

PAULO FREDERICO DE MELO QUADROS VIEIRA
CONTENTE

**BEM-ESTAR, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE
MENTAL: ESTUDO DESCRITIVO NA CIDADE DA
HORTA**

Orientador: Prof. Doutor Nuno Colaço

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2012

PAULO FREDERICO DE MELO QUADROS VIEIRA
CONTENTE

**BEM-ESTAR, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE
MENTAL: ESTUDO DESCRITIVO NA CIDADE DA
HORTA**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias,
no curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e
Psicoterapias conferido pela Universidade Lusófona de
Humanidades e Tecnologias

Orientador: Prof. Doutor Nuno Colaço

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2012

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos ao Professor Doutor Nuno Colaço pela sua orientação, apoio e incentivo ao longo de todo o trabalho. Sem o apoio desta figura tão marcante em toda a minha vida académica a realização desta dissertação não seria possível.

Agradeço ainda a todas pessoas que amavelmente colaboraram na execução deste trabalho, através das respostas dadas nos questionários.

Quero também agradecer a todos os colegas que fizeram parte da minha carreira académica, pela troca de experiências e pelas amizades que conquistei.

Ao Andebol, minha grande paixão, por ser um escape para os momentos mais difíceis da minha vida.

Ao meu irmão, Gonçalo Contente, pela excelente companhia que é e pela sua amizade incondicional.

Aos meus pais, Paulo e Maria José Contente, pelo apoio, paciência, dedicação e suporte em todos os momentos da minha vida.

Ao Amor da minha vida, Sofia Monteiro, pela compreensão, apoio, amizade, companhia e acima de tudo pelo exemplo de pessoa que é. Obrigado por dares um rumo à minha vida.

RESUMO

A saúde mental das pessoas está intimamente relacionada com a sua saúde física e social, refletida na definição que a OMS propõe, onde a saúde é considerada “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” Segundo a OMS (2001a), estima-se que haverá um crescente número de pessoas que sofrem de problemas de saúde mental, devido ao envelhecimento da população, bem como ao agravamento de problemas sociais e a uma crescente desestabilização civil.

Cramer (1994) considera que a qualidade de vida é um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou incapacidade; Leidy, Revicki e Genesté definem a qualidade de vida como a percepção subjetiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios que são importantes para o indivíduo.

O objetivo deste estudo é o de se proceder a uma avaliação descritiva ao nível da saúde mental, qualidade de vida e bem-estar da população residente na cidade da Horta. Os resultados revelam uma estreita relação entre saúde mental e qualidade de vida, sendo o bem-estar um conceito interdependente dos restantes.

Palavras-chave: saúde mental, qualidade de vida, bem-estar, cidade da Horta

ABSTRACT

The people's mental health is closely related with their physical and social health, which is reflected in the definition proposed by WHO, in which the health is considered “not simply the absence of illness” but as “the global state of physical, mental and social well-being “. According to the WHO (2001a), it is estimated that a growing number of individuals are going to suffer from mental health problems, related to the population aging as well as the escalation of the civil destabilization.

Cramer (1994) considers that quality of life is a state of physical, social and mental well-being and not only the absence of disease; Leidy, Revicki e Genesté (1999) defines quality of life as the subjective perception of satisfaction or happiness within certain domains of life.

The main goal of this study is to describe at such levels as mental health, quality of life and well-being the resident population of Horta city. The results show a close relation between mental health and quality of life, with well-being as an interdependent concept of the other two.

Key-words: *mental health, quality of life, well-being, Horta city*

ÍNDICE GERAL

1. Introdução.....	9
2. Saúde Mental, Qualidade de Vida e Bem-estar.....	11
2.1. Saúde Mental	11
2.2. Qualidade de Vida	17
2.3. Caracterização do local de estudo.....	23
3. Método.....	25
3.1. Participantes.....	25
3.2. Instrumentos.....	28
3.3. Procedimento	32
4. Descrição e Análise dos Resultados	34
4.1. Resultados do EADS-42	34
4.2. Resultados do WHOQOL-BREF	62
5. Discussão	69
6. Conclusões.....	77
ANEXOS	I
ANEXO I – Mapa descritivo e panorâmica da cidade da Horta, Faial.....	II
ANEXO II – Protocolo aplicado à população amostral	III

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da população de acordo com o género.....	25
Tabela 2: Discriminação da população de acordo com o grupo etário.....	26
Tabela 3: Discriminação da população de acordo com o nível de escolaridade	26
Tabela 4: Discriminação da população de acordo com o estado civil.....	26
Tabela 5: Discriminação da população de acordo com as categorias profissionais	27
Tabela 6: Resultados médios globais da aplicação da prova EADS-42	34
Tabela 7: Valores médios populacionais dos sub-parâmetros que constituem a depressão	40
Tabela 8: Valores médios populacionais dos sub-parâmetros que constituem a ansiedade	42
Tabela 9: Valores médios populacionais dos sub-parâmetros que constituem o <i>stress</i>	43
Tabela 10: Valores médios populacionais para a Depressão, Ansiedade e <i>Stress</i> de acordo com o nível de escolaridade.....	44
Tabela 11: Valores médios populacionais para a depressão acordo com o nível de escolaridade	45
Tabela 12: Valores médios populacionais para a ansiedade acordo com o nível de escolaridade	46
Tabela 13: Valores médios populacionais para o <i>stress</i> de acordo com o nível de escolaridade	48
Tabela 14: Valores médios populacionais para a depressão de acordo com a categoria profissional	51
Tabela 15: Valores médios populacionais para a depressão de acordo com a categoria profissional	53
Tabela 16: Valores médios populacionais para o <i>stress</i> de acordo com a categoria profissional	54
Tabela 17: Valores médios populacionais para a depressão de acordo com o estado civil.....	57
Tabela 18: Valores médios populacionais para o <i>stress</i> de acordo com o estado civil	58
Tabela 19: Resultados médios globais da aplicação da prova WHOQOL-BREF.....	62

Tabela 20: Valores médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com a idade	63
Tabela 21: Valores médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com o nível de escolaridade	64
Tabela 22: Valores médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com a categoria profissional.....	65
Tabela 23: Valores médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com o estado civil.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sub-parâmetros da Depressão na população alvo.....	34
Figura 2: Sub-parâmetros da ansiedade na população alvo.....	35
Figura 3: Sub-parâmetros do <i>Stress</i> na população alvo.....	36
Figura 4: Resultados médios de Depressão, Ansiedade e <i>Stress</i> na população alvo.....	37
Figura 5: Resultados médios dos sub-parâmetros da depressão para a população amostral	37
Figura 6: Resultados médios dos sub-parâmetros da ansiedade para a população amostral	38
Figura 7: Resultados médios dos sub-parâmetros do <i>stress</i> para a população amostral	39
Figura 8: Resultados médios populacionais de acordo com a idade	40
Figura 9: Resultados médios populacionais dos sub-parâmetros que constituem a depressão	41
Figura 10: Resultados médios populacionais dos sub-parâmetros que constituem a ansiedade	42
Figura 11: Resultados médios populacionais dos sub-parâmetros que constituem o <i>stress</i>	43
Figura 12: Resultados médios populacionais para a Depressão, Ansiedade e <i>Stress</i> de acordo com o nível de escolaridade.....	44
Figura 13: Resultados médios populacionais para a depressão acordo com o nível de escolaridade	46
Figura 14: Resultados médios populacionais para a ansiedade acordo com o nível de escolaridade	47
Figura 15: Resultados médios populacionais para o <i>stress</i> de acordo com o nível de escolaridade	48
Figura 16: Resultados médios populacionais para a depressão de acordo com a categoria profissional	49
Figura 17: Resultados médios populacionais para a ansiedade de acordo com a categoria profissional	49
Figura 18: Resultados médios populacionais para o <i>stress</i> de acordo com a categoria profissional	50

Figura 19: Resultados médios populacionais para a depressão de acordo com a categoria profissional	52
Figura 20: Valores médios populacionais para a ansiedade de acordo com a categoria profissional	53
Figura 21: Resultados médios populacionais para o <i>stress</i> de acordo com a categoria profissional	55
Figura 22: Resultados médios populacionais para a depressão, ansiedade e <i>stress</i> de acordo com o estado civil	56
Figura 23: Resultados médios populacionais para a depressão de acordo com o estado civil ..	57
Figura 24: Resultados médios populacionais para a ansiedade de acordo com o estado civil ..	58
Figura 25: Resultados médios populacionais para o <i>stress</i> de acordo com o estado civil	59
Figura 26: Resultados médios populacionais de acordo com a existência de doença	60
Figura 27: Resultados médios populacionais para a depressão de acordo com a existência de doença	60
Figura 28: Resultados médios populacionais para a ansiedade de acordo com a existência de doença	61
Figura 29: Dados médios dos diferentes domínios na população alvo	62
Figura 30: Resultados médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com a idade	63
Figura 31: Valores médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com o nível de escolaridade	65
Figura 32: Resultados médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com a categoria profissional	66
Figura 33: Resultados médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com o estado civil	67
Figura 34: Resultados médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com a existência de doença	68

1. Introdução

Para todas as pessoas, a saúde mental, física e social interligam-se de forma profundamente intrincada, sendo cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. A saúde mental tem vindo a destacar-se com o desenvolvimento das ciências biológicas e comportamentais, assumindo nos dias de hoje capital importância (OMS, 2001a). A definição de saúde mental deve ser sempre tomada em conta com recurso às perspetivas preconizadas pelos diferentes autores, culturas e épocas. A materialização de um modelo que permitisse desagregar os construtos que estão associados à saúde mental levou à construção de medidas de avaliação deste conceito, das quais se destaca a escala EADS de Lovibond e Lovibond (1995).

O termo “qualidade de vida” esteve sempre historicamente relacionado com a saúde mental, tendo inicialmente surgido como uma avaliação subjetiva do paciente intimamente ligada à sua capacidade de viver plenamente (Canavarro et al, 2010). De acordo com Bowling e Windsor (2001) os conceitos de qualidade de vida, bem-estar e felicidade confundem-se entre si, sendo na maioria das situações indistintos e indefinidos. No entanto, ao longo do tempo o conceito de qualidade de vida foi-se alargando de modo a incluir uma dimensão cognitiva, expressa em termos de satisfação com a vida, bem como uma dimensão emocional expressa através da felicidade dos indivíduos ou das suas emoções.

Historicamente, o termo bem-estar sofreu diversas reconceptualizações, tendo-se aproximado dos conceitos de saúde, qualidade de vida e relações interpessoais, liberdade de expressão e satisfação com o trabalho. Alguns autores consideram o bem-estar subjetivo como uma dimensão positiva da saúde, enraizando o conceito de bem-estar subjetivo com o de saúde mental (Van Praag e Frijters, 1999).

O objetivo do presente estudo prende-se com a avaliação dos três conceitos anteriormente apresentados de uma forma descritiva, analisando a população residente na cidade da Horta, Faial. Para isso, foram utilizadas as provas EADS-42 e WHOQOL-BREF.

Para o cumprimento dos objetivos definidos, a apresentação deste estudo seguiu os seguintes passos: uma primeira parte onde é feita uma contextualização teórica sobre o tema, sendo abordados os conceitos de saúde mental, qualidade de vida e bem-estar. Na segunda parte são apresentados os participantes, as medidas e o procedimento aplicado à investigação. Na terceira parte, descreveram-se os resultados estatísticos obtidos, sendo que na quarta parte

procedeu-se à discussão dos mesmos. Por último, é apresentada ainda uma conclusão sobre o presente estudo.

As normas utilizadas para citações e referências bibliográficas, bem como para a parte textual e para as tabelas e figuras foram as definidas pela *American Psychological Association* (APA), com a devida adaptação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

2. Saúde Mental, Qualidade de Vida e Bem-estar

2.1. Saúde Mental

Atualmente, a importância da saúde mental é reconhecida pela OMS que a considera como indispensável para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países. A saúde mental das pessoas está intimamente relacionada com a sua saúde física e social, refletida na definição que a OMS propõe, onde a saúde é considerada “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2001a).

A definição de saúde mental não se pode reduzir a um único ponto de vista, sendo que diferentes culturas, diferentes autores e diferentes épocas definem-na de forma distinta. No entanto, parece consensual a necessidade que qualquer definição inclua a ideia de bem-estar subjetivo, de autoeficácia percebida, de autonomia, de competência, de dependência intergeracional e mesmo de autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. De um modo geral, o conceito de saúde mental inclui a ideia de que é algo mais do que a simples ausência de perturbações mentais (OMS, 2001a).

Segundo a OMS (2001a), estima-se que haverá um crescente número de pessoas que sofrem de problemas de saúde mental, devido ao envelhecimento da população, bem como ao agravamento de problemas sociais e a uma crescente desestabilização civil. Efetivamente, as perturbações mentais representam nos dias de hoje quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo, o que representa um custo significativo em termos de sofrimento humano e de incapacidade, assim como um aumento dos encargos económicos (OMS, 2001a). Na realidade, os problemas de saúde mental representam 12% do peso mundial de doenças; no entanto, para a maioria dos países, os orçamentos destinados à saúde mental não ultrapassam 1% dos seus gastos totais com a saúde em geral. Um pouco por todo o mundo, verifica-se que os investimentos dos países no campo da saúde continuam a negligenciar as perturbações mentais e comportamentais, relativamente às demais doenças, com impactos económicos para os doentes e suas famílias (OMS, 2001a). Neste sentido, a OMS (2001a) alerta para os reflexos de tais perturbações nas comunidades e na sociedade em geral, com custos associados aos tratamentos e as implicações económicas para os governos. A OMS propõe que estes custos sejam avaliados e, consequentemente, se desenvolvam estratégias de tratamento eficazes para reforçar a saúde mental através de políticas adequadas

e do desenvolvimento de serviços que apoiem o bem-estar e a saúde mental dos cidadãos (OMS, 2001a).

A problemática da saúde mental assume nos dias de hoje uma importância crescente, promovendo assim o aprofundamento do conhecimento acerca do funcionamento mental, uma vez que aí reside a base sobre a qual se formará uma compreensão mais complexa do desenvolvimento das perturbações mentais e comportamentais (OMS, 2001a). Nos últimos anos, a saúde mental ganhou um maior destaque em resultado do progresso das ciências biológicas e comportamentais. Estas, por sua vez, aperfeiçoaram a forma de compreender o funcionamento mental e desenvolveram a profunda relação que existe entre saúde mental, física e social (OMS, 2001a). Assim, atualmente é consensual o facto de considerar que as doenças mentais e físicas são influenciadas por um conjunto de fatores, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais. É ainda do conhecimento geral que as perturbações mentais afetam pessoas de todas as idades, independentemente do país onde vivam, e que causam sofrimento aos indivíduos mas também às suas famílias, tendo consequências para a comunidade e para a sociedade onde se inserem (OMS, 2001a). Embora seja conveniente separar a saúde mental da saúde física, estas estão intimamente ligadas e fazem parte de um conceito mais global de saúde. É reconhecida, assim, a influência dos fatores biológicos, psicológicos e sociais nas doenças mentais e físicas. Do mesmo modo, sabe-se que a saúde física exerce uma considerável influência sobre a saúde e o bem-estar mental (OMS, 2001a).

Ao longo da história da Psicologia, a saúde mental foi tradicionalmente conceptualizada numa perspetiva psicopatológica, por ter as suas raízes no modelo biomédico, que dominou a psicologia. Nos anos 70 do séc. XX, surgiram críticas firmes a tal modelo e surgiu a necessidade de se operar uma reorientação dos conceitos subjacentes à saúde mental. Assim, surgiram propostas claras de ação, sendo uma a de passar a considerar a saúde como um objeto epistemológico das ciências médicas, com uma relação direta com as restantes doenças (Pais Ribeiro, 2001). No que diz respeito à saúde mental, este período ficou marcado pela definição clara da relação entre as principais causas de mortalidade e morbilidade e o comportamento humano, considerado numa perspetiva abrangente que inclui para além da ação propriamente dita, os antecedentes, concomitantes e consequentes da ação, tais como expectativas, crenças, motivações, atitudes, atribuições e variáveis de referência pessoal (entre elas, autoeficiência, autoconceito e autoestima). Em particular, no caso da morbilidade, estas variáveis podem ser dependentes ou independentes das doenças, podendo ainda assumir uma relação mediacional ou moderadora entre outras variáveis (Pais Ribeiro, 2001). De acordo

com Veit e Ware (1983), esta reorientação de pensamento alterou o conceito anteriormente em voga, que considerava que as medidas de avaliação de saúde mental possuíam características heterogêneas que incluíam as medidas dos sintomas psicossomáticos e físicos, do estado funcional, de outros problemas de saúde, das preocupações e hábitos de saúde a par de construtos psicológicos como sintomas de ansiedade e depressão. A partir deste período, as medidas de saúde mental passaram a focar-se mais intensamente em sintomas como a ansiedade e a depressão que, em geral, representam a evidência mais expressiva de *distress* psicológico (Pais Ribeiro, 2001).

Na psicopatologia, a ansiedade e a depressão são constituintes determinantes de um vasto leque de doenças mentais. De acordo com Brown et al (1998), no que concerne às perturbações da ansiedade, o DSM II (Diagnostic and Statistic Manual, da American Psychiatric Association, 1968) inclui três categorias relevantes, ao passo que a versão do DSM-IV (1994) já inclui 12 categorias. Torna-se assim evidente que a ansiedade e a depressão são difíceis de diferenciar empiricamente. Clark e Watson (1991) propuseram assim um modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. A primeira, designada por *distress* ou afeto negativo, inclui sintomas relativamente inespecíficos que são experimentados quer por indivíduos deprimidos como ansiosos e incluem ainda humor deprimido e ansioso bem como a insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração. Para além deste fator inespecífico, as restantes estruturas são a ansiedade e a depressão, incluindo na ansiedade a tensão somática e hiperatividade e na depressão a anedonia e a ausência de afeto positivo. A materialização deste modelo resultou na construção de medidas tais como a escala *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)* de Lovibind e Lovibond (1995a), designada em português por Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS).

Estes autores desenvolveram uma escala que se propunha a incluir a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, satisfazendo padrões elevados para os critérios psicométricos e fornecendo uma discriminação máxima entre os dois construtos. No entanto, o estudo desta escala relevou um outro fator que incluía os itens menos discriminativos destas duas dimensões, tais como a dificuldade em relaxar, a tensão nervosa, a irritabilidade e a agitação. Este novo fator foi assim denominado de “*stress*” (Pais Ribeiro et al, 2004).

De acordo com a EADS, as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, isto é, assume-se que as diferenças na depressão, ansiedade e *stress*

experimentadas por sujeitos normais e com perturbações cingindo-se essencialmente a diferenças de grau. Segundo esta escala, a classificação dimensional atinge cinco posições, entre “normal” e “muito grave” (Pais Ribeiro et al, 2004). Os autores desta escala caracterizam a depressão essencialmente pela perda de autoestima e motivação, estando associada com a perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo, ao passo que o *stress* sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão (Pais Ribeiro et al, 2004).

2.1.1. Depressão

De acordo com Winokur (1981, cit in Veigas e Martinho, 2009), a depressão, também denominada de perturbação depressiva major, define-se como um estado mental e físico caracterizado por uma mudança de humor do indivíduo. Frequentemente verificam-se uma ou mais das seguintes características num indivíduo deprimido: infelicidade, tristeza, desencorajamento, irritabilidade, receio, desânimo, abatimento e falta de esperança (Veigas & Martinho, 2009).

Uma pessoa deprimida caracteriza-se essencialmente pela incapacidade que sente para a vida em geral ou, em particular, em relação ao trabalho e ambiente familiar e social, podendo atingir diferentes graus de acordo com a gravidade da depressão (Vaz Serra, 1994).

Segundo o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), a perturbação depressiva major apresenta um diagnóstico onde o indivíduo manifesta, por um período de pelo menos duas semanas, cinco das seguintes características: humor depressivo, alterações de apetite, agitação ou lentidão psicomotora, desvalorização ou culpa, pensamentos recorrentes acerca da morte, perda de prazer, alterações do sono, fadiga ou perda de energia e diminuição da concentração ou indecisão.

No que diz respeito às causas da depressão, Wetzel (1984) defende que estas podem ser exógenas ou endógenas. Este autor evidencia os sintomas da depressão em quatro grandes áreas de avaliação:

- Afetiva – humor eufórico, medo, ódio, culpa, desânimo e irritabilidade;

- Cognitiva – visão negativa de si, do mundo e do futuro, crenças irracionais, ideias de morte e suicídio, baixa autoestima, indecisão, lentidão ou fraca concentração cognitiva, desinteresse em atividades, pessoas e prazeres;
- Atividade comportamental – dependência, submissão, fraca assertividade, fraca aptidão comunicacional, inatividade, aparência descuidada, lentidão motora e respostas motoras agitadas;
- Funcionamento físico – pouca energia, fraqueza, fadiga, insónias ou hipersónias, perda ou ganho de peso, distúrbios alimentares, indigestão, constipação, diarreia, náuseas, problemas sexuais, lentidão ou agitação de reflexos psicomotores, dores musculares e enxaquecas (Veigas & Martinho, 2009).

