do sexo masculino, com idades entre os 40 e 77 ($M=59,16$), que tinham sido submetidos a cirurgia de bypass aorto-coronário num Serviço de Cirurgia Torácica de um hospital central. Os resultados mostraram a existência de uma relação estatística positiva e elevada entre o Auto-Conceito e tanto o Bem-Estar Subjectivo como a Percepção Geral de Saúde. Tal associação sugere que a nível de intervenção psicológica a avaliação prévia do Auto-Conceito pode facilitar a orientação da recuperação pós-operatória, nomeadamente pela atenção à recuperação psicológica, que, conforme a investigação tem mostrado estará estreitamente associada à recuperação física. Assim melhorar o Auto-Conceito facilitaria o bem-estar subjectivo pós operatório, uma percepção de saúde actual mais positiva e expectativas futuras mais positivas.

Palavras chave: Auto-conceito, Bem-estar subjectivo, Cirurgia cardíaca, Percepção geral de saúde.

**RELATIONSHIP BETWEEN SELF-CONCEPT AND
SUBJECTIVE WELL-BEING IN MALE PATIENTS
UNDERGOING CORONARY ARTERY BYPASS**

ABSTRACT: The aim of the present study is to identify the relationship between self-concept and subjective well-being and health perception. We assumed that all the variables are state variables (instead of trait), and that self-concept is more stable while subjective well being and health perception are more dependent on immediate context and events. Participants are 30 males aged between 40 and 77 years ($M=59,16$), that have been submitted to coronary artery bypass. Results show a strong relationship between self-concept, and subjective well-being and health perception. This association suggests that in terms of psychological intervention self-concept evaluation prior to surgery can facilitate in the orientation of post-operative recuperation, namely in the focus on psychological recovery which, as research has shown, is closely related to physical recovery. Therefore, improving self-concept would facilitate post-operative subjective well-being, permitting a more positive actual health perception and more positive future expectations.

Key words: Coronary surgery, Health perceptions, Self-concept, Subjective well-being.

As transições que ocorrem no ciclo de vida representam momentos de crise aos quais a pessoa atribui um significado, de acordo com os seus processos subjectivos de avaliação.

A doença física e a realização de uma cirurgia cardíaca constituem

vivências críticas para a pessoa; ameaçam a integridade individual, podem traduzir-se em desorganização das rotinas, das funções e relações familiares, e das auto-percepções. Receia as dores, a anestesia, a morte e fantasia em relação ao processo cirúrgico (Duits et al., 1999). O enfarte do miocárdio é um acontecimento traumático com efeitos significativos no funcionamento psicossocial do indivíduo.

A experiência de hospitalização é susceptível de contribuir para a agudização dos sintomas físicos e psicológicos. Confinado a uma cama, limitado na sua autonomia, privacidade e sem referências existenciais, o doente é susceptível de experimentar a trilogia básica, Ansiedade, Depressão e baixa de Auto-Estima, ou genericamente, sentimentos de perda de controle e desespero.

É universalmente aceite a importância da relação entre factores psicológicos e doença coronária. As características individuais parecem condicionar a atribuição de significados aos acontecimentos de vida, o modo como os sintomas são percebidos pelo indivíduo, e as estratégias que este mobiliza para reagir ao adoecer corporal, favorecendo ou não o ajustamento e o bem-estar.

O Auto-Conceito é um construto amplamente estudado e com bastante saliência neste tipo de doenças; aparece associado às expectativas de influência sobre as circunstâncias de vida, nomeadamente, à percepção de controlo, indutor de mudança (Serra, Firmino, & Matos, 1987). Um Auto-Conceito realista, consistente e positivo, reflecte-se numa atitude de segurança, manifestações saudáveis e ausência de sentimentos de ameaça gerados pelos acontecimentos de vida. Deste modo, as pessoas que evidenciam um elevado Auto-Conceito, fazem auto-avaliações mais positivas em relação ao seu estado; revelam uma percepção integrada e sem distorções do mundo e de si próprias, o que lhes permite mobilizar estratégias adaptativas para lidar com a doença, sem o recurso a generalizações extremas do *feedback* negativo a outros contextos.