Em suma, a depressão pode ser entendida como um construto psicológico global, no qual se integram diversos aspetos distintos e interligados entre si, que afetam os indivíduos nas suas atitudes, comportamentos e/ou atividades (Veigas & Martinho, 2009).

2.1.2. Ansiedade

Não obstante as definições apresentadas por Lovibond e Lovibond, outros autores caracterizaram de modo distinto a ansiedade. De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), a definição de perturbação de ansiedade abrange diferentes tipos de perturbações, das quais se destacam os ataques de pânico, agorafobia, fobia específica e especial, perturbação obsessiva compulsiva, perturbação de *stress* pós-traumático, perturbação aguda do *stress*, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação de ansiedade secundária a um estado físico geral. Das citadas anteriormente, a que melhor se relaciona com a escala de ansiedade definida pela escala de EADS-42 é a perturbação de ansiedade generalizada. Esta é caracterizada por uma preocupação exagerada em relação a um conjunto de acontecimentos ou atividades que ocorre em mais de metade dos dias, associada a uma dificuldade em controlar essa preocupação. Neste estado, os indivíduos sentem cumulativamente pelo menos três dos seguintes sintomas: agitação, nervosismo ou tensão interior; fadiga fácil; dificuldade de concentração; irritabilidade; tensão muscular; e perturbações no sono, interferindo na vida do indivíduo a nível social, ocupacional ou outros.

Considerando uma abordagem cognitiva, Andrade e Gorenstein (1998) abordam a ansiedade numa conceção dualista, diferenciando ansiedade-traço de ansiedade-estado. Segundo estes autores, a ansiedade-estado tem um carácter transitório, sendo caracterizada por

sentimentos desagradáveis, conscientemente percebidos de tensão e apreensão. Salientam ainda um aumento de atividade no sistema nervoso autónomo. Relativamente à ansiedade-traço, esta insere-se mais nas características da personalidade do sujeito (considerada mais estável), o que se manifesta por uma reação mais célere a situações percebidas como ameaçadoras, intensificando os estados de ansiedade.

A este propósito, Batista e Oliveira (2005) referem-se à ansiedade como uma inquietação que pode ser traduzida em manifestações fisiológicas tais como agitação ou hiperatividade; ou ainda manifestações cognitivas, de onde se destacam a atenção e vigilância redobrada a determinados aspetos do meio (Batista & Oliveira, 2005).

Por seu lado, Montgomery (1993) define ansiedade como uma sensação de mal-estar interior e de apreensão, acompanhada por um conjunto de manifestações físicas e mentais. Para este autor, a ansiedade consiste numa experiência subjetiva comum no dia-a-dia dos indivíduos, podendo estar presente em maior ou menor grau consoante as situações. No entanto, existe um nível a partir do qual a ansiedade se torna patológica, assumindo uma posição dominadora e, por vezes, paralisante ou bloqueadora de pensamentos e comportamentos (Montgomery, 1993).

A ansiedade é assim um construto psicológico amplo, manifestado de forma distinta pelos indivíduos que a apresentam, podendo ser sentida de diferentes formas e em diversos graus de intensidade de acordo com as características individuais de cada pessoa (Montgomery, 1993).

2.1.3. Stress

O *stress*, considerado como um estado emocional ou afetivo, pode ser definido de acordo com Keefe (1988 cit in Veigas & Martinho, 2009) como um conjunto de mudanças internas dos indivíduos, que os próprios reconhecem como sendo potencialmente ameaçadoras do seu bem-estar. Este estado envolve respostas fisiológicas ao nível dos comportamentos observáveis, bem como sentimentos subjetivos de desconforto (Auerbach & Gramling, 1998).

De acordo com a definição do DSM-IV-TR (APA, 2002), o fator de *stress* pode acontecer isoladamente (ex. numa rutura afetiva) ou englobado num conjunto de fatores (ex. graves dificuldades nos negócios), podendo ser recorrentes (por ex. associados a crises

sazonais) ou contínuos (ex. habitar em zonas de elevada criminalidade). De acordo com a sua origem, os fatores de *stress* podem ser divididos em psicoemocionais (ex. frustração), físicos (ex. doença somática) ou biológicos (ex. má nutrição) (Veigas & Martinho, 2009).

Outros autores consideram que o *stress* pode ser originado por fontes internas ou externas (Lipp & Tanganeli, 2002). Esta definição aponta para a consideração de que não é tanto o acontecimento em si que é stressante, mas sim a forma como este é interpretado pelo indivíduo, o que remete para a ideia de capacidade cognitiva adaptativa (ou inadaptativa).

Experiências efetuadas a este nível apontam para o *stress* como um síndrome específico, induzido de forma não específica. Hans Selye (1935, cit in Veigas & Martinho, 2009) designou este fenómeno de “síndrome geral de adaptação”, isto é, existe uma reação fisiológica ao *stress* que intervém ao nível do organismo, englobando três fases de *stress* crescente: alarme, resistência e esgotamento. Na primeira fase, o alarme, há uma estimulação do organismo para a sua defesa, desencadeada pelo impacto do agente stressante. Na fase da resistência (segunda fase), o agente de *stress* mantém-se, pelo que o organismo procura recuperar a energia perdida e reparar os danos causados. Finalmente, no esgotamento, o organismo não consegue dominar e gerir o *stress* pelo que há uma diminuição da resistência. O indivíduo pode então revelar respostas distintas ao *stress*, assim como energia e capacidade de resistência distinta (Veigas & Martinho, 2009).

Deste modo, o conceito de *stress* pode ser considerado, numa dimensão alargada, como um conjunto de diversos sintomas que potencialmente são ameaçadores para o bem-estar dos indivíduos, podendo atingir variações distintas consoante os estímulos internos ou externos (Veigas & Martinho, 2009).

2.2. Qualidade de Vida

O termo “qualidade de vida” foi empregue pela primeira vez pelo presidente dos EUA Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.*” (Canavarro et al, 2010).

Este conceito era há muito discutido entre cientistas sociais, filósofos e políticos, sendo impulsionado pelo crescente desenvolvimento tecnológico da medicina. Numa visão médica, a preocupação com a “qualidade de vida” passou assim a ter como base a valorização

de parâmetros mais abrangentes do que simplesmente o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

Neste sentido, a avaliação da qualidade de vida foi sendo acrescentada em ensaios clínicos como um parâmetro a ser tido em consideração para avaliar a eficácia e a segurança associadas ao tratamento. As áreas da medicina, em particular a oncologia, viram-se assim confrontadas com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes, deixando de parte o paradigma de acrescentar “anos de vida” aos pacientes mas sim de dar “vida aos anos” (Bech, 1995).

No entanto, a definição de “qualidade de vida” não foi consensual, não constando da maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para a sua avaliação (Gill & Feinstein, 1994 cit in Fleck, 1998). Este termo encontrava-se normalmente relacionado com a saúde, contendo uma avaliação subjetiva do paciente e estava necessariamente ligado ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Segundo Bullinger e colaboradores (1993, cit in Fleck, 1998) o termo qualidade de vida abrange um âmbito mais geral e inclui uma variedade de condições que podem afetar a perceção do indivíduo, os seus sentimentos, comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário e ainda, não limitativamente, a sua condição de saúde e intervenções médicas.

Um dos estudos de referência, pioneiro neste âmbito, intitula-se “*Quality of Life of American People*” (Campbell & Rodgers, 1976 cit in Fleck, 1998) onde os autores assumem a complexidade da medida e esclarecem que, para “conhecer a experiência de qualidade de vida, será necessário ir diretamente ao próprio indivíduo para que ele descreva como sente a sua vida”, isto é, aquilo que os indivíduos percecionam sobre a sua própria vida ao invés do que os especialistas (políticos, sociólogos, médicos, psicólogos) percebem ou sentem sobre a vida dessas pessoas.

Os estudos iniciais sobre a qualidade de vida procuraram identificar os domínios decisivos neste âmbito. Neste sentido, Campbell e colaboradores (1976 cit in Fleck, 1998) identificaram 12 domínios ou dimensões relevantes: comunidade, educação, vida familiar, amizades, saúde, habitação, casamento, nação, vizinhança, *self*, padrão de vida e trabalho. Outro estudo desenvolvido por Flanagan (1982 cit in Fleck, 1998), utiliza um método distinto para identificar domínios semelhantes: conforto material, saúde e segurança pessoal; relações familiares; ter e criar filhos; relações de proximidade com a esposa ou parceiro sexual; amizades íntimas; ajudar e encorajar os outros; participar em assuntos de governos locais;

aprender, ir à escola, aumentar o conhecimento, aumentar o conhecimento sobre si mesmo e conhecer os seus pontos fortes e limitações; trabalhar em algo que seja interessante, que tenha mérito e que seja recompensador; expressar-se de uma forma ativa; socializar com os outros; ler, ouvir música, ver desporto ou outros entretenimentos; participar em recreação ativa. Em qualquer dos casos, a saúde constitui um dos domínios considerados importantes. Nos casos particulares apresentados, esta era destacada como o domínio que melhor expressava a qualidade de vida (Pais Ribeiro, 2002).

Cramer (1994) considera que a qualidade de vida é um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou incapacidade; Leidy, Revicki e Genesté (1999) definem a qualidade de vida como a perceção subjetiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios que são importantes para o indivíduo; para Calman (1984), representa a diferença entre as expectativas pessoais e o que realmente está a acontecer na vida dos indivíduos. Os exemplos referidos demonstram claramente a dificuldade de obter um consenso no que a este conceito diz respeito.

Bowling e Windsor (2001) afirmam que os conceitos de qualidade de vida, bem-estar e felicidade são muitas vezes indistintos e confusos entre si. De acordo com Horley (1984 cit in Pais Ribeiro, 2002) o bem-estar subjetivo define-se como um estado no qual o indivíduo se sente feliz, saudável e afortunado; ou, no mínimo, tem a crença de o ser. Após alguma crise inicial na definição do conceito, chegou-se a um consenso no qual se inclui uma dimensão cognitiva onde existe um juízo avaliativo, normalmente exposto em termos de satisfação com a vida, e uma dimensão emocional positiva ou negativa, expressa de modo global através da felicidade do indivíduo ou de modo específico através das emoções (Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

Não obstante, cada um dos domínios que a constituem, a qualidade de vida pode ser estudado por si só: é possível analisar em particular a qualidade de vida no trabalho, a qualidade de vida familiar ou a qualidade de vida na saúde. No contexto específico da saúde, este conceito é frequentemente referido com o termo inglês *Health Related Quality of Life* (HRQOL) – qualidade de vida relacionada com a saúde (Pais Ribeiro, 2002).

Os esforços para avaliar a qualidade de vida iniciaram-se nos anos 60, com o relatório da *Commission on Natural Goals*, do presidente americano Eisenhower. Este relatório referia diversos indicadores sociais e ambientais, tais como a educação, o crescimento económico, a saúde e o bem-estar (Pais Ribeiro, 2002).

Uma das primeiras escalas de medição da qualidade de vida, assumida como tal, foi o desenvolvimento da técnica de avaliação da funcionalidade por Karnofsky, designada por Karnofsky Performance Status (KPS) (Karnofsky, et al. 1948 cit in Pais Ribeiro, 2002). Esta medida é baseada na observação da funcionalidade, efetuada pelo clínico. Devido ao seu grande uso na área da saúde, em particular na oncologia, esta escala atingiu o estatuto de “*gold-standard*” para a medição da realização física em oncologia clínica (Schaafsma & Osoba, 1994 cit in Pais Ribeiro, 2002).

Hyland (1992) afirma que a qualidade de vida pode ser abordada de dois pontos de vista distintos: “abordagem multifacetada” e “abordagem processual-causal”. A primeira, referida como a abordagem tradicional médica, consiste na agregação de vários indicadores de saúde de alargado consenso, relativamente independentes e sem uma ligação clara entre eles. Nesta abordagem, a qualidade de vida é entendida como um resultado independente de dados de morbilidade e de mortalidade, isto é, a qualidade de vida e a morbilidade são analisadas como variáveis dependentes mas sem relação direta entre elas.

A segunda abordagem descreve a qualidade de vida como uma sequência causal, que resulta de interações entre fatores psicológicos e a morbilidade. Em oposição à primeira, a abordagem processual-causal assume que a qualidade de vida deverá ser afetada pela morbilidade e, como tal, correlacionada com ela. Uma vez que a qualidade de vida é afetada por fatores psicológicos, a sua avaliação deve representar algum tipo de interações causais entre aspetos psicológicos e morbilidade (Pais Ribeiro, 2002).

Outros autores propõem modelos distintos para a avaliação da qualidade de vida dos indivíduos. Spilker (1990 cit in Pais Ribeiro, 2002) sugere um modelo onde os aspetos clínicos, bem como outros relacionados com o tratamento dos pacientes (aspetos como a segurança, eficácia, reações adversas ao tratamento, etc.) são filtrados pelos valores, crenças e julgamentos do indivíduo, resultando assim na sua perceção da qualidade de vida. Por outro lado, Ormel (1997 cit in Pais Ribeiro, 2002) defende que os sintomas e limitações funcionais, que implicam constrangimentos nas capacidades dos pacientes e nas suas atividades e recursos usuais, têm efeitos negativos da sua qualidade de vida. Segundo este modelo, o aumento das dificuldades e a consequente redução dos meios comportamentais para alcançar objetivos conduzem à diminuição da qualidade de vida dos indivíduos (Pais Ribeiro, 2002).

No que diz respeito aos instrumentos de medida da qualidade de vida, estes distinguem-se essencialmente em medidas de avaliação geral, que são passíveis de ser

aplicadas a qualquer indivíduo saudável ou doente, seja qual for o tipo de doença; ou instrumentos específicos que medem apenas a qualidade de vida aplicada a uma doença específica (como seja, por exemplo, o HIV) (Pais Ribeiro, 2002).

Por outro lado, existem instrumentos multidimensionais de medição, que fornecem uma nota global, baseados na ideia de que a qualidade de vida é multifatorial, isto é, cada fator tem por si só um valor concreto. Deste modo, a avaliação deve fornecer uma nota para cada fator, podendo também indicar uma nota global (Pais Ribeiro, 2002).

Sendo a qualidade de vida discutida em diferentes contextos, que adotam definições distintas e recorrem a diferentes métodos de avaliação, a Organização Mundial de Saúde (Orley & WHOQOL Group, 1994) depois de promover uma investigação aprofundada e multidisciplinar com o intuito de esclarecer definitivamente este conceito, definiu-o como sendo a perceção individual da posição pessoal na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores, bem como no que diz respeito aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Do conjunto de medidas gerais existentes, a medida desenvolvida pela OMS será a mais representativa, uma vez que pretende servir uma larga parte da comunidade mundial ao mesmo tempo que representa o reconhecimento universal por este tipo de medida. Esta medida, designada por WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) consiste num questionário traduzido em 15 idiomas, que pode conter um conjunto de 100 questões (WHOQOL-100) ou, numa versão mais reduzida, 26 questões (WHOQOL-BREF). O questionário total inclui dois itens que avaliam diretamente a perceção de qualidade de vida e saúde e ainda seis áreas distintas de avaliação da qualidade de vida dos indivíduos: saúde física, psicológica, níveis de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade. Este questionário inclui 24 facetas, cada uma delas avaliada com quatro questões (Pais Ribeiro, 2002).

Dado que a aplicação de um questionário de 100 perguntas poderá constituir uma sobrecarga para os indivíduos, o WHOQOL-BREF pretende ser uma versão simplificada da versão total, que reduza a dificuldade de resposta para o doente (Pais Ribeiro, 2002). As facetas identificadas avaliadas no WHOQOL-BREF são divididas em quatro domínios principais (domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente) e ainda um domínio geral (idêntico à versão global). Para a definição das questões da versão abreviada, foram compilados dados de origem de 20 centros de aplicação desta metodologia em 18

países distintos. Cada um destes domínios pretende avaliar a qualidade de vida em parâmetros distintos, discriminando os aspetos físicos, psicológicos, relacionais e do meio ambiente inerentes à avaliação da qualidade de vida dos indivíduos (Fleck et al, 2000).

Historicamente, o termo bem-estar esteve associado ao conceito económico de riqueza, sendo considerado bem-estar material a posse de rendimentos elevados. No entanto, ao longo do tempo esta dimensão foi-se separando do conceito de bem-estar. Para além dos recursos materiais, o bem-estar é influenciado por outros aspetos que determinam a qualidade de vida, como sejam a saúde, as relações interpessoais, a liberdade de expressão ou a satisfação com o trabalho (Van Praag & Frijters, 1999).

De acordo com Galinha e Pais Ribeiro (2005), o bem-estar subjetivo define-se como uma dimensão positiva da saúde, sendo considerado por um lado um conceito complexo que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva; e por outro, uma área de estudo que integra conceitos como a qualidade de vida, o afeto positivo e o afeto negativo. Este conceito, considerado relativamente recente, tem sido alvo de inúmeros estudos e interesse por parte da Psicologia, sendo que os mesmos reiteram a sua complexidade e o seu enraizamento com outras áreas.

A definição do conceito de bem-estar tal como a conhecemos hoje foi inicialmente proposta por Wilson (1960) (Diener et al, 1999 cit in Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Este autor diferencia duas hipóteses distintas para o estudo do bem-estar: a perspetiva *Bottom Up* e a perspetiva *Top Down*. Na primeira, Wilson (1960) descreve que a satisfação imediata de necessidades resulta na felicidade, ao passo que a persistência de necessidades insatisfeitas provoca infelicidade. Na segunda, o autor define que o grau de satisfação que é necessário para atingir a felicidade está diretamente relacionado, entre outros, com a adaptação ou nível de aspiração influenciados pela experiência passada, bem como pelos valores pessoais, comparação do indivíduo com outros.

Os diversos estudos sobre o tema têm vindo a enraizar a ligação do conceito de bem-estar subjetivo com a saúde mental. As diversas definições apresentadas sobre o conceito de saúde mental vinculam que esta está para lá da ausência de perturbações mentais, e inclui dimensões positivas como o bem-estar subjetivo, a autonomia, a perceção de auto-eficácia ou a competência, entre outros (OMS, 2001b).

De acordo com Diener, Suh, & Oishi, (1997, cit in Galinha & Pais Ribeiro, 2005) o bem-estar subjetivo pode ser enquadrado como uma dimensão da saúde mental. Este conceito de bem-estar permitiu construir medidas que avaliem os indicadores da saúde mental de uma forma mais precisa, analisando variáveis como a satisfação com a vida, a felicidade, o afeto positivo e o afeto negativo.

No entanto, a visão de Sirgy (2002, cit in Galinha & Pais Ribeiro, 2005) aponta para o conceito de bem-estar subjetivo como parte integrante da avaliação da qualidade de vida. Este autor considera a satisfação com a vida, o afeto positivo e negativo, a felicidade e o bem-estar subjetivo como aspetos subjetivos da qualidade de vida.

2.3. Caracterização do local de estudo

Dada a sua importância, esta investigação tem como objetivo geral o de analisar de forma exploratória a saúde mental e a qualidade de vida da população da cidade da Horta, na ilha do Faial, Açores.

A cidade da Horta situa-se na costa Sudeste da Ilha do Faial, no Arquipélago dos Açores. A sua população ronda os 7.000 habitantes, representando perto de metade da população total da ilha (15.038 habitantes) (Censos 2011). A cidade é composta por três freguesias, Angústias, Matriz e Conceição, que ocupam uma área total de 8,48km² (Câmara Municipal da Horta, 2011). O clima na Horta é temperado, tendo como temperaturas médias os 13° C durante o período de Inverno e os 24°C durante o período de Verão. Esta cidade apresenta valores de humidade relativa do ar na ordem dos 80%, com um valor de pluviosidade anual de 975 mm (estes valores referem-se ao ano civil de 2010) (Climate Global Warming and Daylight Charts and Data, 2011).

A nível de acessibilidades, a Horta possui um Aeroporto Internacional que se localiza na periferia da cidade, sendo que a ligação entre estes pode ser feita por uma via rápida. Este aeroporto possui ligações regulares e diretas de e para Lisboa e inter-ilhas. A Horta possui ainda dois portos, um deles para receber embarcações de pesca e transporte de mercadoria comercial e outro para receber embarcações de transporte de passageiros de pequena e grande dimensão, onde se destaca a ligação com a Ilha do Pico e de S. Jorge durante todo o ano e com as restantes ilhas durante o período de Verão. A cidade da Horta possui ainda uma das marinas mais visitadas do mundo por iates e outras embarcações de recreio. A nível de transportes públicos a cidade da Horta possui uma carreira de *Minibus* que percorre todos os

pontos da cidade e possui uma carreira de autocarro que liga a cidade da Horta a todos os pontos da ilha do Faial. Esta ligação terrestre é feita através de uma Estrada Regional (E.R.1-1ª) que liga todos as freguesias da ilha (Câmara Municipal da Horta, 2011).

A nível de serviços públicos fornecidos à população, podemos incluir um Hospital com diversas valências na área da saúde, um Centro de Saúde, um Tribunal, uma loja da Rede Integrada de Apoio ao Cidadão, uma Biblioteca Municipal, uma esquadra da P.S.P, uma esquadra da G.N.R, um quartel militar, um quartel dos Bombeiros Voluntários, um Observatório Meteorológico, para além de delegações das mais diversas Secretarias do Governo Regional. A cidade da Horta é ainda a sede do Parlamento Regional dos Açores e do Departamento de Oceanografia e Pescas da Universidade dos Açores (CMH, 2011).

A Horta possui uma grande superfície comercial, um mercado municipal e diversos minimercados e mercearias. A atividade comercial centra-se maioritariamente no comércio tradicional, no têxtil e calçado e na alimentação (CMH, 2011).

Na cidade da Horta existem diversos clubes desportivos que proporcionam aos habitantes a possibilidade de praticar desportos como o andebol, o futebol e a vela entre outros. Os habitantes da Horta podem também usufruir da prática de atividade física através de dois ginásios existentes no centro da cidade e um na periferia (CMH, 2011).

Esta cidade possui diversos espaços, como jardins, parques infantis e duas praias que servem a população para atividades de lazer (CMH, 2011).

As principais áreas de empregabilidade da cidade dividem-se entre os serviços públicos, o comércio tradicional, a atividade piscatória, a agricultura, a saúde e a educação (CMH, 2011).

3. Método

Nesta investigação, tem-se como objetivos específicos:

- Identificar os níveis de saúde mental e qualidade de vida da população da Horta e em que medida as variações das mesmas se relacionam com alguns dados sociodemográficos;
- Descrever os níveis de saúde mental, mais concretamente os níveis de depressão, ansiedade e *stress* nos cidadãos da Horta;
- Descrever os níveis de qualidade de vida nos cidadãos da Horta.

A dimensão do bem-estar subjetivo é avaliada de forma abrangente, uma vez que este conceito está intimamente ligado por um lado à saúde mental e por outro à qualidade de vida. Assim, o mesmo foi considerado parte integrante da saúde mental e qualidade de vida da população amostrada, não sendo analisado em separado.

Para a concretização dos objetivos propostos no ponto anterior recorreu-se à realização de um inquérito por questionário aplicado a uma amostra de indivíduos maiores de dezoito anos e residentes na cidade da Horta.

3.1. Participantes

Participaram neste estudo 807 indivíduos residentes na cidade da Horta, que deveriam ter mais do que 18 anos de idade como critério de inclusão.

Neste estudo foram aplicados 807 protocolos, sendo que apenas 2 não foram validados por falta de preenchimento em mais de 20% dos itens. Dos 805 inquiridos com protocolo validado, 344 são do sexo masculino, correspondendo a uma percentagem de 42,73%; e 461 são do sexo feminino, correspondendo a uma percentagem de 57,27%, como se pode observar na Tabela 1:

Tabela 1: Distribuição da população de acordo com o género

Total	Género	
	Masculino	Feminino
805	344	461
%	42,73	57,27

No que diz respeito à distribuição da população amostrada por idades, a média deste estudo é sensivelmente de 38 anos, apresentando um desvio padrão de 12 anos. A população amostrada foi dividida de acordo com os grupos etários discriminados na Tabela 2.

Tabela 2: Discriminação da população de acordo com o grupo etário

Idade	18-25	26-35	36-50	51-64	65+
Nº indivíduos	147	227	277	133	21

A maioria da população distribuiu-se pelas faixas etárias dos 26 aos 35 anos e dos 36 aos 50 anos, contendo um total de 554 indivíduos, numa população total de 805.

Analisando a amostra no que se refere aos níveis de escolaridade, verifica-se que não foram encontrados indivíduos que não soubessem ler nem escrever, motivo pelo qual foi descartada esta hipótese. Os resultados da amostra no que toca à sua escolaridade estão espelhados na Tabela 3.

Tabela 3: Discriminação da população de acordo com o nível de escolaridade

	Sabe ler/escrever	1º - 4º ano	5º - 6º ano	7º - 9º ano	10º - 12º ano	Estudos Universitários	Formação Pós Graduada	Total
Nº indivíduos	3	60	26	140	339	198	39	805
%	0,37	7,45	3,23	17,39	42,11	24,60	4,84	100

Tendo em conta os resultados da tabela anterior, verifica-se que apenas 3 indivíduos afirmam saber ler/escrever, correspondendo à fatia mais reduzida da população. A maioria da população amostrada (42,11%) tem a escolaridade ao nível do ensino secundário, seguindo-se os estudos universitários com 24,60% da população e do 7º ao 9º ano, com 17,39%.

No que se refere aos dados relativos ao estado civil dos indivíduos que compõe a amostra deste estudo, os resultados vêm descritos na Tabela 4.

Tabela 4: Discriminação da população de acordo com o estado civil

	Solteiro/a	Casado/a	União de facto	Separado/a	Divorciado/a	Viúvo/a	Total
Nº indivíduos	270	397	67	14	46	11	805
%	33,54	49,32	8,32	1,74	5,71	1,37	100

Verifica-se que quase metade da população amostrada é casada (49,32%), representando os solteiros 33,54%. Os indivíduos separados e viúvos representam uma percentagem muito pequena, sendo no total 3,11% da população.

Aos inquiridos foi perguntado se no momento da aplicação do questionário estavam doentes, sendo que 5,59% (46 indivíduos) responderam afirmativamente 94,41% (760 indivíduos) responderam negativamente. Das doenças apontadas pelos indivíduos que responderam positivamente, destacam-se como mais apontadas a diabetes (5 indivíduos), problemas de ossos (5 indivíduos), hipertensão (5 indivíduos) e problemas de coluna (5 indivíduos). Adicionalmente, 3 inquiridos revelaram ter depressão. Os problemas associados ao colesterol foram descritos por 2 indivíduos, bem como os problemas de joelhos, deficiência física ou motora, leucemia crónica e problemas de tiróide. Apenas um indivíduo descreveu cada uma das doenças que se seguem: amigdalite, gripe, apneia do sono, asma, alergias, doença bipolar, neoplasia do pulmão, doença autoimune, problemas de sangue, problemas de coração, problemas de rins, *espondilite anquilosante* e *lúpus*.

Considerando a categoria profissional em que se inserem os indivíduos inquiridos, apresentam-se de seguida os resultados de acordo com as classes profissionais do INE (INE, 2011). A estas categorias foram adicionados três grupos: estudantes, desempregados e reformados, como se pode observar na Tabela 5.

Tabela 5: Discriminação da população de acordo com as categorias profissionais

Categoria Profissional	Nº indivíduos	%
Quadros Superiores	18	2,24
Intelectuais e Científicos	232	28,82
Nível intermédio	108	13,42
Administrativos	125	15,53
Serviços/Vendedores	113	14,04
Agricultura/Pescas	2	0,25
Operários/artífices	12	1,49
Operadores de máquinas	3	0,37
Não qualificados	51	6,34
Estudantes	82	10,19
Desempregados	23	2,86
Reformados	36	4,47
Total	805	100

Tendo em conta a categoria profissional da amostra, as profissões do grupo Intelectual e Científico correspondem à maior fatia, com 28,82% dos indivíduos, seguindo-se as Funções Administrativas (15,53%), os Serviços/Vendedores (14,04) e o Nível Intermédio (13,42). De salientar que apenas 2 indivíduos correspondem ao grupo da Agricultura/Pescas, sendo apenas 3 os Operadores de instalações e máquinas e Trabalhadores da Montagem.

3.2. Instrumentos

Utilizou-se como método de estudo a aplicação de um protocolo composto por duas partes, sendo a primeira constituída por questões de carácter sociodemográfico retirado do Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e a segunda por dois questionários: o Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e pela escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS – 42).

Para avaliar as características individuais dos sujeitos que compõem a amostra do estudo, foi utilizado o questionário sociodemográfico do WHOQOL-BREF que contém variáveis como o sexo, data de nascimento, escolaridade, profissão, estado civil e questões de cariz pessoal (ex: Se atualmente está doente?/ Que tipo de doença?/ Há quanto tempo?/ Qual o regime de tratamento). Adicionalmente dá-se a oportunidade à pessoa de deixar algum comentário ao estudo realizado.

Para avaliar a saúde mental foi utilizado a escala EADS-42 de Lovibond e Lovibond (1995b) na sua adaptação para a população portuguesa. Na base desta escala está o modelo tripartido de Watson (1991, cit in Pais-Ribeiro et al, 2004) em que os sintomas de Depressão e Ansiedade se agrupam em três estruturas básicas, sendo elas: afeto negativo (com sintomas responsáveis pela forte associação entre as medidas de depressão e ansiedade), tensão somática e hiperatividade (específicas da ansiedade) e anedonia e ausência de afeto positivo (específicos da depressão).

Esta escala propõe-se a avaliar os estados afetivos de depressão, ansiedade e *stress*, sendo constituída por 42 itens, em que cada um é uma frase que remete para sintomas emocionais negativos. É pedido ao sujeito que responda se a afirmação presente se aplicou ao mesmo “na última semana”.

Em cada uma destas frases existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas em forma de escala tipo Likert. De uma forma geral Lovibond e Lovibond (1995b) definem

cada uma das dimensões da seguinte forma: a depressão caracteriza-se principalmente pela perda da autoestima e motivação e está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam relevantes para o indivíduo como pessoa. O *stress* refere-se a estados de excitação e tensão persistentes, com um baixo nível de frustração e desilusão. A ansiedade remete-nos para as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e as respostas intensas de medo. Os indivíduos a quem é passada a prova avaliam a extensão em que experienciaram cada sintoma durante a última semana numa escala de quatro pontos de frequência (Pais-Ribeiro et al, 2004).

- “ Não se aplicou nada a mim”;
- “Aplicou-se a mim algumas vezes”;
- “Aplicou-se a mim muitas vezes”
- ”Aplicou-se a mim a maior parte do tempo”

A cada categoria de resposta corresponde mais um ponto do que na anterior, entre um mínimo de 0 (não se aplicou nada a mim) e um máximo de 3 (aplicou-se a mim a maior parte do tempo).

A EADS-42 organiza-se em três subescalas: depressão, ansiedade e *stress*; pertencendo a cada uma delas 14 itens. Por sua vez, cada escala inclui vários conceitos, sendo eles:

- Depressão – Disforia (item 13 e item 26); Desvalorização da vida (item 21 e item 38); Desânimo (item 10 e item 37); Auto Depreciação (item 17 e item 34); Falta de Interesse ou envolvimento (item 16 e item 24); Inércia (item 5 e item 42); Anedonia (item 3 e item 31)
- Ansiedade – Excitação do Sistema autónomo (item 2 , item 4, item 19, item 23 e item 25); Efeitos Músculo Esqueléticos (item 7 e item 41); Ansiedade Situacional (item 9, item 30 e item 40); Experiências Subjetivas de Ansiedade (item 15, item 20, item 28 e item 36)
- *Stress* – Dificuldade em relaxar (item item 8, item 22 e item 29); Excitação Nervosa (item 12 e item 33); Facilmente Agitado/Chateado (item 1, item 11 e item 39); Irritável/Reação Exagerada (item 6, item 18 e item 27); Impaciência (item 14, item 32 e item 35)

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos 14 itens. Essa escala fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é 0 e o máximo é 42. Às notas mais elevadas em cada uma das escalas correspondem estados afetivos mais negativos.

Segundo o estudo efetuado pelos autores da versão portuguesa da prova, o padrão de distribuição dos itens da versão Portuguesa da DASS (EADS-42) é idêntico ao da versão Australiana, havendo assim uma equivalência conceptual entre as duas versões. Ainda, segundo os autores a validade convergente-discriminante dos itens confirma que existe uma equivalência funcional satisfatória da versão adaptada à população portuguesa e uma magnitude de valores de consistência interna bastante semelhantes à versão original.

Posto isto, tudo indica que a versão portuguesa da DASS tem boas características para ser utilizada em investigação com populações não clínicas segundo o modelo tripartido. Apesar de na generalidade, a versão portuguesa demonstrar ser bastante satisfatória no que toca à semelhança das suas propriedades com a prova original, os autores recomendam um aperfeiçoamento no que concerne à validade convergente dos itens.

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizada uma versão abreviada do questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), o questionário WHOQOL-BREF Esta versão traduzida para português de Portugal foi criada pelo grupo que estuda a qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (Vaz Serra et al, 2006; Canavarro et al., 2010) e considerada como método para este estudo uma vez que, de acordo com Vaz Serra et al (2006), a WHOQOL-BREF apresenta boas propriedades psicométricas e possui um enfoque transcultural.

A WHOQOL-BREF é uma medida multidimensional, multicultural e geral que permite a avaliação subjetiva da qualidade de vida, podendo ser utilizada em perturbações psicológicas, doenças físicas e em sujeitos da população geral. Este instrumento é constituído por 26 questões de autorresposta, duas gerais de perceção geral de qualidade de vida e perceção de saúde geral e 24 questões mais específicas, em que o individuo expressa o seu grau de concordância com as afirmações, através de uma escala de resposta do tipo Lickert de 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) estando enunciadas quer de forma negativa como de forma positiva. Três dos itens devem ser invertido aquando da sua cotação, já que estão enunciados de forma negativa. Os restantes itens devem ser interpretados de forma linear, pois as questões estão colocadas na positiva, ou seja, resultados mais elevados correspondem a valores mais elevados de qualidade de vida (Canavarro et al, 2007).

A escala é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, e por uma faceta geral de qualidade de vida. O primeiro domínio é composto por 7 itens, o segundo por 6 itens, o terceiro é composto por 3 itens e o quarto é composto pelos restantes oito itens.

Enquanto no WHOQOL-100 são avaliadas 24 facetas a partir de 4 questões cada, no WHOQOL-BREF cada faceta é avaliada por somente uma questão (Fleck et al., 2000). Existe ainda uma faceta geral de qualidade de vida que é avaliada por duas questões (item 1 e item 2), uma sobre a qualidade de vida em geral (item 1) e outra sobre a percepção geral da saúde (item 2).

É importante referir que os resultados obtidos devem ser analisados em consequência das pontuações obtidas nos quatro domínios e na faceta geral de qualidade de vida, não existindo uma pontuação total do instrumento. O resultado de cada um dos domínios é calculado através da média das pontuações obtidas através das questões que constituem cada um dos domínios, sendo esta convertida numa escala de 0 a 100 para que esta possa ser comparada com os resultados do WHOQOL-100. O resultado obtido em cada um dos domínios corresponde, portanto, à percepção individual dos inquiridos relativamente a esse domínio em particular. Quanto maior a pontuação, melhor qualidade de vida.

O WHOQOL-BREF é uma prova que está adaptada e validada para a população portuguesa, tendo os resultados dos estudos para adaptação e validação da mesma mostrado que a prova apresenta qualidades favoráveis de validade (validade discriminante, validade de construto e correlação com outros instrumentos) e de precisão (consistência interna e estabilidade temporal) (Canavarro et al, 2007; Canavarro et al, 2010).

Esta versão mostra ser bastante vantajosa, já que ao preservar cada uma das 24 facetas do instrumento original, o WHOQOL-100, consegue manter a compreensão do conceito de qualidade de vida definida pela prova original. Esta versão adequa-se a estudos onde não seja necessária a utilização de instrumentos com muitos itens. Neste estudo em particular, tal caso verificou-se, já que o número da amostra procurada era bastante elevado. Para além disso, mostra ter um excelente desempenho psicométrico.

Outro fator a favor desta prova é a sua construção baseada num conceito transcultural, multidimensional e subjetivo da qualidade de vida, o que o torna num instrumento conceptualmente bem fundamentado e que permite comparar com estudos de resultados internacionais. Uma das poucas limitações apontada pelos autores a esta prova é

alguma relativa fragilidade no que se refere à consistência interna dos domínios das relações, que se poderá justificar segundo Canavarro et al (2007) devido ao facto deste domínio se basear somente em três itens, número este relativamente menor que o número de itens dos outros domínios.

3.3. Procedimento

A recolha de dados foi realizada entre os meses de Novembro de 2011 até Março de 2012, em diversos locais da cidade da Horta.

O protocolo é composto pelo consentimento informado e pelos questionários de caracterização sociodemográfica, qualidade de vida e saúde mental. Os questionários foram distribuídos a indivíduos maiores de idade e com residência na cidade da Horta, sendo-lhes garantida a total confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

No que diz respeito à profissão dos indivíduos da amostra analisada, foram utilizadas a classificação nacional das profissões do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011). Assim, os indivíduos estão divididos de acordo com as seguintes categorias profissionais:

- Quadros Superiores - Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa;
- Intelectuais e Científicos - Especialistas das profissões intelectuais e científicas;
- Nível intermédio - Técnicos e profissionais de nível intermédio;
- Administrativo - Pessoal administrativo e similares;
- Serviços/Vendedores - Pessoal dos serviços e vendedores;
- Agricultura/Pescas - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas;
- Operários/artífices - Operários, artífices e trabalhadores similares;
- Operadores de máquinas - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;
- Não Qualificados - Trabalhadores não qualificados.

A estas categorias adicionaram-se outras três categorias: estudantes, desempregados e reformados. Esta situação prende-se com o facto de estas três categorias não estarem presentes na classificação do INE e serem da maior importância para a caracterização da amostra deste estudo.

A distribuição e recolha dos questionários foram efetuadas por uma equipa de 3 pessoas devidamente formadas e informadas para o efeito. Aquando da distribuição dos questionários, foi efetuada uma pequena descrição do âmbito e objetivos do mesmo, para além de serem explicitados todos os passos do preenchimento destes. Durante este processo foi fornecido aos participantes junto com os questionários uma caneta para o preenchimento dos mesmos.

Depois da recolha de todos os dados, foi realizada uma base de dados no programa estatístico Microsoft Excel, para uma posterior análise estatística dos dados recolhidos.

4. Descrição e Análise dos Resultados

4.1. Resultados do EADS-42

No que se refere à aplicação do questionário EADS-42, os resultados relativos à amostra total vêm expressos na Tabela 6:

Tabela 6: Resultados médios globais da aplicação da prova EADS-42

		Depressão	Ansiedade	Stress
Pop Total	Média	6,10	5,12	9,98
	Desvio Padrão	7,89	6,72	8,01
Masculino	Média	4,79	4,08	8,26
	Desvio Padrão	6,45	5,43	6,74
Feminino	Média	7,07	5,90	11,26
	Desvio Padrão	8,69	7,46	8,63

Analisando os resultados detalhadamente, é possível discriminar cada um dos sub-parâmetros que constituem a depressão, a ansiedade e o stress. Os valores relativos à Depressão vêm expressos na figura seguinte:

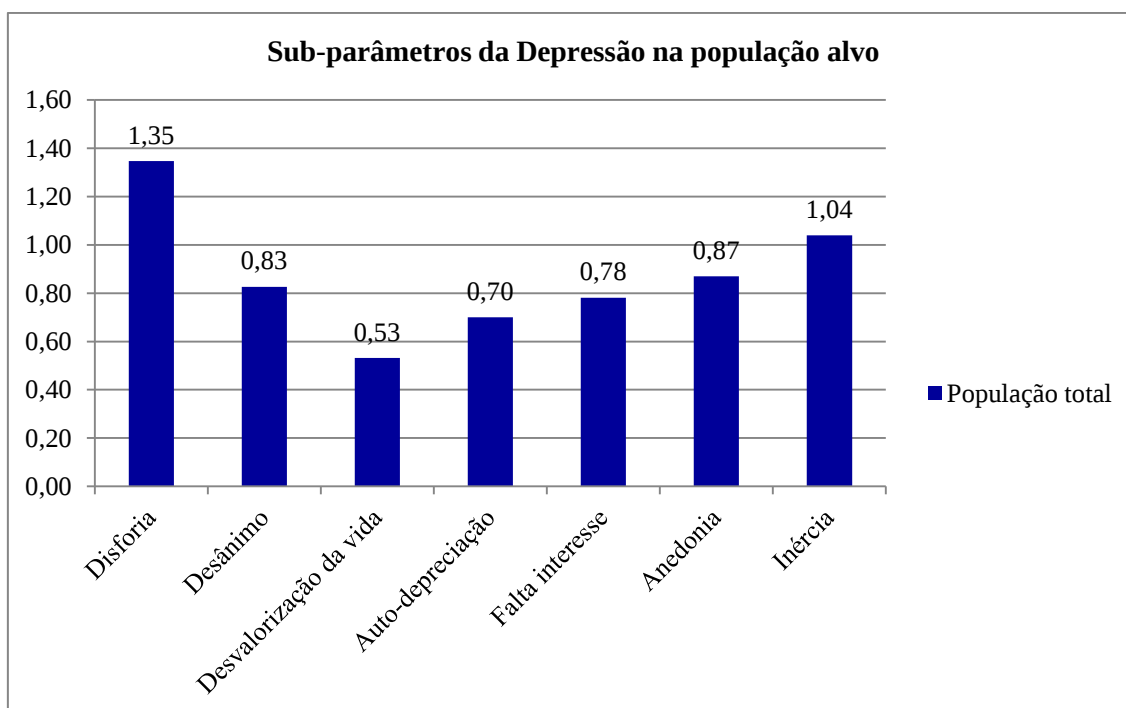


Figura 1: Sub-parâmetros da Depressão na população alvo

Como se pode observar, os valores de disforia são os que se apresentam mais elevados face aos restantes sub-parâmetros que constituem o construto de Depressão, com um valor de 1,35. Seguem-se a inércia (1,04), a anedonia (0,87) e o desânimo (0,83), sendo que o sub-parâmetro com menor valor é o da Desvalorização da Vida, com apenas 0,53.