Kling, Ryff, e Essex (1997), referem o efeito sobre o bem-estar da percepção de mudança num domínio particular da vida, quando este constitui uma dimensão central do Auto-Conceito. De acordo com os autores, a mudança nas auto-avaliações e na centralidade psicológica pode interagir com o Bem-Estar.

Para Diener (1984), o Bem-Estar é um construto tripartido: é subjectivo, por isso varia de acordo com a experiência individual; pressupõe medidas positivas e não apenas a ausência de factores negativos; além disso, inclui a avaliação global de todos os aspectos da vivência pessoal. O Bem-Estar Subjectivo refere-se às avaliações afectivas e cognitivas que as pessoas fazem acerca da sua vida; compreende a felicidade, infelicidade, assim como a satisfação com a saúde e outras áreas específicas. Diener e Fujita (1997) consideram que as pessoas de elevado Bem-Estar Subjectivo apresentam uma

tendência global para experimentar os eventos de uma forma positiva. As emoções de tonalidade negativa, própria das pessoas inseguras, externas, ambivalentes, pouco eficazes e depressivas, favorece o desenvolvimento de crenças negativas sobre o *self* e o mundo, estabelecendo-se espirais desadaptadas. As pessoas que tendem a expressar emoções de tonalidade positiva, são mais sensíveis aos sinais compensatórios e tendem a centrar-se nos objectivos a prosseguir conforme refere Lightsey (1996).

As auto-percepções positivas parecem associadas ao Bem-Estar psicológico. Parece ainda que o Auto-Conceito influencia os processos de avaliação dos agentes do meio e a superação dos seus efeitos e que traduz necessidades motivacionais (Cardoso et al., 1988) e ainda que o Bem-Estar Subjectivo é mediado pelas auto-percepções.

Assim, o modo como a pessoa se vê a si própria em termos de aceitação social, eficácia, maturidade psicológica e actividade ou iniciativa poderá exercer influência sobre o bem-estar: mais concretamente na situação pós-cirúrgica este aumento de bem-estar poderá contribuir para uma melhor e mais rápida reabilitação.

No presente estudo, pretende-se avaliar a relação entre o Auto-Conceito (incluindo as dimensões que o constituem), e o Bem-Estar (e suas dimensões) e a Percepção do Estado de Saúde, considerando estes dois construtos – Bem-Estar e Percepção do Estado de Saúde – como variáveis dependentes do Auto-Conceito. Como objectivo secundário da investigação inspeccionam-se as diferenças quanto às variáveis principais com base nas variáveis demográficas (referidas no Quadro 1).

Assume-se que nenhuma das variáveis estudadas constituem traços de personalidade que, por definição são mais estáveis e difíceis de alterar. Assumindo-se as variáveis estudadas como estados mesmo assim o Auto-Conceito é temporalmente mais estável enquanto as restantes são mais dependentes do contexto imediato.

MÉTODO

Participantes

Os participantes são adultos do sexo masculino. A amostra é constituída por 30 indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 77 anos, sujeitos a cirurgia de *bypass* aorto-coronário no Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital de S. João. A amostra é sequencial, a partir do plano operatório semanal, e os sujeitos que se encontravam em período de recuperação pós-operatório, participaram voluntariamente no estudo.

No Quadro 1 são apresentadas as características demográficas da amostra.

Quadro 1

Características demográficas da amostra

		<i>N</i>	Limites	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade		30	40-77	59,16	10,20
Estado Civil	Casado	28			
	Viúvo	1			
	Divorciado	1			
Nível Sócio Económico	I				
	II	5			
	III	8			
	IV	15			
	V	2			
Escolaridade	Até 4 anos	17			
	5-6 anos	4			
	7-9 anos	5			
	10-12 anos	2			
	Ensino Superior	2			

Os indivíduos foram agrupados por nível sócio-económico segundo a Classificação Nacional de Profissões. Verifica-se que o nível de escolaridade é baixo, que são predominantemente casados, de nível sócio económico baixo, e na segunda metade do ciclo de vida.

Variáveis

As variáveis principais do estudo são o Auto-Conceito tal como é definido por Serra (1986), o Bem-Estar Subjectivo, e a Percepção Geral de Saúde.