No que diz respeito aos sub-parâmetros que constituem a Ansiedade, os resultados para a amostra populacional são os apresentados na figura seguinte:

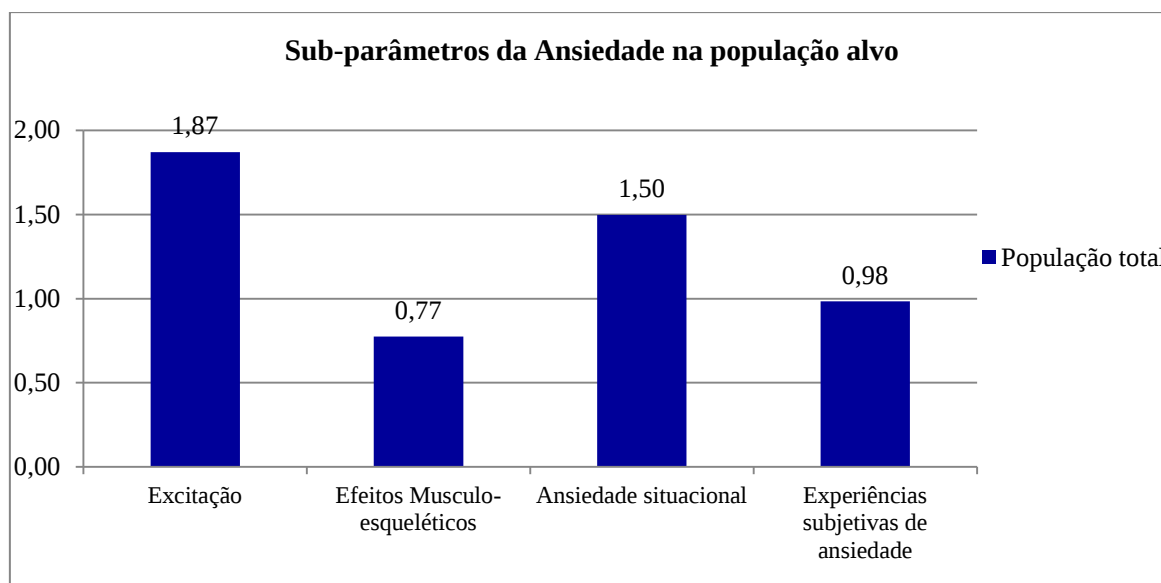


Figura 2: Sub-parâmetros da ansiedade na população alvo

Para a ansiedade, os sub-parâmetros com maior relevância são a excitação (1,87), seguida da ansiedade situacional (1,50) e das experiências subjetivas de ansiedade (0,98). Os efeitos músculo-esqueléticos, com valores de 0,77, constituem o grupo que menos contribui para os resultados globais do parâmetro Ansiedade.

No que diz respeito ao *stress*, os sub-parâmetros que o constituem podem ser analisados a partir da figura seguinte:

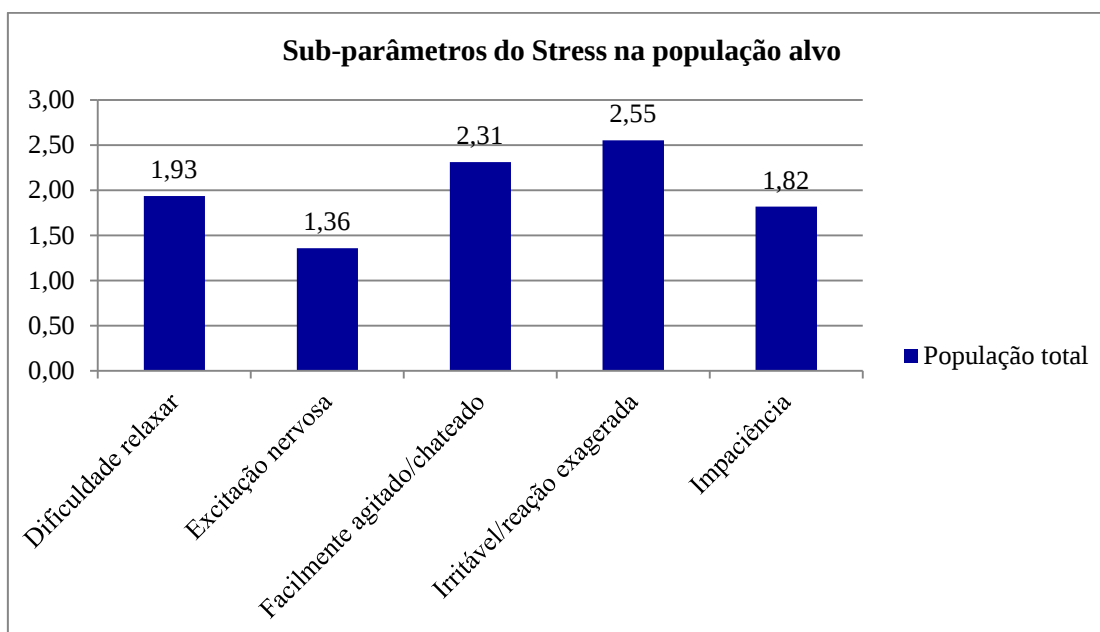


Figura 3: Sub-parâmetros do *Stress* na população alvo

Verifica-se que, para este construto, a maioria dos indivíduos indicou valores mais elevados do sub-parâmetro Irritável/reação exagerada, seguido da dificuldade em relaxar e impaciência. A excitação nervosa é o sub-parâmetro com menor resultado médio global.

Analisando a população de acordo com o género, verifica-se que a média dos valores obtidos para a depressão, ansiedade e *stress* são mais elevados para os indivíduos do grupo feminino. No entanto, nenhum destes descritores apresenta valores médios acima do normal, considerando a escala do método apresentada no capítulo 3. Os valores podem ser expressos visualmente através do gráfico seguinte:

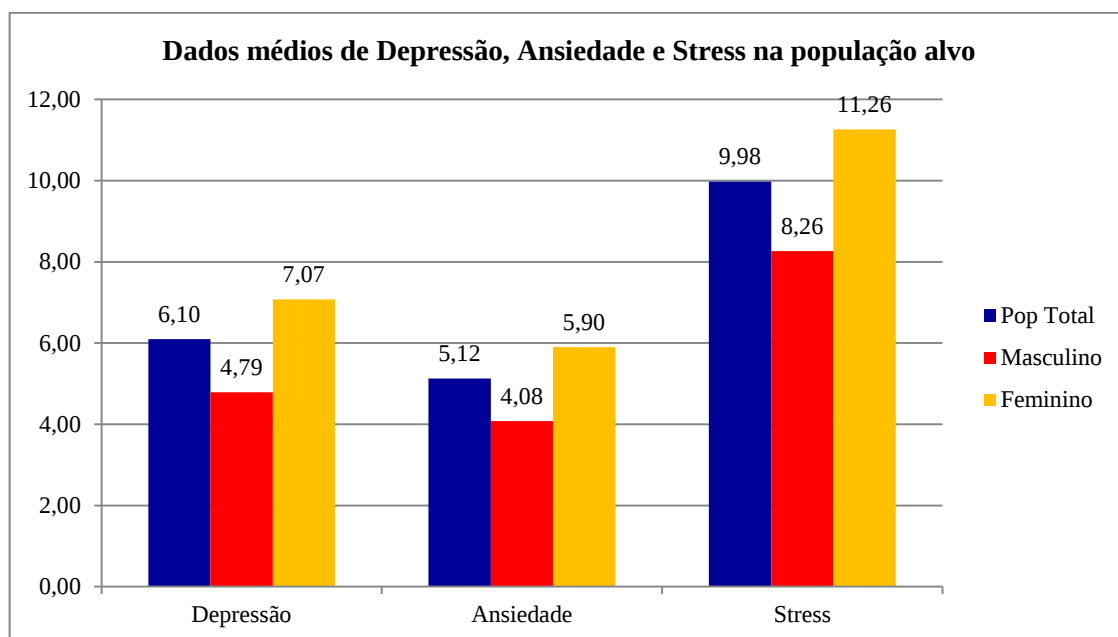


Figura 4: Resultados médios de Depressão, Ansiedade e Stress na população alvo

No que concerne aos sub-parâmetros que constituem cada um dos construtos analisados, os resultados obtidos para a amostra populacional podem ser discriminados de acordo com o género dos indivíduos. Assim, para a Depressão, a amostra apresenta valores expressos na Figura 5:

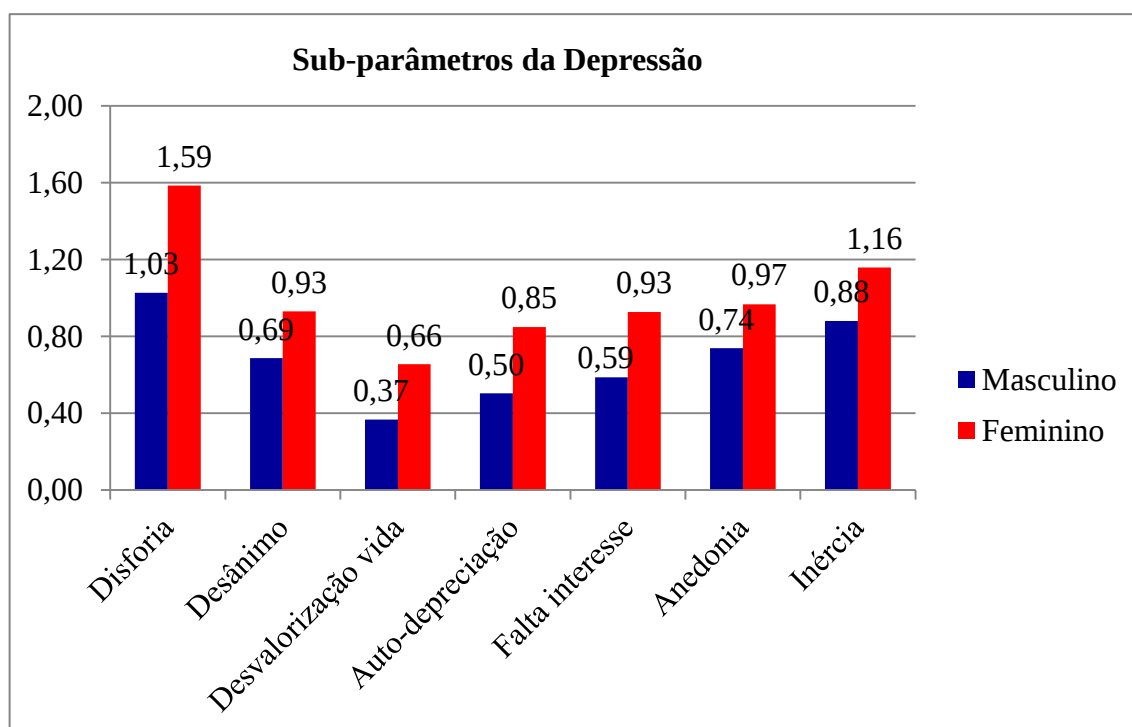


Figura 5: Resultados médios dos sub-parâmetros da depressão para a população amostral

Analisando o gráfico anterior, podemos verificar que os valores de cada um dos sub-parâmetros que constituem a depressão são sempre mais elevados para a população do sexo feminino, com uma disparidade de valores considerável no que diz respeito à disforia.

Considerando a Ansiedade, a dispersão dos resultados de acordo com o género é feita na figura seguinte:

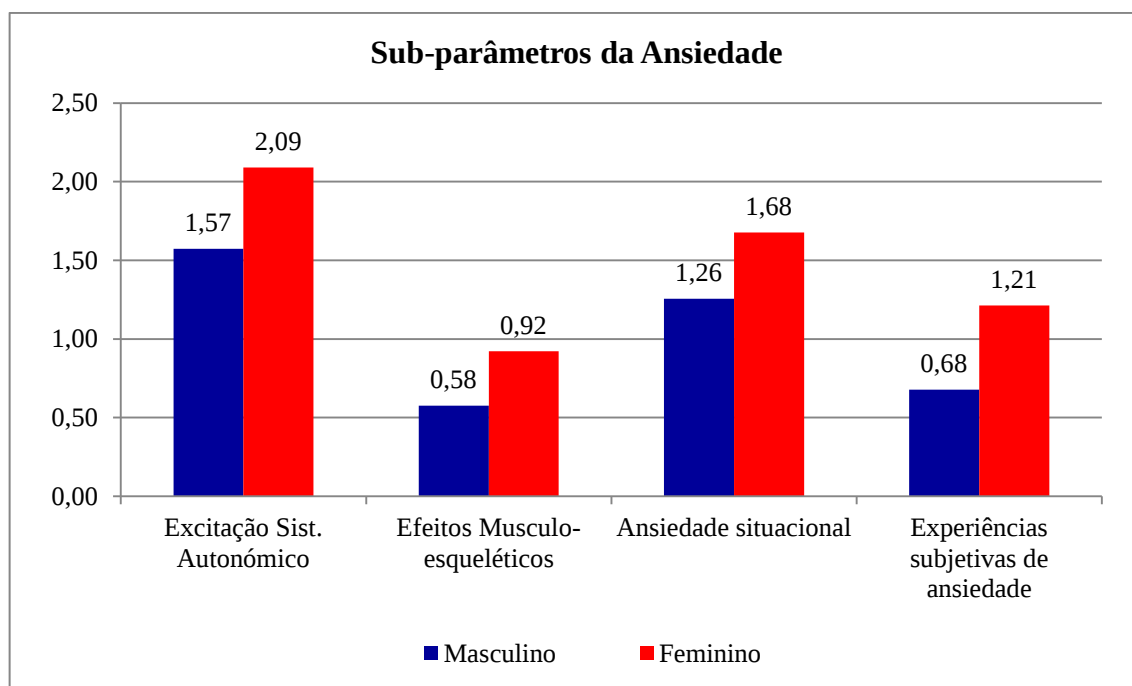


Figura 6: Resultados médios dos sub-parâmetros da ansiedade para a população amostral

Tal como acontece na Depressão, no caso da Ansiedade verifica-se que o valor de cada um dos sub-parâmetros analisados é sempre superior para as mulheres do que para os homens. Os sub-parâmetros mais relevantes, que apresentam valores mais elevados, são a excitação do sistema autonómico e a ansiedade situacional.

Para o caso do *Stress*, apresentam-se de seguida os resultados para cada sub-parâmetro.

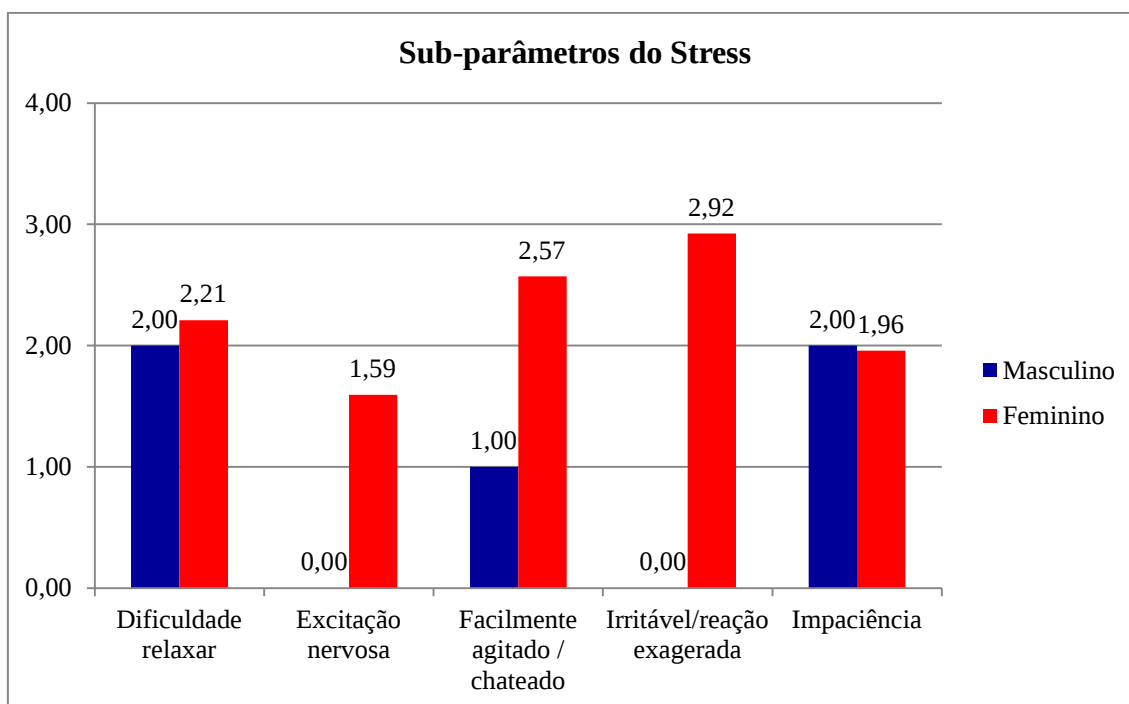


Figura 7: Resultados médios dos sub-parâmetros do *stress* para a população amostral

Em concordância com os resultados anteriores, as mulheres possuem valores mais elevados de cada um dos sub-parâmetros, sendo que existe uma discrepância significativa para o sub-parâmetros Irritável/reação exagerada e para a Excitação nervosa. Nos restantes casos, os valores dos homens aproximam-se bastante dos resultados femininos.

Os resultados do questionário EADS-42 podem também ser interpretados de acordo com a idade dos indivíduos amostrados. Assim, de acordo com as faixas etárias estabelecidas, a discriminação dos parâmetros de depressão, ansiedade e *stress* são as da figura seguinte:

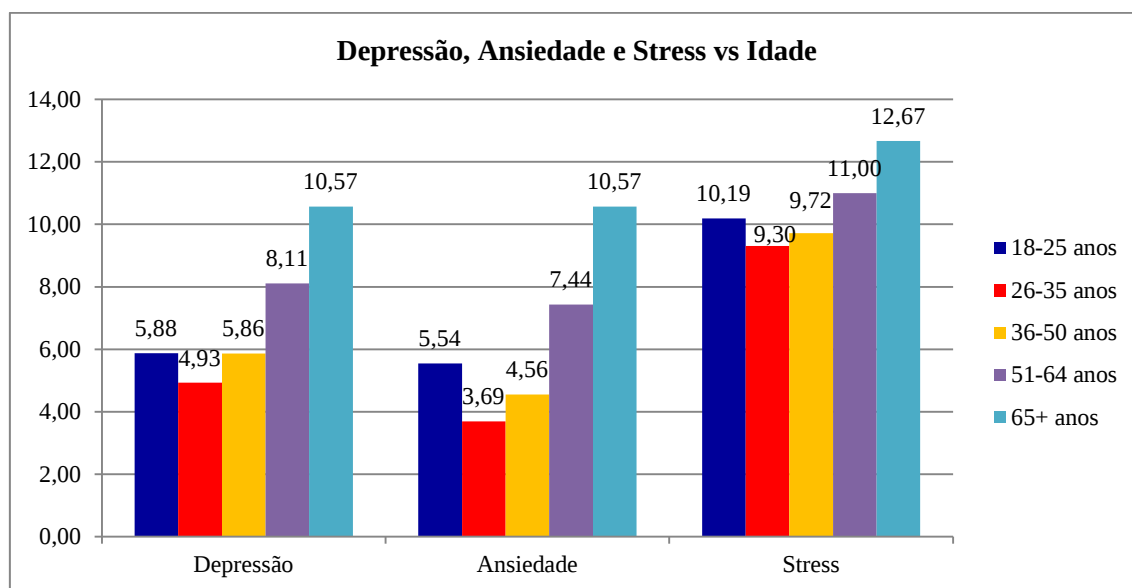


Figura 8: Resultados médios populacionais de acordo com a idade

Verifica-se que, para o parâmetro depressão, os indivíduos das faixas etárias 51-64 e 65 ou mais anos apresentam valores superiores aos restantes. Efetivamente, os indivíduos com 65 anos ou mais apresentam valores de depressão que ultrapassam o valor normal, sendo já considerada leve, com um valor de 10,57. Para estes indivíduos, a ansiedade ultrapassa também os valores normais, estando na gama da ansiedade leve com 10,57; no entanto, o stress apresenta valores normais (12,67), ainda que elevados.

De acordo com a figura anterior, podemos também constatar que os resultados tendem a ser mais elevados à medida que aumenta a idade, com exceção para a faixa etária dos 18-25 anos, que ultrapassa o grupo etário imediatamente seguinte.

No que diz respeito ao construto da depressão, a Tabela 7 expressa os resultados médios obtidos para a população amostral no que diz respeito aos sub-parâmetros que constituem este construto, considerando as diferentes faixas etárias da população.

Tabela 7: Valores médios populacionais dos sub-parâmetros que constituem a depressão

	Disforia	Desânimo	Desvalorização vida	Auto-depreciação	Falta interesse	Anedonia	Inércia
18-25 anos	1,27	0,73	0,35	0,73	0,58	0,73	0,96
26-35 anos	1,24	0,59	0,37	0,50	0,65	0,65	0,94
36-50 anos	1,34	0,79	0,50	0,67	0,75	0,86	0,96
51-64 anos	1,62	1,21	0,81	0,97	1,04	1,25	1,21
65+ anos	1,71	1,33	1,14	1,14	1,67	1,90	1,67

A tabela anterior pode ser expressa graficamente através da figura seguinte:

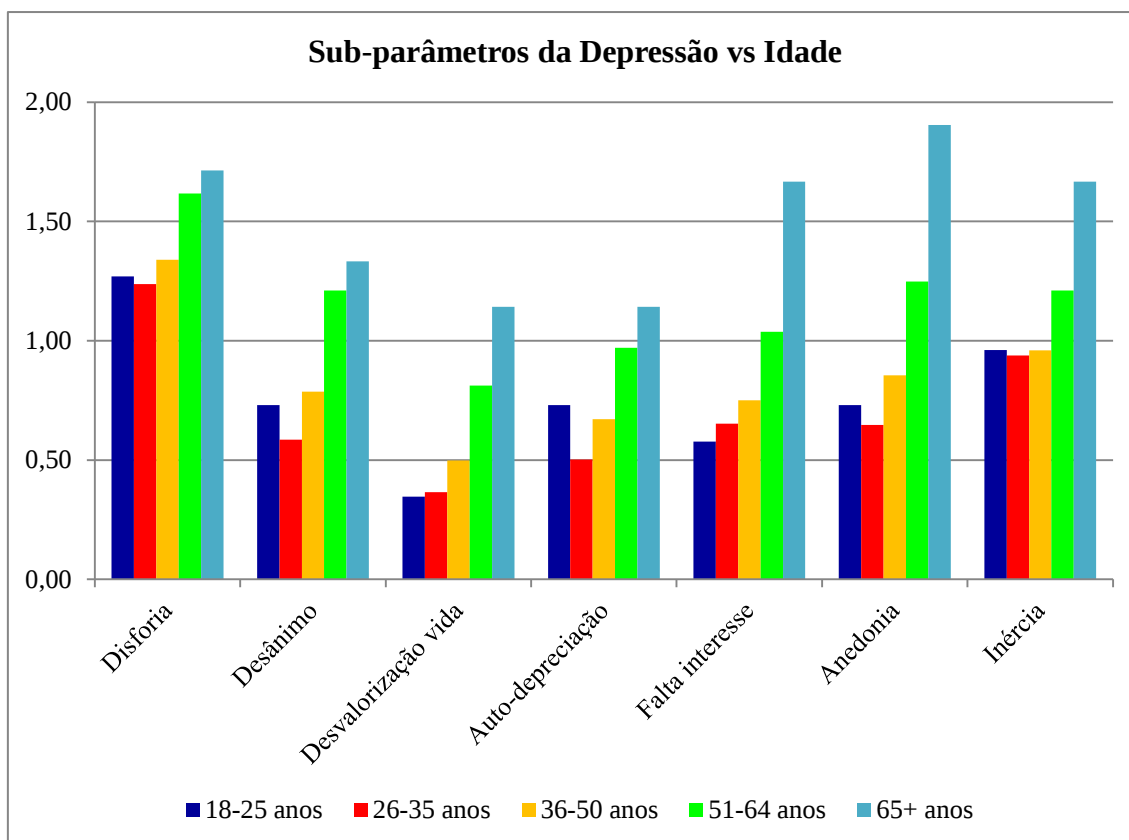


Figura 9: Resultados médios populacionais dos sub-parâmetros que constituem a depressão

De acordo com a figura anterior, podemos inferir que os indivíduos com 65 anos ou mais apresentam valores mais elevados para todos os sub-parâmetros analisados, em particular para a anedonia e disforia. Seguem-se os indivíduos da faixa etária dos 51 aos 64 anos, apresentando valores mais elevados para os mesmos sub-parâmetros. Os indivíduos que se situam entre os 26-35 indiciam valores mais baixos para todos os sub-parâmetros considerados.

Tendo em conta os sub-parâmetros que constituem a ansiedade, os resultados estão expressos na Tabela 8 e Figura 10:

Tabela 8: Valores médios populacionais dos sub-parâmetros que constituem a ansiedade

	Excitação Sist. Autonómico	Efeitos Musculo-esqueléticos	Ansiedade situacional	Experiências subjetivas de ansiedade
18-25 anos	2,00	0,88	1,75	0,91
26-35 anos	1,37	0,51	1,21	0,60
36-50 anos	1,65	0,64	1,36	0,90
51-64 anos	2,72	1,21	1,84	1,66
65+ anos	3,86	1,95	2,38	2,38

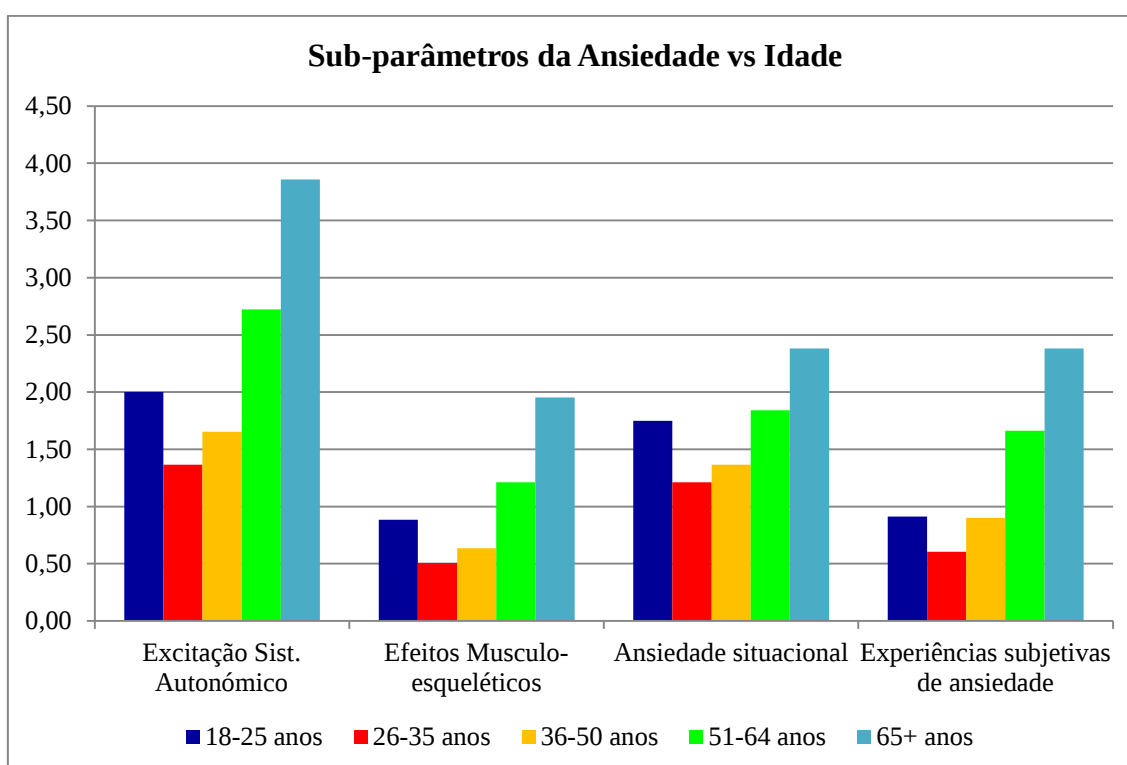


Figura 10: Resultados médios populacionais dos sub-parâmetros que constituem a ansiedade

Também neste caso, o grupo etário dos 65 anos ou mais apresenta valores de todos os sub-parâmetros mais elevados, com particular relevância para a excitação do sistema autonómico. São os indivíduos entre os 26-35 anos que apresentam resultados mais baixos para todos os sub-parâmetros. Para este caso, os indivíduos do grupo etário imediatamente anterior apresentam valores mais elevados para todos os sub-parâmetros do que as duas faixas etárias seguintes, quebrando a tendência de aumento dos valores com o aumento da idade.

Analisando a população amostrada para os sub-parâmetros que constituem o *stress*, os resultados obtidos podem ser expressos através da Tabela 9 e da Figura 11:

Tabela 9: Valores médios populacionais dos sub-parâmetros que constituem o *stress*

	Dificuldade relaxar	Excitação nervosa	Facilmente agitado / chateado	Irritável/reação exagerada	Impaciência
18-25 anos	1,93	1,17	2,36	2,67	2,06
26-35 anos	1,84	1,20	2,19	2,55	1,52
36-50 anos	1,87	1,36	2,27	2,44	1,78
51-64 anos	2,18	1,72	2,44	2,62	2,03
65+ anos	2,29	2,00	3,00	2,86	2,52

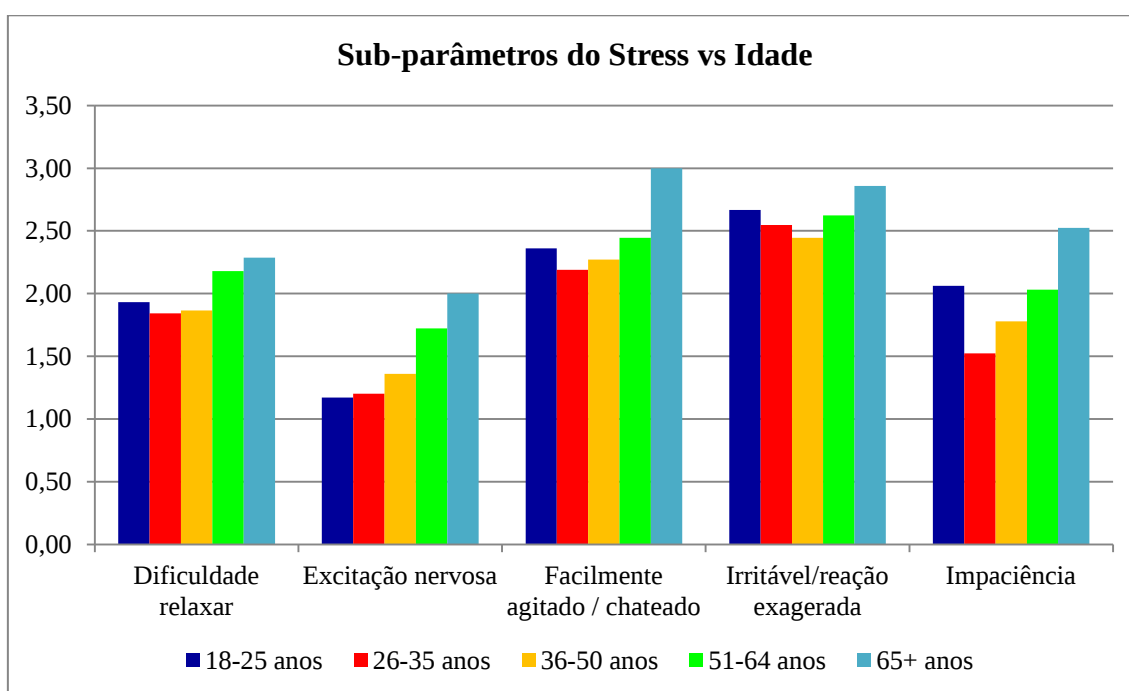


Figura 11: Resultados médios populacionais dos sub-parâmetros que constituem o *stress*

A tendência verificada anteriormente no que diz respeito ao aumento dos sub-parâmetros da depressão e da ansiedade à medida que a idade dos indivíduos avança mantém-se também para o *stress*. Assim, os valores mais elevados voltam a ser obtidos nos indivíduos com idades acima dos 64 anos. Neste caso particular, nem sempre o grupo entre os 26-35 anos apresenta os menores valores: na Excitação nervosa, os indivíduos abaixo dos 26 anos são os que apresentam os valores menores.

Tendo em conta os níveis de escolaridade da amostra, apresentam-se de seguida os resultados médios obtidos para a depressão, ansiedade e *stress*, em termos numéricos e gráficos.

Tabela 10: Valores médios populacionais para a Depressão, Ansiedade e *Stress* de acordo com o nível de escolaridade

	Depressão	Ansiedade	Stress
Sabe ler/escrever	27,00	23,33	28,00
1º - 4º ano	10,88	11,37	12,77
5º - 6º ano	7,50	7,81	11,81
7º - 9º ano	7,86	6,23	10,82
10º - 12º ano	5,35	4,20	9,04
Estudos Universitários	4,49	3,77	9,73
Formação Pós Graduada	4,41	3,26	9,46

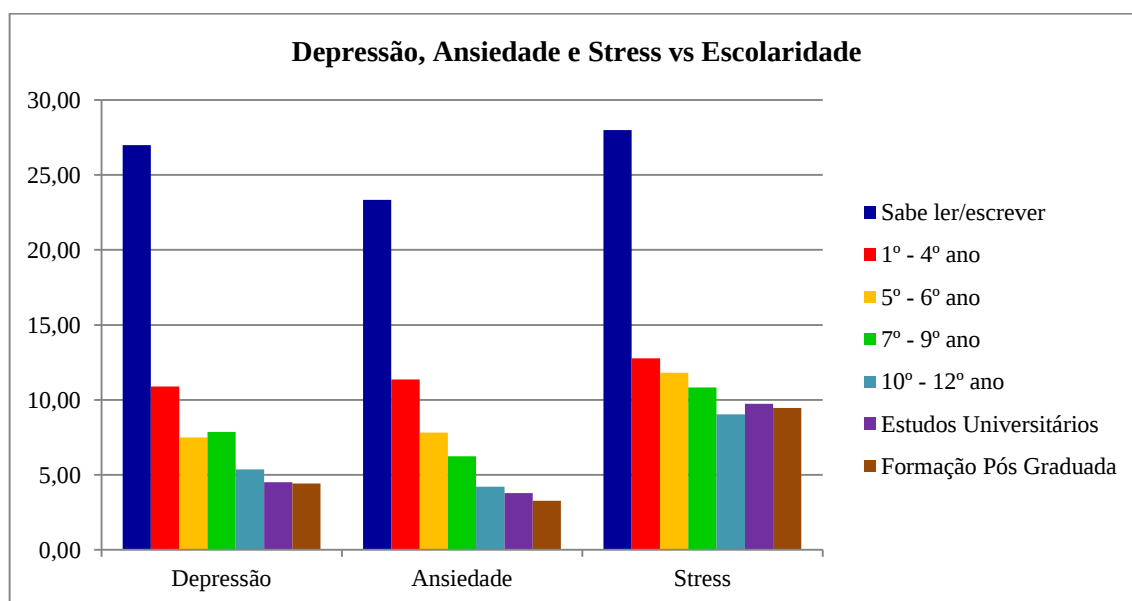


Figura 12: Resultados médios populacionais para a Depressão, Ansiedade e *Stress* de acordo com o nível de escolaridade

Pela análise do gráfico anterior, podemos verificar que existe uma tendência de os indivíduos com menor escolaridade possuírem valores de depressão, ansiedade e *stress* mais elevados do que os indivíduos com escolaridades mais elevadas. Efetivamente existe uma grande disparidade dos dados no que diz respeito aos indivíduos pertencentes ao grupo Sabe

ler/Escriver. Estes apresentam valores médios de depressão de 27,00, sendo considerado grave; ansiedade num estado extremamente grave (23,33) e *stress* grave (28,00).

Quanto aos restantes grupos, a faixa etária que corresponde a um nível de ensino primário possui valores de depressão e ansiedade acima do normal, respetivamente 10,88 e 11,37. Estes valores correspondem a uma depressão leve e a uma ansiedade moderada. No que diz respeito ao *stress*, o valor de 12,77 encontra-se dentro dos valores normais. Dos restantes grupos considerados, apenas nos indivíduos com uma escolaridade ao nível do 5º-6º ano se verificam valores de ansiedade acima do normal (7,81), tendo estes valores de depressão e de *stress* considerados normais (respetivamente 7,50 e 11,81).

Analisando detalhadamente a Depressão, os resultados estão expressos na Tabela 11 e na figura 13:

Tabela 11: Valores médios populacionais para a depressão acordo com o nível de escolaridade

	Disforia	Desânimo	Desvalorização vida	Auto- depreciação	Falta interesse	Anedonia	Inércia
Sabe ler/escrever	4,33	5,00	3,67	3,67	3,00	3,67	3,67
1º - 4º ano	1,93	1,62	1,23	1,40	1,45	1,68	1,57
5º - 6º ano	1,50	1,04	0,77	0,81	1,12	1,23	1,04
7º - 9º ano	1,58	1,11	0,84	1,05	0,88	1,17	1,24
10º - 12º ano	1,22	0,72	0,42	0,61	0,70	0,72	0,96
Estudos Universitários	1,19	0,54	0,28	0,38	0,61	0,66	0,85
Formação Pós Graduada	1,15	0,49	0,23	0,51	0,62	0,46	0,95

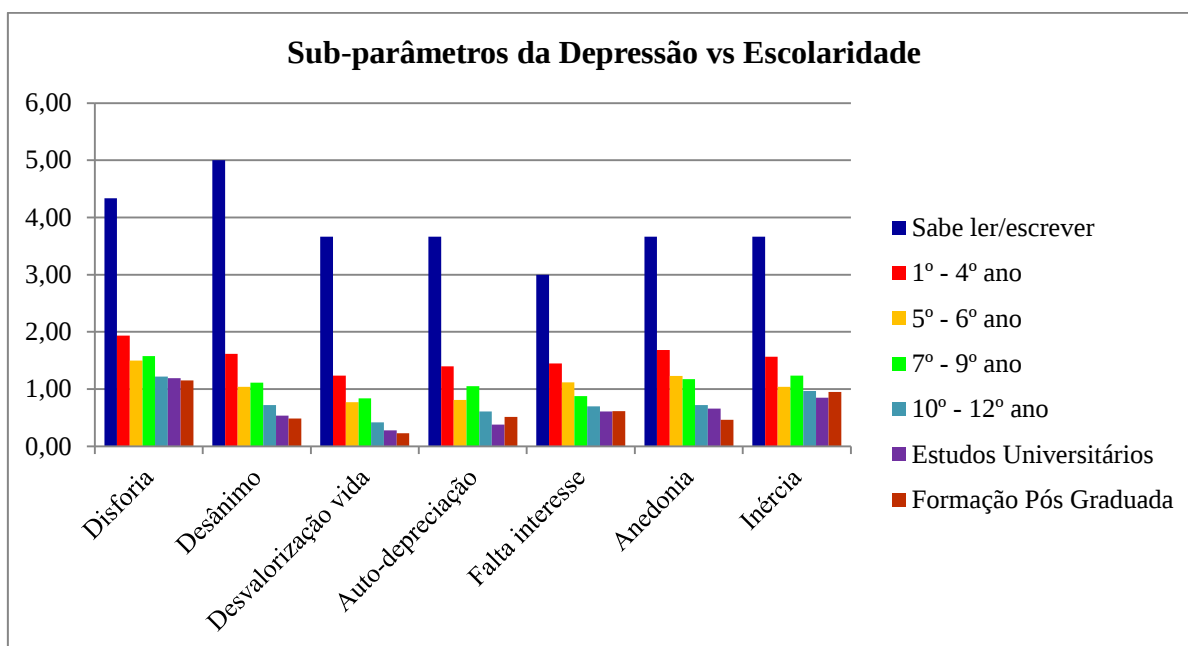


Figura 13: Resultados médios populacionais para a depressão acordo com o nível de escolaridade

Pela análise do gráfico anterior, podemos inferir que a tendência verificada para o construto da depressão se mantém para todos os seus sub-parâmetros. Assim, os indivíduos com menor escolaridade possuem valores de cada um dos sub-parâmetros excecionalmente elevados, quando comparados com a restante população. Em particular, destacam-se o desânimo e a disforia.

Considerando a ansiedade, os resultados médios obtidos para a população amostrada vêm expressos na Tabela 12:

Tabela 12: Valores médios populacionais para a ansiedade acordo com o nível de escolaridade

	Excitação Sist. Autônômico	Efeitos Musculo-esqueléticos	Ansiedade situacional	Experiências subjetivas de ansiedade
Sabe ler/escrever	7,00	4,67	5,33	6,33
1º - 4º ano	4,18	2,12	2,60	2,47
5º - 6º ano	2,69	1,19	2,23	1,69
7º - 9º ano	2,29	1,04	1,66	1,25
10º - 12º ano	1,54	0,59	1,32	0,74
Estudos Universitários	1,35	0,46	1,28	0,68
Formação Pós Graduada	1,33	0,36	1,05	0,51

A figura seguinte discrimina os resultados da população de acordo com a sua escolaridade.