Trata-se de um estudo exploratório com três variáveis principais que, com base em pressupostos teóricos se assumem uma variável independente (Auto-Conceito) e duas variáveis dependentes (Bem-Estar e Percepção Geral de Saúde).

Material

Neste estudo foram utilizadas as seguintes escalas: Inventário Clínico de Auto-Conceito; e dois questionários, um que expressa a percepção de bem-estar, e outro, a percepção geral de saúde.

Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICA), de Serra (1986), indicado para uso clínico; é constituído por 20 itens que focam aspectos emocionais e sociais do Auto-Conceito, considerados importantes pelo autor no ajustamento pessoal consoante os dados da investigação. Do instrumento fazem parte os seguintes factores: o factor um corresponde à dimensão Aceitação/Rejeição Social (cinco itens); o factor dois, que diz respeito à Auto-Eficácia (seis itens); o factor três,

relativo à Maturidade Psicológica (quatro itens); o factor quatro reporta-se á Impulsividade/Actividade (três itens). A resposta a cada questão é distribuída por uma de cinco categorias numa escala tipo likert em termos de concordância (“não concordo”, “concordo pouco”, “concordo moderadamente”, “concordo muito”, “concordo muitíssimo”). A valores mais elevados corresponde um maior Auto-Conceito.

Questionário de Bem-Estar tem 22 itens (Bradley, 1994). É multidimensional, abrange quatro dimensões: Depressão (seis itens com um alfa de Cronbach de 0,81), Ansiedade (seis itens e um alfa de Cronbach de 0,63), Energia (quatro itens e um alfa de Cronbach de 0,86), Bem-Estar Positivo (seis itens e um alfa de Cronbach de 0,89) e Bem-Estar Geral (totalidade dos itens e um alfa de Cronbach de 0,94). Fornece um valor global de Bem-Estar e valores para cada dimensão. As respostas são dadas em termos de frequência em quatro pontos: “nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”. A valores mais elevados da escala geral corresponde maior bem-estar. Parte dos itens são cotados de forma inversa, de molde a que a valores mais elevados da nota da escala (e que constitui o resultado global da escala) corresponda um maior bem-estar. Assim, quando os resultados forem apresentados por dimensão, deverá tomar-se em consideração que, por exemplo, a notas mais elevadas de ansiedade corresponde menor ansiedade, enquanto a notas mais elevadas de energia corresponde mais energia. De acordo com a autora, o questionário foi desenvolvido para ser utilizado com populações com doenças crónicas, na medida em que os instrumentos tradicionais de avaliação, nomeadamente de Ansiedade e Depressão, não são adequadas para populações com doenças crónicas que não as doenças mentais (Bradley, 1994, 1996).

Percepção Geral de Saúde – A avaliação desta variável recorre a três questões que seguem as recomendações para avaliação do Estado de Saúde no âmbito do programa “Saúde para Todos no Ano 2000” (Evers, 1990). Uma delas faz parte dos censos nacionais nomeadamente em Portugal. A primeira questão avalia o estado global de saúde; a segunda questão foca o período actual de transição e na terceira, as expectativas futuras de saúde. As respostas são dadas numa escala de cinco pontos (“fraca”, “razoável”, “boa”, “muito boa”, “ótima”, ou “muito pior”, “um pouco pior”, “aproximadamente igual”, ou “com algumas melhoras”, “muito melhor”, consoante os itens).

O tratamento dos dados foi realizado através do programa SPSS, recorrendo-se à estatística paramétrica.

Procedimento

Após autorização da comissão de ética e as formalidades inerentes ao consentimento informado deu-se início à recolha de dados, que são confidenciais. A aplicação dos questionários decorreu em contexto médico, 48 a 72 horas após a cirurgia. O processo iniciou-se com a realização de uma

entrevista para a recolha da história clínica e para o estabelecimento de uma relação de confiança. Dado o estado de saúde dos participantes os instrumentos foram aplicados oralmente.