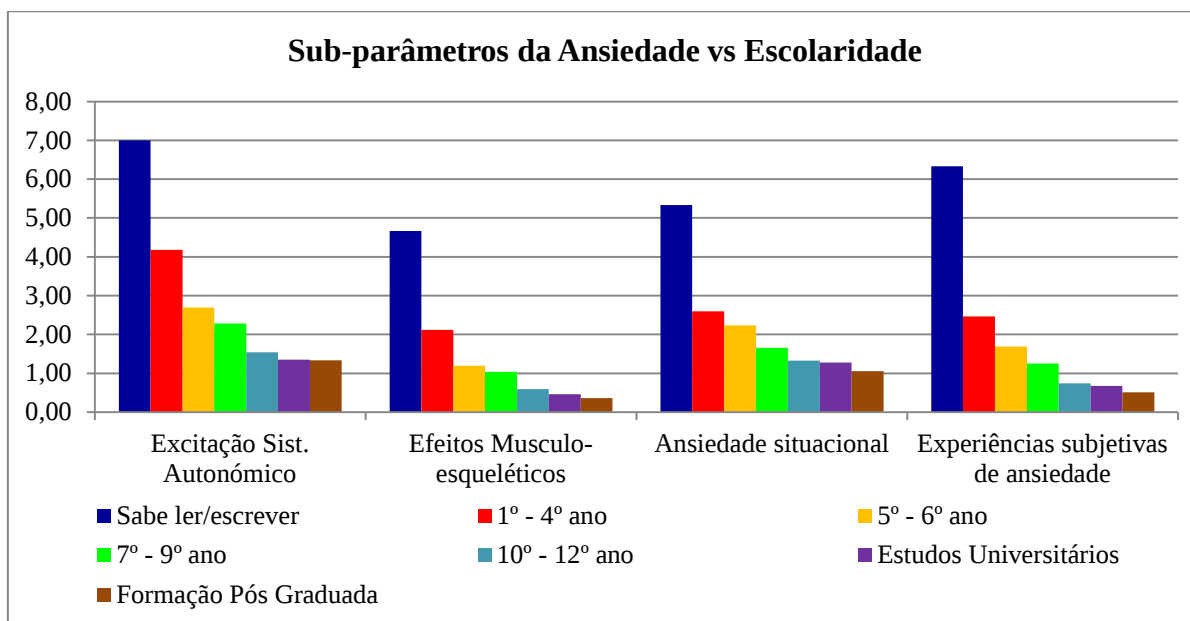


Figura 14: Resultados médios populacionais para a ansiedade acordo com o nível de escolaridade

Analisando o gráfico da figura anterior, existe claramente uma tendência de diminuição de cada sub-parâmetro à medida que a escolaridade dos indivíduos aumenta. Tal como nas figuras anteriores, os indivíduos do grupo Sabe Ler/Escrever apresentam valores para cada sub-parâmetro mais elevados do que os restantes grupos, destacando-se a Excitação do sistema autónómico.

Tendo em conta os níveis de *stress*, os resultados estão expressos na Tabela 13 e Figura 15.

Tabela 13: Valores médios populacionais para o *stress* de acordo com o nível de escolaridade

	Dificuldade relaxar	Excitação nervosa	Facilmente agitado / chateado	Irritável/reação exagerada	Impaciência
Sabe ler/escrever	6,00	4,33	6,67	5,33	5,67
1º - 4º ano	2,62	2,03	2,88	2,72	2,52
5º - 6º ano	2,27	1,85	2,85	2,81	2,04
7º - 9º ano	2,18	1,44	2,52	2,61	2,07
10º - 12º ano	1,70	1,19	2,09	2,42	1,65
Estudos Universitários	1,88	1,31	2,29	2,58	1,67
Formação Pós Graduada	1,79	1,18	2,05	2,77	1,67

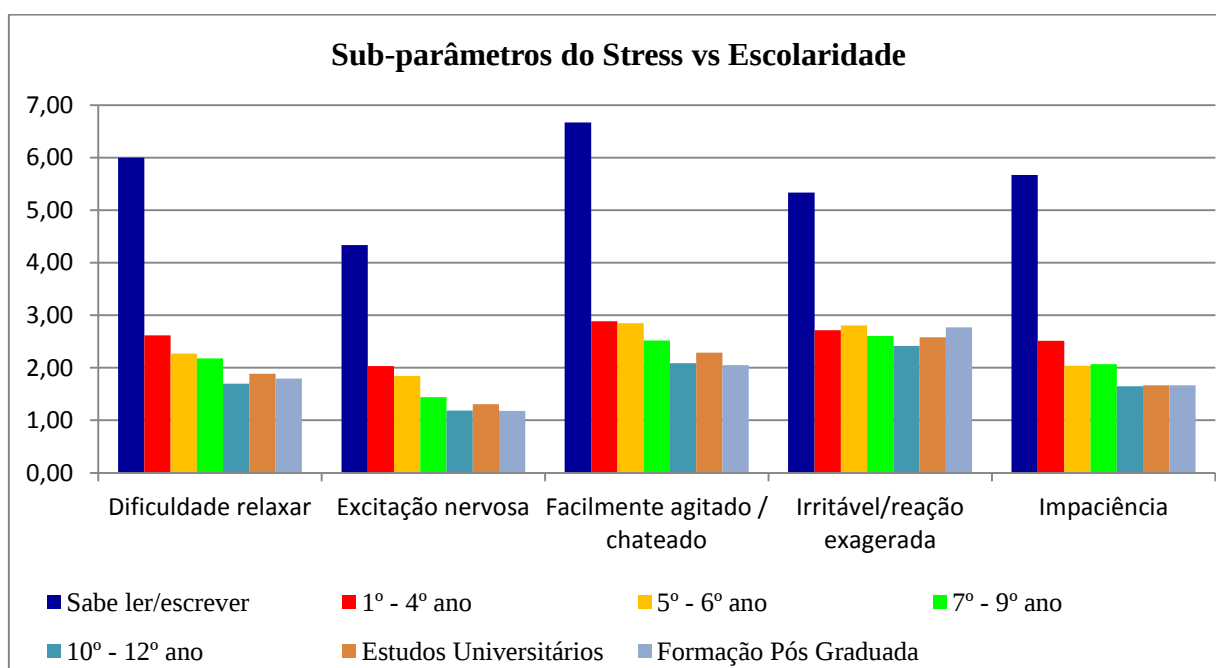


Figura 15: Resultados médios populacionais para o *stress* de acordo com o nível de escolaridade

Relativamente ao *stress*, os valores mais elevados destacam-se no sub-parâmetro Facilmente agitado/chateado, sendo que o grupo com menor escolaridade apresenta resultados consideravelmente mais elevados do que os restantes. Mantém-se a tendência genérica de diminuição de todos os sub-parâmetros do *stress* com o aumento da escolaridade, apesar de se verificar que os indivíduos com estudos universitários apresentam valores mais elevados do que os do grupo Formação Pós-graduada.

No que diz respeito à discriminação dos valores de depressão, ansiedade e *stress* de acordo com a profissão dos inquiridos, e dado que existe um número muito elevado de categorias profissionais, optou-se por apresentar os valores discriminados para cada um dos parâmetros analisados (depressão, ansiedade e *stress*) em gráficos separados, de forma a serem visualmente mais apelativos. Os mesmos apresentam-se nas figuras 16, 17 e 18.

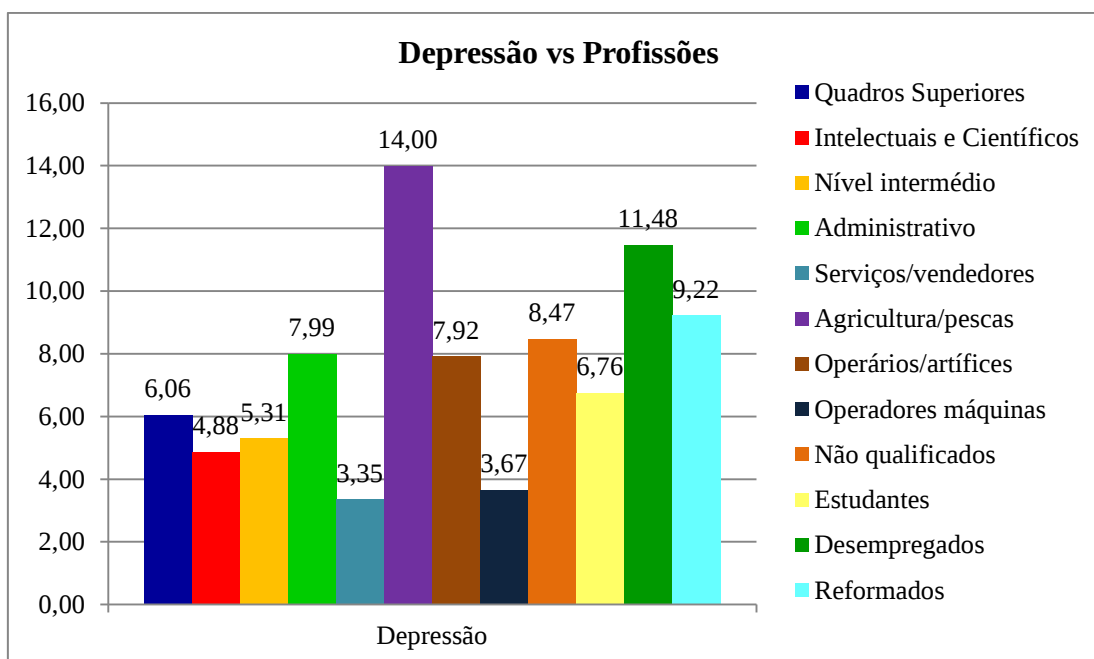


Figura 16: Resultados médios populacionais para a depressão de acordo com a categoria profissional

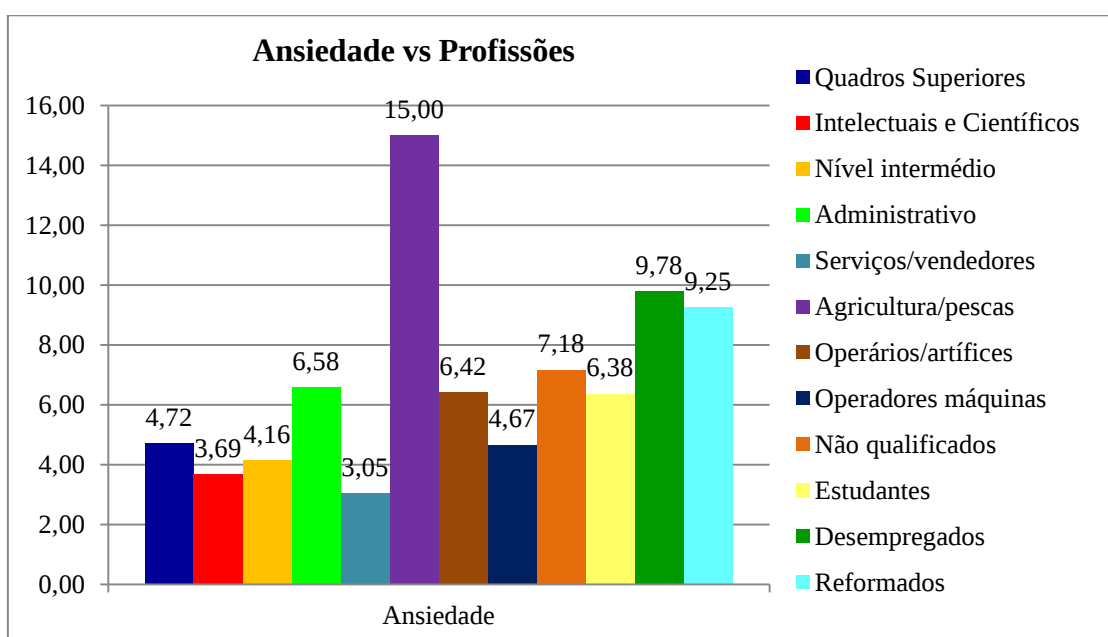


Figura 17: Resultados médios populacionais para a ansiedade de acordo com a categoria profissional

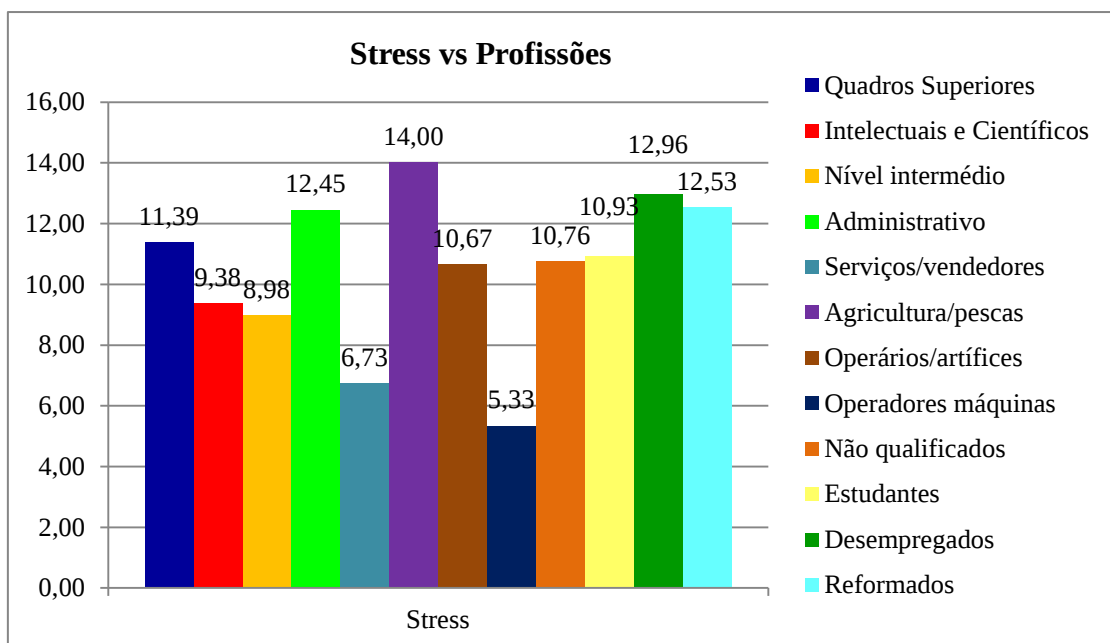


Figura 18: Resultados médios populacionais para o *stress* de acordo com a categoria profissional

Verificam-se níveis de depressão, ansiedade e *stress* mais elevados nos indivíduos do setor Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas (representado no gráfico por Agricultura/Pescas), bem como nos desempregados e nos reformados. No que diz respeito à depressão, as três categorias referidas anteriormente apresentam valores acima do normal, nomeadamente 14,00 para a categoria Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas (depressão moderada), 11,48 para os desempregados (depressão leve) e 9,22 para os reformados (depressão leve).

Considerando os valores de ansiedade da amostra, os níveis de ansiedade dos grupos referidos são considerados acima do normal, respetivamente: 15,00 para os Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas (ansiedade grave), 9,78 para os desempregados (ansiedade leve) e 9,25 para os reformados (ansiedade leve). Nenhum dos grupos apresenta níveis de *stress* acima do normal. De salientar, no entanto, o caso dos Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas que têm níveis de *stress* da ordem dos 14, considerado o limiar do normal.

Os grupos profissionais dos Operadores de instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem (representado no gráfico por Operadores de máquinas) e dos trabalhadores de

Serviços/Vendedores constituem os grupos com menores valores de depressão, ansiedade e stress.

Analisando os sub-parâmetros que constituem a depressão, apresentam-se de seguida os resultados da população amostrada, expressos numericamente (Tabela 14) e graficamente (Figura 19):

Tabela 14: Valores médios populacionais para a depressão de acordo com a categoria profissional

	Disforia	Desânimo	Desvalorizaçã o vida	Auto- depreciaçã o	Falta interesse	Anedonia	Inércia
Quadros Superiores	1,17	1,06	0,61	0,72	0,72	0,83	0,94
Intelectuais e Científicos	1,25	0,58	0,31	0,51	0,66	0,66	0,91
Nível intermédio	1,19	0,73	0,44	0,54	0,63	0,88	0,91
Administrativo	1,79	1,10	0,73	1,00	1,06	1,02	1,29
Serviços/vendedores	0,82	0,38	0,27	0,35	0,39	0,54	0,60
Agricultura/pescas	2,00	2,00	1,50	1,50	1,50	3,00	2,50
Operários/artífices	1,67	1,42	1,00	0,83	1,08	1,33	0,58
Operadores máquinas	0,67	0,33	0,00	0,67	0,33	0,33	1,33
Não qualificados	1,51	1,29	0,94	1,20	1,16	1,14	1,24
Estudantes	1,41	0,91	0,67	0,84	0,79	0,88	1,24
Desempregados	2,00	2,09	1,13	1,17	1,30	1,78	2,00
Reformados	1,75	1,11	0,92	1,06	1,31	1,53	1,56

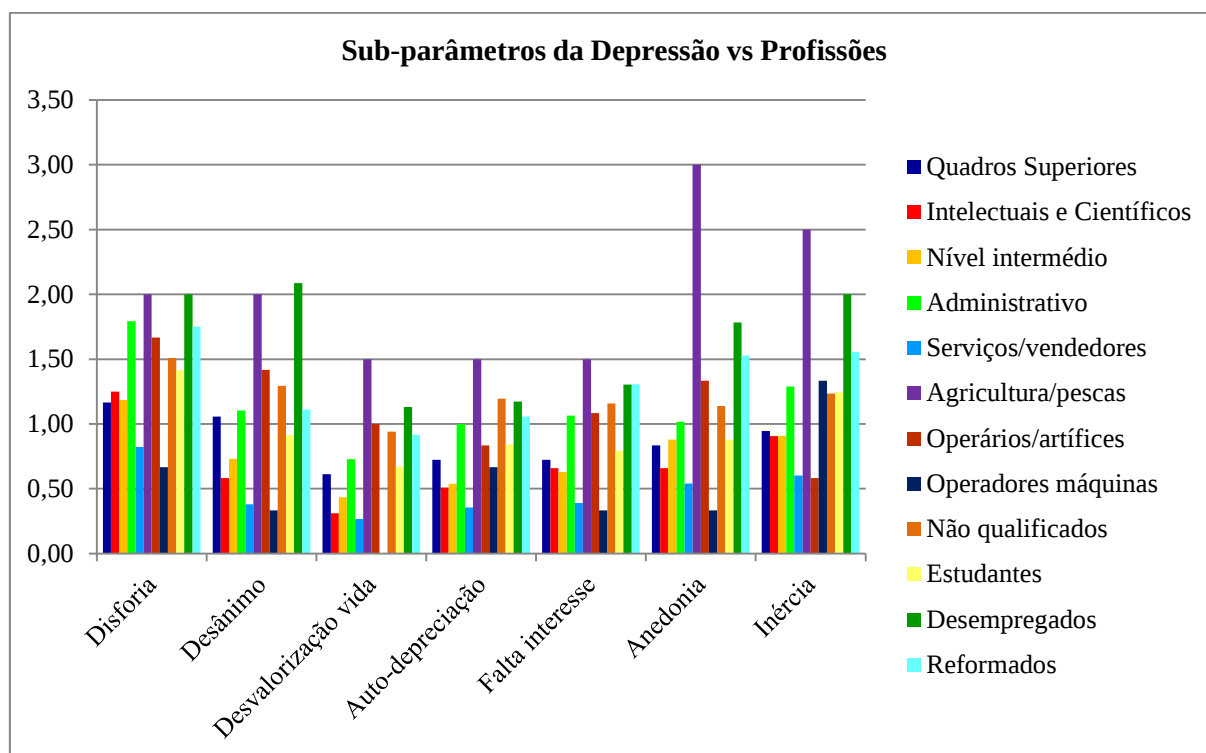


Figura 19: Resultados médios populacionais para a depressão de acordo com a categoria profissional

Verifica-se que, de um modo geral, os trabalhadores qualificados da agricultura e pescas são os que apresentam valores mais elevados dos sub-parâmetros referidos, com particular destaque para a anedonia e inércia. No entanto, quer os desempregados quer os reformados apresentam valores médios acima dos restantes grupos. Assim, os desempregados tendem também a ter valores elevados, em particular para o desânimo, a inércia e a disforia, enquanto os reformados apresentam valores mais elevados para a disforia e a inércia.

No que diz respeito à ansiedade, apresentam-se de seguida os valores de cada sub-parâmetro para a população analisada, de acordo com a sua distribuição por profissões (Tabela 15 e Figura 20).

Tabela 15: Valores médios populacionais para a depressão de acordo com a categoria profissional

	Excitação Sist. Autonómico	Efeitos Musculo- esqueléticos	Ansiedade situacional	Experiências subjetivas de ansiedade
Quadros Superiores	1,83	0,67	1,39	0,83
Intelectuais e Científicos	1,35	0,47	1,21	0,66
Nível intermédio	1,63	0,56	1,29	0,68
Administrativo	2,26	0,99	1,93	1,40
Serviços/vendedores	1,18	0,52	0,88	0,47
Agricultura/pescas	6,50	2,50	3,00	3,00
Operários/artífices	2,58	0,75	1,92	1,17
Operadores máquinas	1,67	0,67	1,00	1,33
Não qualificados	2,43	1,35	1,80	1,59
Estudantes	2,29	1,02	2,00	1,06
Desempregados	3,70	1,30	2,35	2,43
Reformados	3,36	1,67	2,14	2,08

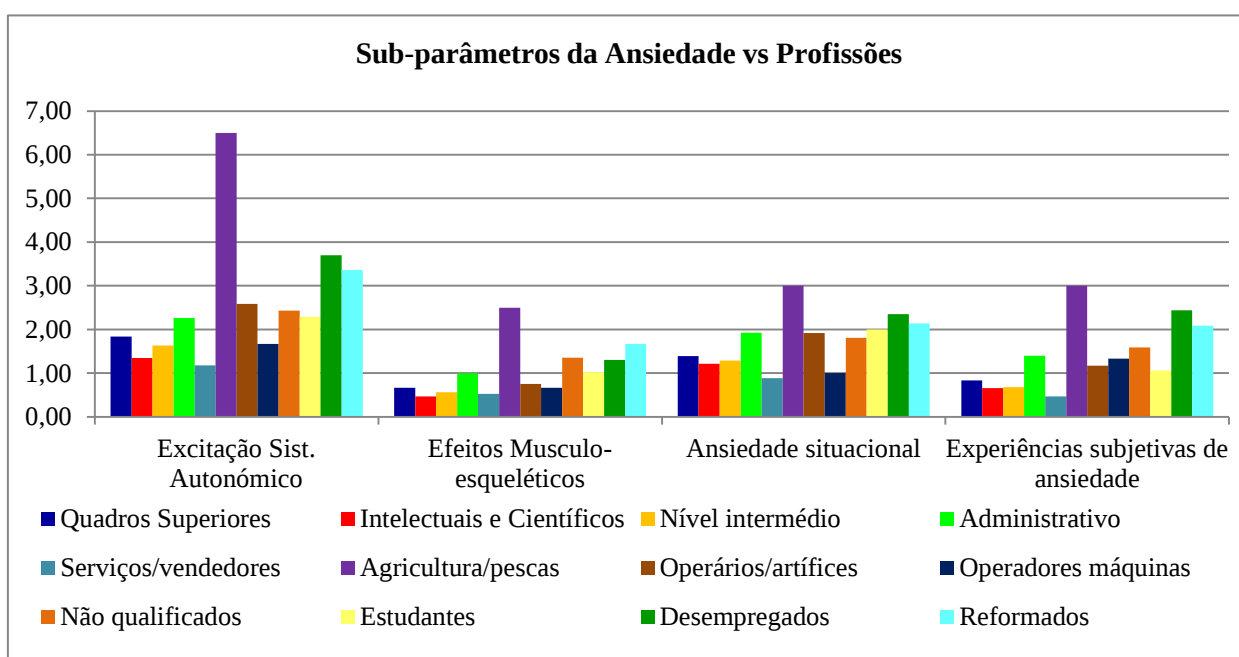


Figura 20: Valores médios populacionais para a ansiedade de acordo com a categoria profissional

Da análise da figura anterior, podemos inferir que o sub-parâmetro mais relevante é o da Excitação do sistema autonómico, com valores superiores para os Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas. Estes apresentam valores mais elevados para todos os sub-parâmetros que constituem a ansiedade, sendo seguidos pelos desempregados e pelos reformados.

Em termos de *stress*, os resultados estão espelhados de acordo com a Tabela 16 e a Figura 21:

Tabela 16: Valores médios populacionais para o *stress* de acordo com a categoria profissional

	Dificuldade relaxar	Excitação nervosa	Facilmente agitado / chateado	Irritável/reacção exagerada	Impaciência
Quadros Superiores	2,22	1,67	2,44	2,89	2,17
Intelectuais e Científicos	1,80	1,28	2,17	2,56	1,56
Nível intermédio	1,68	1,25	2,06	2,34	1,65
Administrativo	2,50	1,76	2,72	3,19	2,27
Serviços/vendedores	1,22	0,76	1,68	1,88	1,19
Agricultura/pescas	2,50	1,50	3,50	3,50	3,00
Operários/artífices	1,75	1,83	2,75	2,08	2,25
Operadores máquinas	0,67	0,67	1,33	1,00	1,67
Não qualificados	2,10	1,65	2,71	2,43	1,88
Estudantes	2,17	1,24	2,61	2,68	2,22
Desempregados	2,74	1,70	3,00	2,78	2,74
Reformados	2,56	2,03	2,64	2,83	2,47

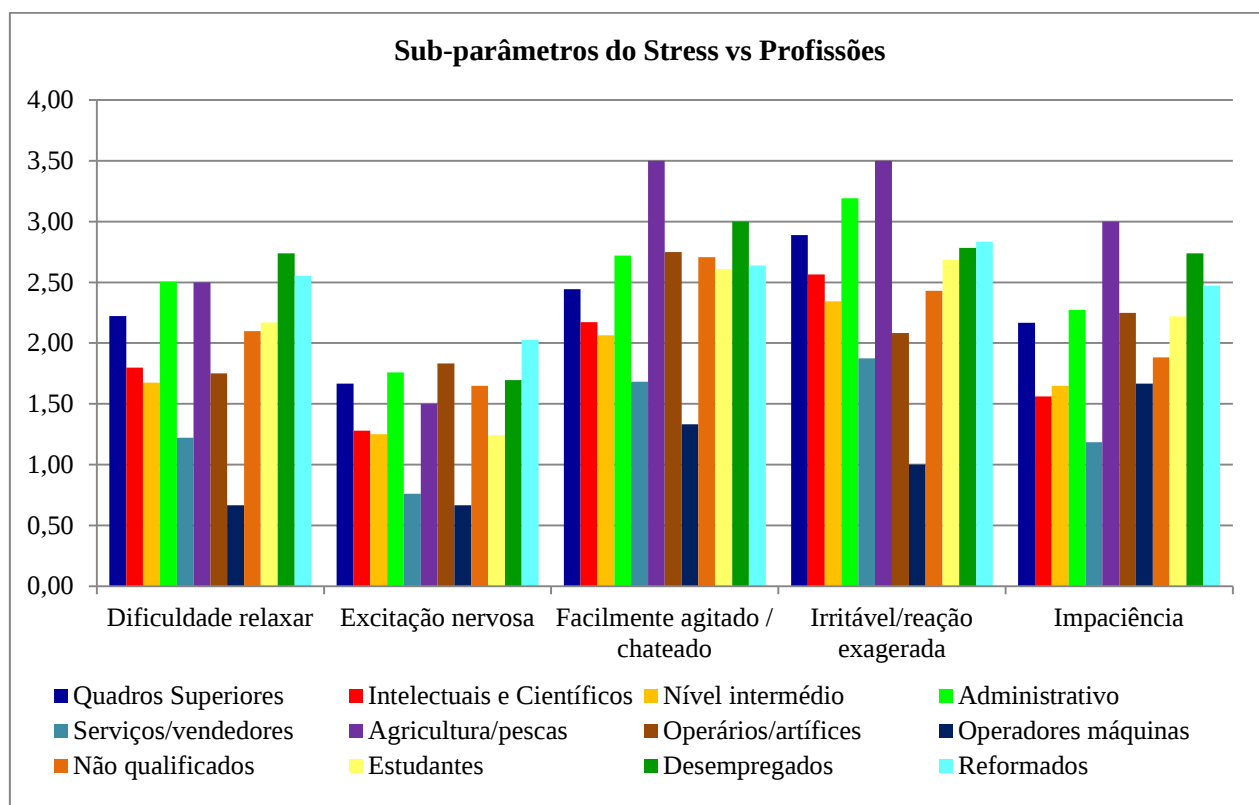


Figura 21: Resultados médios populacionais para o *stress* de acordo com a categoria profissional

De um modo geral, os sub-parâmetros que apresentam valores mais elevados no que diz respeito aos níveis de *stress* são: Facilmente agitado/chateado e irritável/reação exagerada. Dentro destes, os grupos pertencentes aos Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas voltam a estar em destaque nos valores obtidos. De um modo geral, os Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem apresentam os valores mais baixos, com exceção da impaciência, onde os valores mais baixos foram obtidos pelos trabalhadores dos serviços/vendedores.

Discriminando os indivíduos da amostra de acordo com o seu estado civil, podemos visualizar na figura seguinte a sua distribuição por níveis de depressão, ansiedade e *stress*:

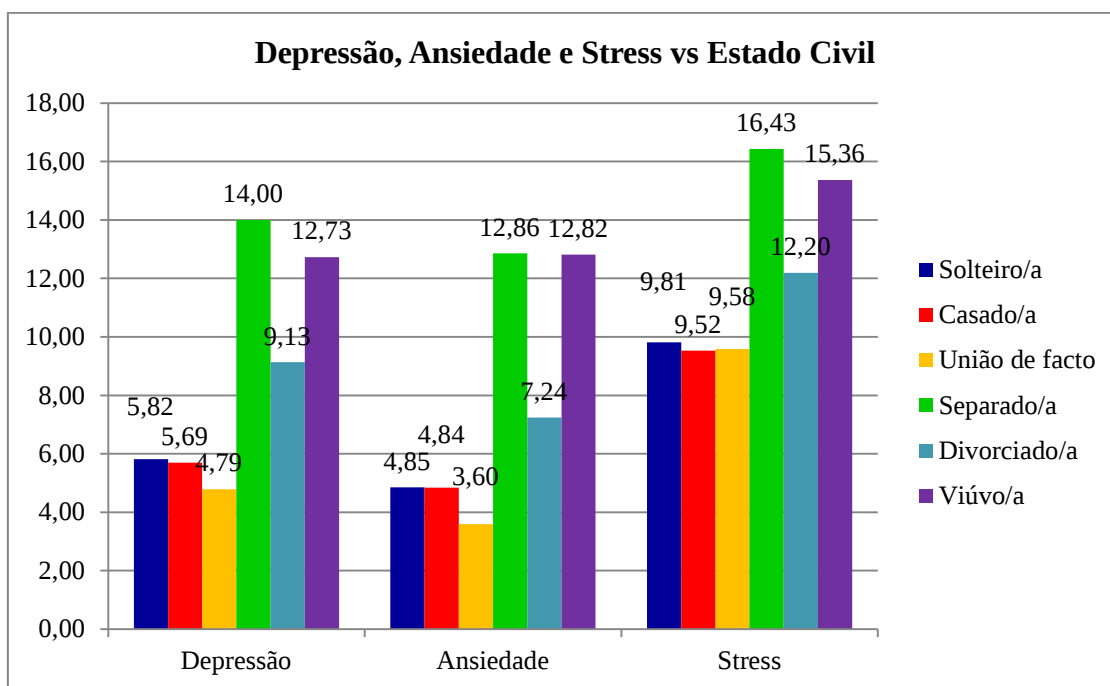


Figura 22: Resultados médios populacionais para a depressão, ansiedade e *stress* de acordo com o estado civil

Verifica-se que os indivíduos separados, divorciados ou viúvos apresentam níveis médios dos parâmetros avaliados superiores aos indivíduos solteiros, casados ou que vivem em união de facto. No que diz respeito à depressão, os indivíduos separados e viúvos ultrapassam os valores normais, sendo que os separados apresentam níveis de depressão moderada (14,00), ao passo que os viúvos têm níveis de depressão leve (12,73). Relativamente à ansiedade, estes grupos apresentam níveis de ansiedade moderada, respetivamente, 12,86 e 12,82. No que concerne ao *stress*, os valores são respetivamente 16,43 e 15,36, indiciando um *stress* leve.

Destaca-se ainda o grupo dos indivíduos divorciados que, apesar de nunca ultrapassar os valores considerados normais, apresenta valores elevados para os parâmetros analisados nomeadamente 9,13 para a depressão, 7,24 para a ansiedade e 12,20 para o *stress*.

Considerando os sub-parâmetros que constituem a depressão, os resultados vêm discriminados na Tabela 17 e Figura 23:

Tabela 17: Valores médios populacionais para a depressão de acordo com o estado civil

	Disforia	Desânimo	Desvalorização vida	Auto-depreciação	Falta interesse	Anedonia	Inércia
Solteiro/a	1,26	0,79	0,50	0,70	0,73	0,76	1,09
Casado/a	1,31	0,74	0,45	0,61	0,74	0,87	0,97
União de facto	1,19	0,72	0,33	0,40	0,55	0,69	0,91
Separado/a	2,29	2,50	2,07	2,00	1,71	1,79	1,64
Divorciado/a	1,89	1,26	0,98	1,26	1,28	1,24	1,22
Viúvo/a	2,36	1,55	1,55	1,64	1,91	2,00	1,73

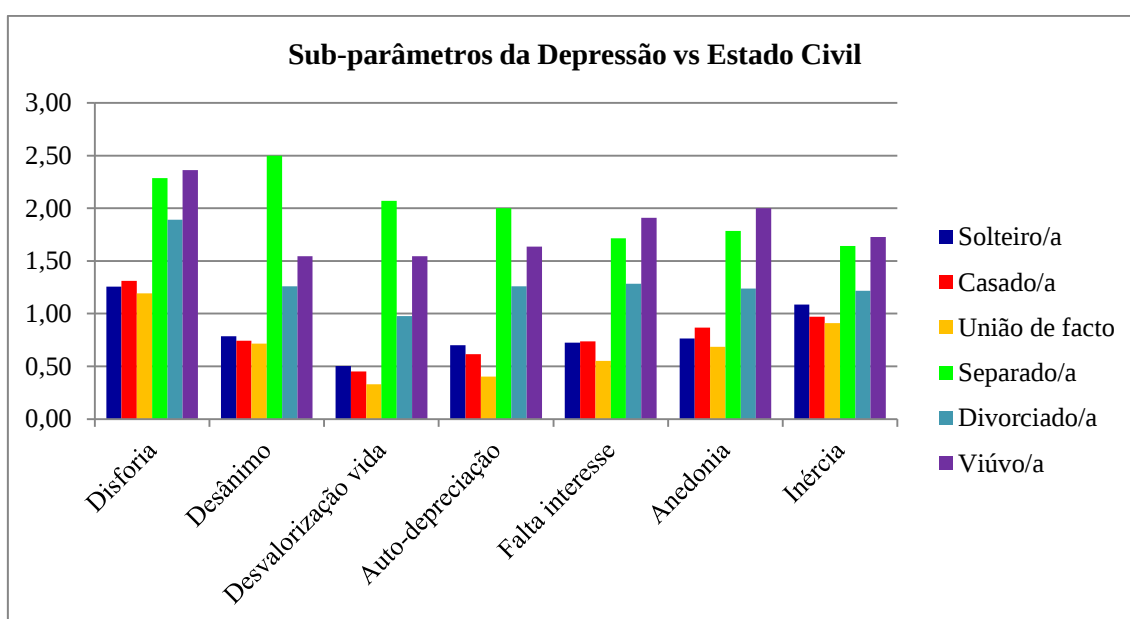


Figura 23: Resultados médios populacionais para a depressão de acordo com o estado civil

Verifica-se, pela análise da figura anterior, que os separados, divorciados e viúvos apresentam valores mais elevados, com particular destaque para os sub-parâmetros disforia e desânimo. O resultado mais elevado é atingido pelos separados no que diz respeito ao desânimo, sendo que os viúvos e os divorciados apresentam valores superiores para a disforia. Verifica-se ainda que o grupo com menores valores de todos os sub-parâmetros do *stress* são os indivíduos que vivem em união de facto, seguidos pelos casados.

Os sub-parâmetros que constituem a ansiedade são descritos na figura seguinte:

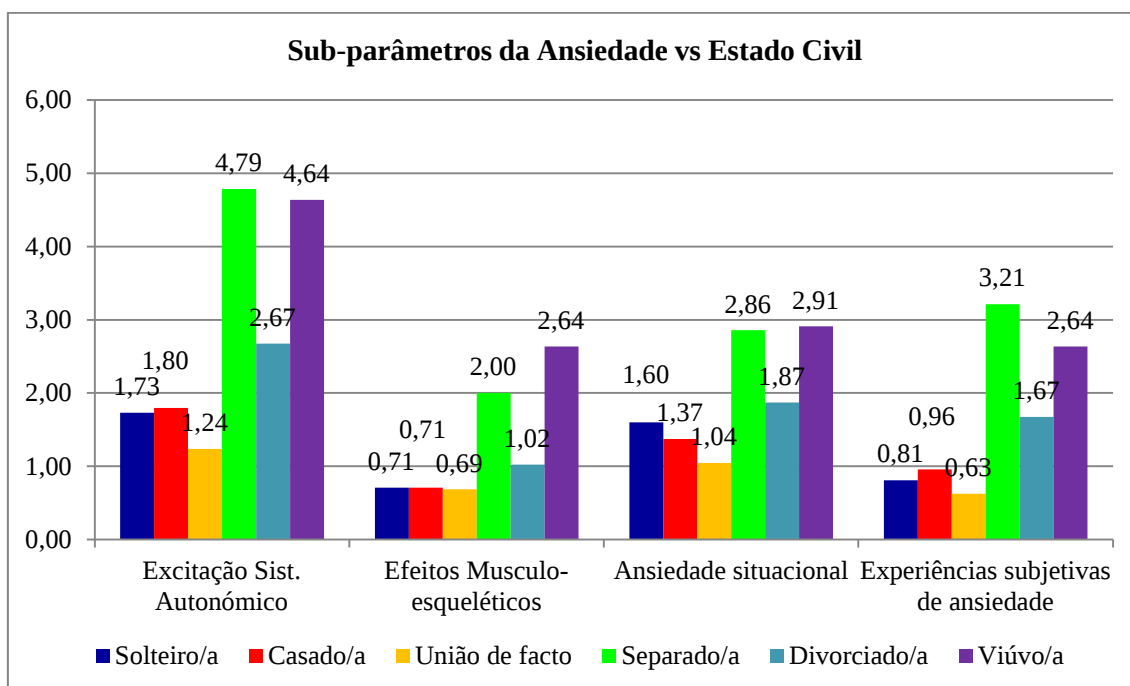


Figura 24: Resultados médios populacionais para a ansiedade de acordo com o estado civil

Seguindo a tendência dos resultados anteriores, são os grupos dos separados, viúvos e divorciados que apresentam valores mais elevados dos sub-parâmetros da ansiedade. Destaca-se em particular a excitação do sistema autonómico, com resultados consideravelmente mais elevados para os separados e viúvos.

De um modo geral, os indivíduos em união de facto possuem valores mais baixos, com particular destaque para os efeitos músculo-esqueléticos e para as experiências subjetivas de ansiedade.

No que diz respeito ao *stress*, os resultados podem ser observados na Figura 25, suportada pela Tabela 18:

Tabela 18: Valores médios populacionais para o *stress* de acordo com o estado civil

	Dificuldade relaxar	Excitação nervosa	Facilmente agitado / chateado	Irritável/reação exagerada	Impaciência
Solteiro/a	1,91	1,20	2,26	2,57	1,86
Casado/a	1,83	1,35	2,21	2,42	1,72
União de facto	1,75	1,25	2,16	2,67	1,75
Separado/a	3,14	2,64	3,79	3,86	3,00
Divorciado/a	2,48	1,83	3,00	2,93	1,96
Viúvo/a	3,45	2,36	3,45	3,09	3,00

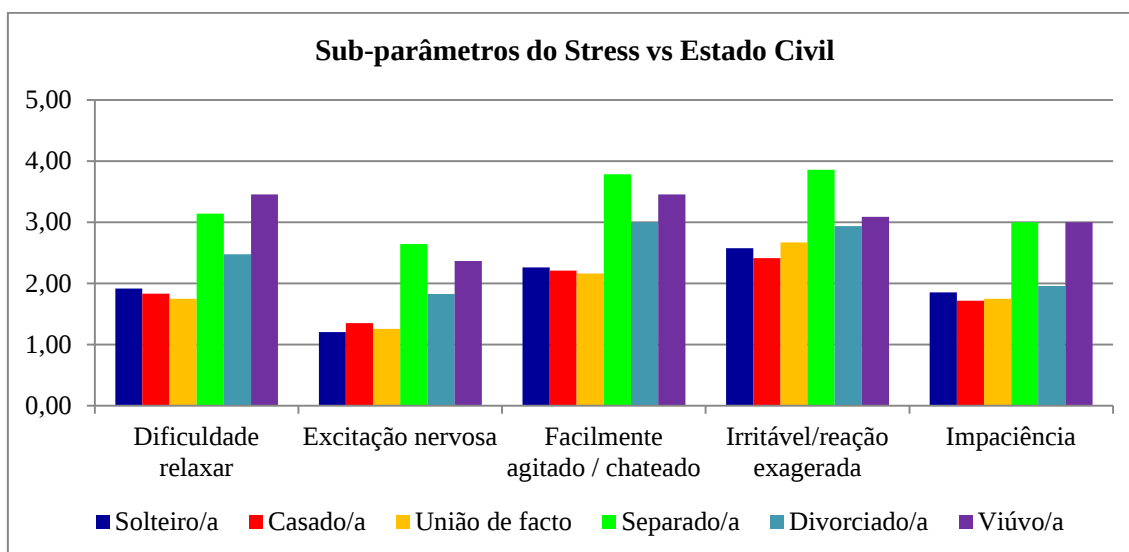


Figura 25: Resultados médios populacionais para o *stress* de acordo com o estado civil

Dentro dos sub-parâmetros que constituem este construto, o valor mais elevado encontra-se na categoria irritável/reação exagerada, sendo representado pelos indivíduos separados. Estes apresentam ainda valores elevados para a categoria Facilmente agitado/chateado, demonstrando ainda dificuldades em relaxar e impaciência. Os indivíduos solteiros, casados e em união de facto apresentam os valores mais baixos, no sub-parâmetro excitação nervosa.