RESULTADOS

A relação entre as variáveis assumidas como dependentes neste estudo (Bem-Estar subjectivo e as suas quatro dimensões e Percepção Geral de Saúde, com três itens independentes) são apresentadas no Quadro 2

Quadro 2

Relação entre variáveis dependentes

#	BEDep	BEAnsi	BEEner	BEPost	BETotl	PGS1	PGS2	PGS3
BEDep		0,71****	0,70****	0,88****	0,93****	0,60****	0,13ns	0,66****
BEAnsi			0,79****	0,70****	0,85****	0,31ns	0,11ns	0,47**
BEEner				0,70****	0,85****	0,46**	0,15ns	0,55****
BEPost					0,94****	0,63***	0,03ns	0,63****
BETotl						0,59***	0,11ns	0,65****
PGS1							0,23ns	0,38*
PGS2								0,08ns
PGS3								

Nota. ns – não significativo; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; **** $p < 0,0001$; Dimensões do questionário de Bem-Estar: BEDep – Depressão, BEAnsi – Ansiedade, BEEner – Energia, BEPost – Bem-Estar Positivo, BETotl – Bem-Estar total; Itens de Percepção Geral de Saúde: PGS1 – Saúde Geral, PGS2 – Transição de Saúde, PGS3 – Expectativas Futuras.

O quadro revela que as dimensões da escala de Bem-Estar têm correlações muito elevadas umas com as outras, sugerindo alguma redundância nas medidas. Talvez por esta razão, em estudos posteriores, Bradley reduziu a escala de bem-estar para 12 itens. Pelo contrário os três itens-dimensões da Percepção Geral de Saúde mostram uma correlação modesta a nula entre eles.

Dois dos itens da Percepção Geral de Saúde (1 e 3 exibem correlações elevadas com algumas das dimensões da escala de Bem-Estar, nomeadamente com a Depressão e com o Bem-Estar Positivo (dimensões essas que, por sua vez mantêm uma correlação elevada entre elas), explicando cerca de um terço da variância de cada uma delas.

Relação entre variáveis

Para analisar a relação entre a variável independente e as variáveis dependentes procedemos à correlação de Pearson, verificando-se os resultados do

Quadro 3 que exhibe a correlação entre as que considerámos variável independente e suas dimensões (Auto-Conceito) e as variáveis que considerámos dependentes e suas dimensões (Bem-Estar e itens de Percepção Geral de Saúde).

Quadro 3

Relação entre as variáveis principais do estudo: Auto-Conceito e Bem-Estar e Percepção Geral de Saúde

	BEDep	BEAnsi	BEEner	BEPost	BETotl	PGS1	PGS2	PGS3
AceRej	0,70****	0,70****	0,64****	0,78****	0,79****	0,44*	0,001ns	0,65****
Eficac	0,68****	0,72****	0,72****	0,65****	0,75****	0,44*	0,17ns	0,57***
MatPsi	0,47**	0,53**	0,52**	0,46**	0,54**	0,57**	0,23ns	0,53**
Impulv	0,77****	0,58****	0,70****	0,71****	0,77****	0,69****	0,13ns	0,71****
ACTotl	0,74****	0,72****	0,74****	0,74****	0,81****	0,48**	0,14ns	0,65****

Nota. ns – não significativo; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; **** $p < 0,0001$; Dimensões do questionário de Auto-Conceito: AceRej – Aceitação/Rejeição Social, Eficac – Auto-Eficácia, MatPsi – Maturidade Psicológica, Impulv – Impulsividade/Actividade, ACTotl – Auto Conceito Total; Dimensões do questionário de Bem-Estar: BEDep – Depressão, BEAnsi – Ansiedade, BEEner – Energia, BEPost – Bem-Estar Positivo, BETotl – Bem-Estar Total; Itens de Percepção Geral de Saúde: PGS1 – Saúde Geral; PGS2 – Transição de Saúde; PGS3 – Expectativas Futuras.

A análise dos dados evidencia correlações estatisticamente significativas e elevadas entre as dimensões a nota global de de Auto-Conceito, com as dimensões e a nota total da escala de Bem-Estar e as de Percepção Geral de Saúde.

Verifica-se que os valores de Bem-Estar melhoram com melhor Auto-Conceito. Ou seja a melhor Auto-Conceito corresponde mais Energia e mais Bem-Estar Positivo, e menos Depressão e Ansiedade. A nota global de Bem-Estar é a que exhibe a maior correlação com a nota global de Auto-Conceito sugerindo excesso de familiaridade entre as duas variáveis. Na relação com as medidas de saúde verifica-se que a um Auto-Conceito mais elevado correspondem Percepção de Saúde Geral, e Expectativas Futuras de Saúde mais elevadas

Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre idade e as variáveis psicológicas em estudo.

Diferenças entre grupos

Para inspeccionar a significância estatística das diferenças entre grupos com base na escolaridade constituímos dois grandes grupos: os que tinham até quatro anos de escolaridade (56,66%) e os que tinham mais de quatro anos (43,66%). O critério para estabelecer o ponto de corte nos quatro anos de escolaridade deve-se a que, a maioria dos participantes pertence a uma geração em que os quatro anos de escolaridade constituíam a escolaridade obrigatória a que estavam obrigados todos os cidadãos, só prosseguindo estudos os que

pretendiam continuá-los até uma formação especializada ou a uma formação universitária. A comparação entre estes dois grupos mostra os resultados do Quadro 4

Quadro 4

Diferenças entre as variáveis principais do estudo em função do nível de escolaridade

	Até 4 anos	Mais de 4 anos	t
	M	M	
AceRe	17,52	15,15	2,10*
Eficac	21,05	18,76	2,48*
Impulv	11,76	10,69	2,45*
ACTotl	71,64	64,15	2,56*
BEDep	17,82	15,00	2,95**
BEAns	18,29	16,38	2,94**
BEPost*	14,47	10,84	2,84**
BETotl	61,17	51,23	2,98**

Nota. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; Dimensões do questionário de Bem-Estar: BEDep – Depressão, BEAns – Ansiedade, BEPost – Bem-Estar Positivo, BETotl – Bem-Estar Total; Dimensões do questionário de Auto conceito: AceRej – Aceitação/Rejeição Social, Eficac – Auto-Eficácia, Impulv – Impulsividade/Actividade, ACTotl – Auto Conceito Total.

Os resultados mostram a existência de diferenças estatisticamente significativas em função da escolaridade para as variáveis Auto-Conceito e Bem-Estar, não se verificando diferenças para a Percepção Geral de Saúde. Nas variáveis em que há diferenças estatisticamente significativas os menos escolarizados exibem resultados mais favoráveis.

Realizou-se a mesma operação em função do estatuto sócio económico: juntaram-se os níveis mais diferenciados num grupo ($n=13$) e os menos diferenciados noutra ($n=17$). Os resultados mostram que há diferenças estatisticamente significativas para a dimensão "Ansiedade" da escala de Bem-Estar favoráveis aos menos diferenciados (Quadro 5).

Quadro 5

Diferenças em função da estatuto sócio económico

	Menos diferenciados	Mais diferenciados	t
	M	M	
BEAns	18,17	16,53	2,94**

Nota. ** $p < 0,01$; BEAns – Ansiedade.

Para o estado civil não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO

Os resultados indiciam uma relação estreita entre o Auto-Conceito e o Bem-Estar e, também, com a Percepção Geral de Saúde (Actual e Expectativas Futuras). De facto, um Auto-Conceito realista, consistente e positivo parece favorecer o confronto com situações de stress, influenciando a Percepção Geral de Saúde e do Bem-Estar.

Como refere Serra (1986), quanto melhor é o Auto-Conceito, melhor é o desempenho do indivíduo. O Auto-Conceito parece influenciar a adaptação ao contexto hospitalar e a recuperação da doença. Por sua vez, um nível elevado de Bem-Estar está associado à menor disrupção do estilo de vida, melhor estado de saúde e maior satisfação com a qualidade de vida e com a vida em geral (Bech, Gudex, & Johansen, 1986).

O modelo dinâmico do equilíbrio do Bem-Estar Subjectivo sugere que a personalidade é crítica para o Bem-Estar Subjectivo, como refere DeNeve e Cooper (1998). Este modelo foi desenvolvido para explicar o motivo pelo qual os indivíduos dão explicações relativamente estáveis por um determinado período de tempo para as experiências de eventos positivos ou adversos. Estes autores defendem que cada pessoa tem um nível de equilíbrio normal de Bem-Estar Subjectivo, de acordo com as características de personalidade. Contudo, os níveis de Bem-Estar Subjectivo modificam-se quando eventos de vida recentes (positivos ou adversos), como a realização de uma intervenção cirúrgica, se desviam dos padrões normais, exigindo do indivíduo uma resposta adequada.

As características de personalidade podem exacerbar ou moderar os efeitos de outros factores de risco para o indivíduo, como refere Lightsey (1986), podendo condicionar a apreciação do Stress e Coping, reflectindo-se no estado geral da pessoa. Assim, quando a situação é avaliada como ameaçadora, são desencadeadas determinadas reacções.

O Auto-Conceito exerce influência sobre o estado emocional da pessoa. As pessoas não deprimidas parece que se percebem a si próprias de um modo positivo como refere Lightsey (1986) e sobrevalorizam a probabilidade de evolução positiva do Estado de Saúde. Os doentes com atitudes fatalistas parecem mais inclinados a experimentar Ansiedade e Depressão pós-operatória (Duits et al., 1999).

Uma vez ultrapassado o sofrimento antecipatório, que resulta das expectativas do doente em relação ao desenvolvimento dos acontecimentos, podem surgir emoções negativas relacionadas com a recuperação e a

necessidade de reavaliar o projecto de vida. O Bem-Estar do doente sofre diversas oscilações num quadro geral de perturbação, próprio do processo cirúrgico.

De acordo com Lightsey (1986) o optimismo parece estar associado a uma recuperação mais fácil.

Relativamente às diferenças encontradas em função da escolaridade para o Bem-Estar e Auto-Conceito, pode dever-se à utilização de estratégias cognitivas e comportamentais diferentes, em que os menos escolarizados possuem melhores expectativas gerais da intervenção médica e os mais escolarizados tenham mais reticências e processos de raciocínio mais complexos acerca do devir pós operatório.

A intervenção ao nível das variáveis psicológicas, nomeadamente o Auto-Conceito, poderia favorecer a adaptação psicossocial à hospitalização e doença.

Os resultados encontrados enfatizam a coerência lógica dos conceitos estudados e a sua importância para a prática clínica. No entanto, parece-nos importante a replicação deste estudo com uma população mais vasta.

REFERÊNCIAS

- Bech, P., Gudex, C., & Johansen, K. (1996). The WHO (ten) well-being index: Validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183-190.
- Bradley, C. (1994). *Handbook of Psychology and diabetes*. Amsterdam: Harood Academic.
- Bradley, C. (1996). The WHO (ten) well-being index: A critique. *Psychother. Psychosom.*, 65, 331-333.
- Cardoso, R., Veríssimo, R., Pais, A., Palhinhas, J., & Moura, L. (1988). Avaliação do meio, Auto-Conceito, e mecanismos de coping. *Psiquiatria Clínica*, 9, 239-265.
- DeNeve, K., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., & Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. In B. Buunk & F. Gibbons (Eds.), *Health, Coping, and Well-Being. Perspectives From Social Comparison Theory*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Duits, A., Duivenvoorden, H., Boeke, S., Taams, M. Mochtar, B., Krauss, X., Passchier, J., & Erdman, R. (1999). A structural modeling analysis of anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft: A model generating approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 187-200.
- Evers, S. (1990). *Health for all indicators in health interview surveys*. Voorburg, Netherlands ICP/HST 124/10ver 1 (unedited) World Health Organization-Region Office for Europe.
- Kling, K., Ryff, C., & Essex, M. (1997). Adaptive changes in the self-concept during a life transition. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 981-990.
- Lightsey, O. (1996). What leads to wellness? The role of psychological resources in well-being. *Counseling Psychologist*, 24, 589-735.

Taylor, S., & Brown, J.D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, 116, 21-27.

Serra, A. (1986). O inventário clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, 67-84.

Serra, A., Firmino, H., & Matos, A.P. (1987). Auto-Conceito e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 8, 143-146.