Relativamente à análise dos indivíduos que responderam ter uma doença face aos que não a possuem, o detalhe dos dados analisados pode ser expresso de acordo com a figura seguinte:

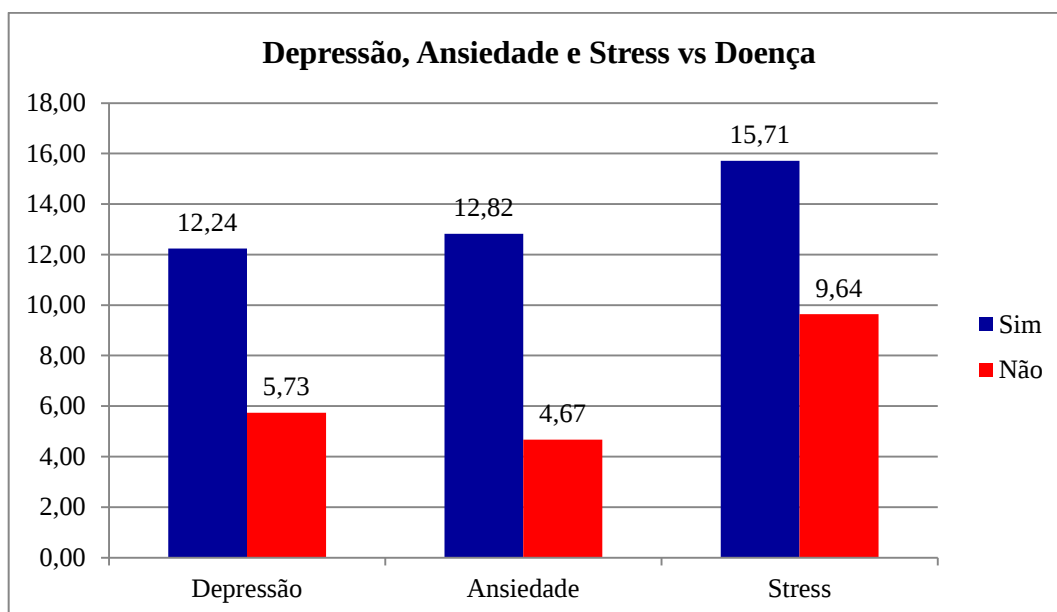


Figura 26: Resultados médios populacionais de acordo com a existência de doença

Verifica-se que os parâmetros analisados são superiores nos indivíduos doentes, ultrapassando sempre os valores considerados normais. Deste modo, os indivíduos que indicaram possuir uma doença possuem valores de depressão considerada leve (12,24), níveis de ansiedade moderada (12,82) e *stress* leve (15,71).

Considerando os sub-parâmetros que constituem a depressão, a Figura 27 espelha a distribuição dos resultados.

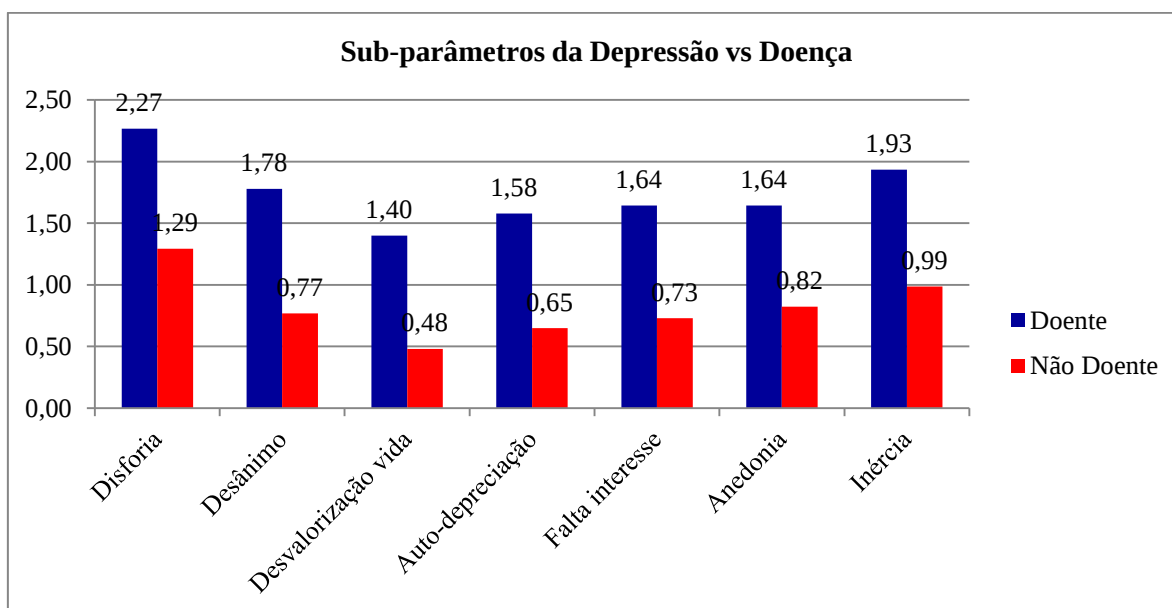


Figura 27: Resultados médios populacionais para a depressão de acordo com a existência de doença

A disforia é o sub-parâmetro indicado pelos indivíduos doentes como sendo o mais relevante dentro da depressão, seguido da inércia. O resultado mais baixo ocorreu para os indivíduos não doentes, na categoria Desvalorização da vida.

Considerando os níveis de ansiedade, a figura seguinte expressa os resultados da população amostrada.

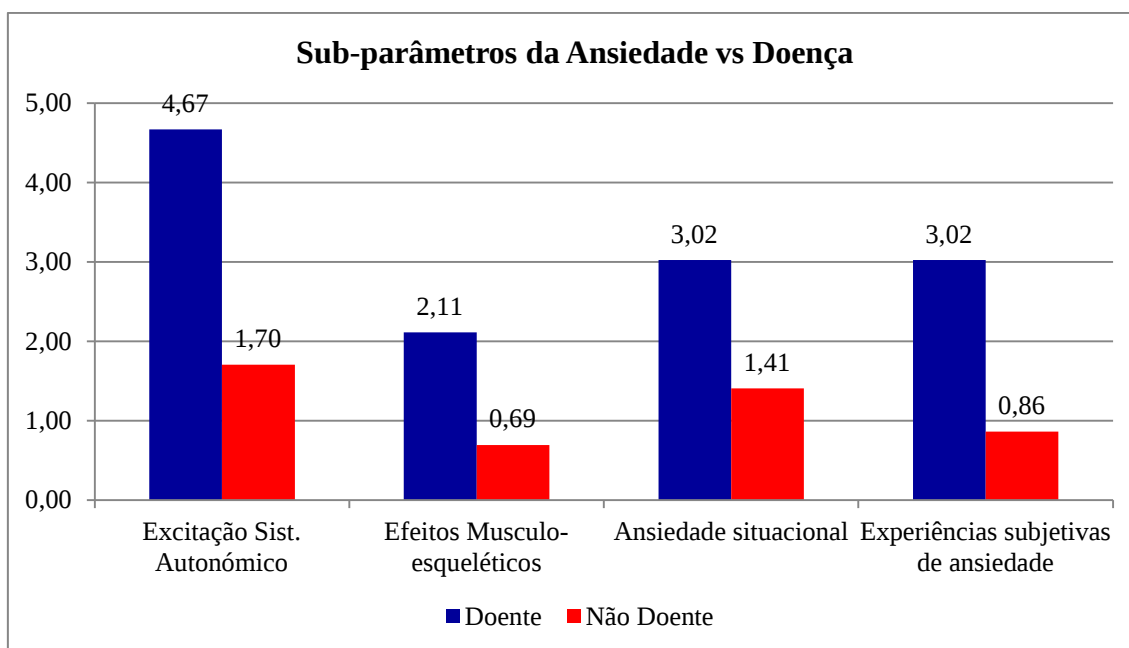


Figura 28: Resultados médios populacionais para a ansiedade de acordo com a existência de doença

Os indivíduos doentes destacam a excitação do sistema autonómico como o sub-parâmetro da ansiedade com maior relevância. De salientar que a discrepância de valores entre os indivíduos doentes e os não doentes, para esta categoria particular, é bastante grande. Os efeitos músculo-esqueléticos constituem o sub-parâmetro com menor pontuação, quer para os indivíduos doentes quer para os não doentes.

4.2. Resultados do WHOQOL-BREF

No que diz respeito à aplicação do questionário WHOQOL-BREF, apresentam-se de seguida os resultados para a população amostrada (Tabela 19).

Tabela 19: Resultados médios globais da aplicação da prova WHOQOL-BREF

		Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Pop Total	Média	77,59	76,77	71,45	72,29	67,28
	Desvio Padrão	12,08	15,04	14,84	17,15	14,47
Masculino	Média	78,31	78,12	74,65	72,97	67,70
	Desvio Padrão	11,83	14,70	14,11	17,70	14,75
Feminino	Média	77,05	75,77	69,07	71,78	66,98
	Desvio Padrão	12,25	15,23	14,93	16,74	14,26

Os resultados da tabela anterior podem ser representados visualmente através da figura seguinte:

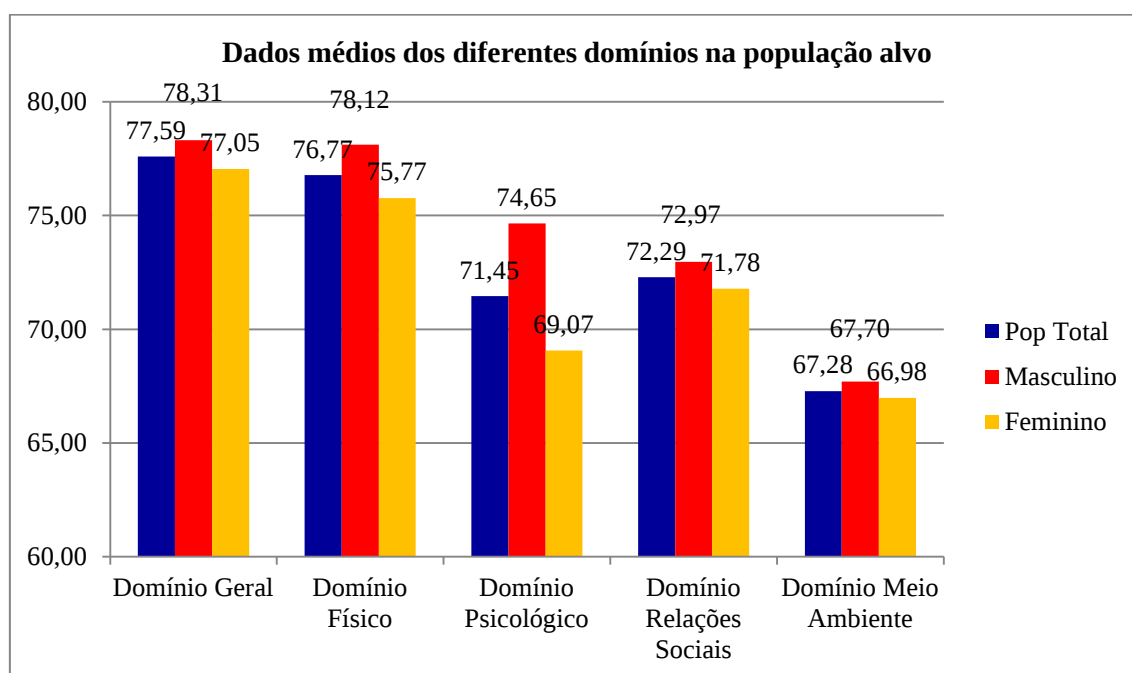


Figura 29: Dados médios dos diferentes domínios na população alvo

Através da análise dos resultados da figura anterior, é possível inferir que os níveis de qualidade de vida nos diferentes parâmetros são, de um modo geral, elevados, correspondendo sempre a valores acima dos 65%. Verifica-se ainda que a qualidade de vida avaliada no domínio geral e no domínio físico apresentam valores mais elevados, sendo que o domínio meio ambiente contém valores mais baixos. A interpretação do gráfico anterior

permite ainda inferir que, para todos os domínios avaliados, os homens apresentam resultados superiores aos das mulheres, indiciando níveis de qualidade de vida superiores para os diferentes domínios.

No que diz respeito à distribuição dos resultados para a qualidade de vida de acordo com a idade da população amostrada, estes vêm expressos na Figura 30, baseada na Tabela 20:

Tabela 20: Valores médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com a idade

	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
18-25 anos	82,31	81,75	73,03	76,17	70,40
26-35 anos	78,41	79,65	71,97	73,92	68,63
36-50 anos	77,11	77,25	72,52	72,38	68,00
51-64 anos	73,16	68,00	67,45	66,27	60,97
65+ anos	70,00	60,24	66,10	64,29	61,43

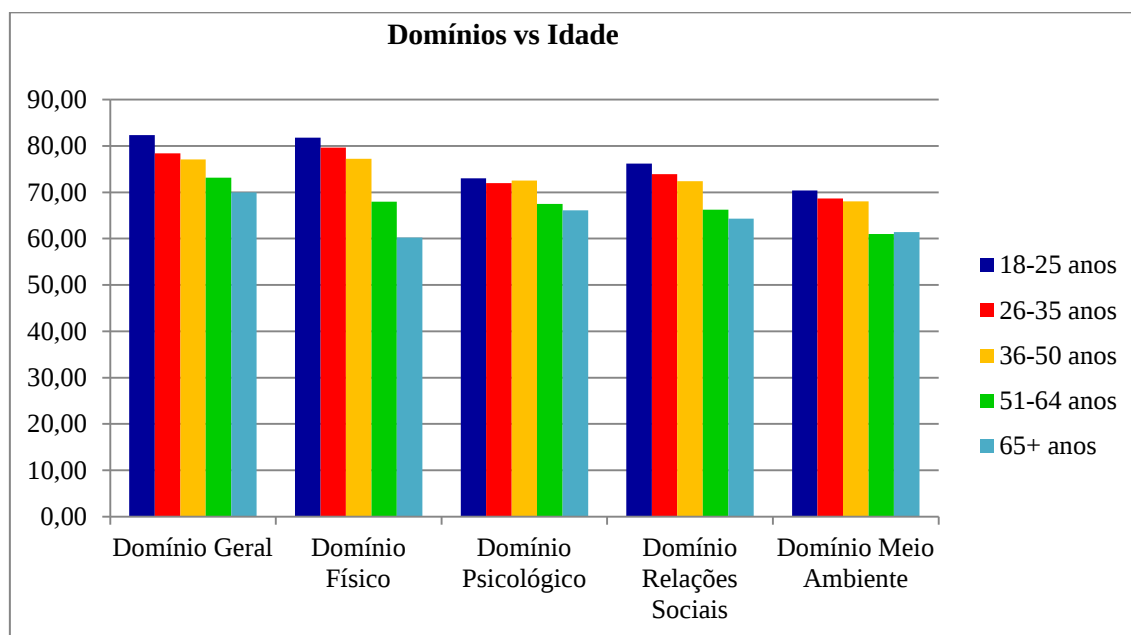


Figura 30: Resultados médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com a idade

De um modo geral, avaliando os diferentes domínios, verifica-se uma tendência de diminuição dos resultados com o aumento da idade. Assim, os indivíduos com idades entre os 18 e os 25 são os que apresentam valores mais elevados de todos os domínios, com particular relevância para o domínio geral e físico. Os indivíduos com 65 anos ou mais apresentam

percentagens mais reduzidas para os diferentes domínios, com valor mais baixo para o domínio físico (apenas 60,24%).

Considerando a distribuição da amostra de acordo com os seus níveis de escolaridade, os resultados vêm descritos na Tabela 21.

Tabela 21: Valores médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com o nível de escolaridade

	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Sabe ler/escrever	50,00	35,33	48,33	60,33	44,00
1º - 4º ano	64,50	57,85	60,50	62,32	52,03
5º - 6º ano	75,77	72,88	66,92	68,08	60,19
7º - 9º ano	75,36	74,82	69,17	69,55	64,46
10º - 12º ano	79,03	78,94	72,96	74,44	68,53
Estudos Universitários	80,71	80,45	74,13	74,14	72,21
Formação Pós Graduada	80,77	81,15	74,64	73,10	71,62

Os mesmos podem ser expressos graficamente através da figura seguinte:

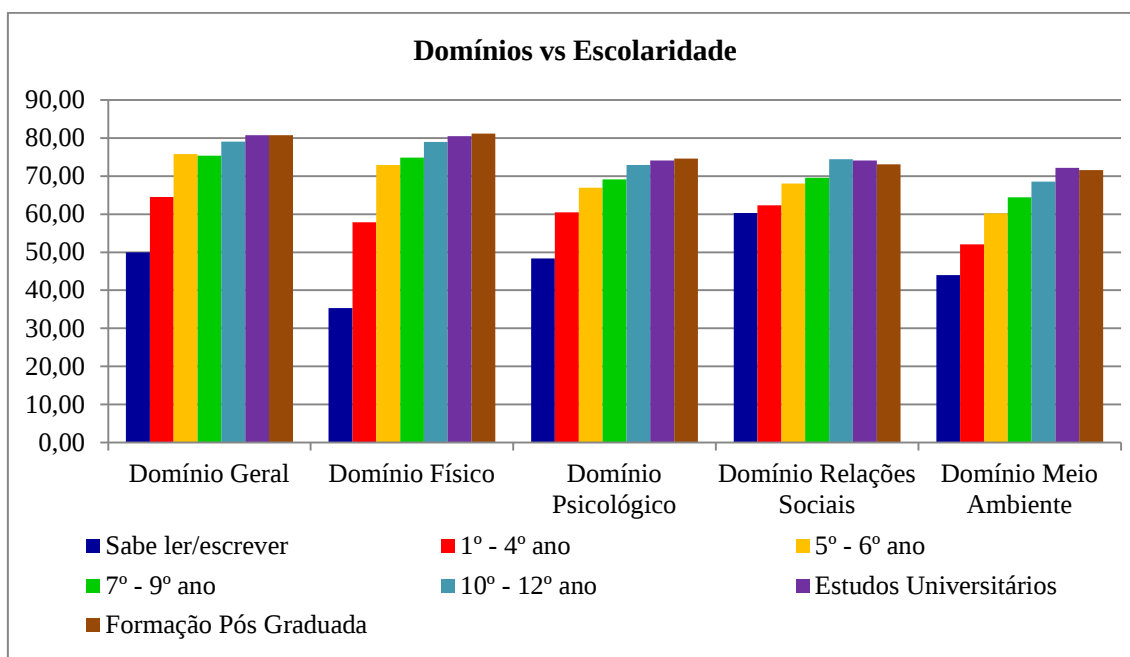


Figura 31: Valores médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com o nível de escolaridade

Analisando a figura anterior, verifica-se uma tendência de aumento das pontuações dos diferentes domínios à medida que aumenta a escolaridade da população. Assim, os indivíduos que sabem ler/escrever apresentam valores mais baixos para os diferentes domínios, com particular incidência no domínio físico onde a avaliação não ultrapassa os 36%. O domínio geral apresenta o resultado mais elevado da amostra, com os indivíduos pós-graduados a indicarem uma percentagem de 80,77% neste campo.

A amostra populacional pode ainda ser analisada tomando em consideração a sua distribuição por profissões. Os resultados vêm expressos na Tabela 22 e Figura 32:

Tabela 22: Valores médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com a categoria profissional

	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Quadros Superiores	80,56	82,78	74,17	72,89	75,78
Intelectuais e Científicos	80,04	79,86	73,44	73,06	70,69
Nível intermédio	77,87	76,55	72,87	73,77	68,84

	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Administrativo	75,44	76,15	68,56	70,34	65,90
Serviços/vendedores	77,52	79,09	75,27	77,52	67,39
Agricultura/pescas	65,00	56,50	65,50	47,00	44,00
Operários/artífices	73,33	72,50	64,75	69,33	54,17
Operadores máquinas	76,67	58,33	62,67	58,33	46,00
Não qualificados	71,96	73,16	65,80	66,53	58,92
Estudantes	82,32	78,13	71,44	73,98	69,51
Desempregados	69,13	62,13	63,70	61,96	52,30
Reformados	71,94	64,94	67,44	67,36	64,69

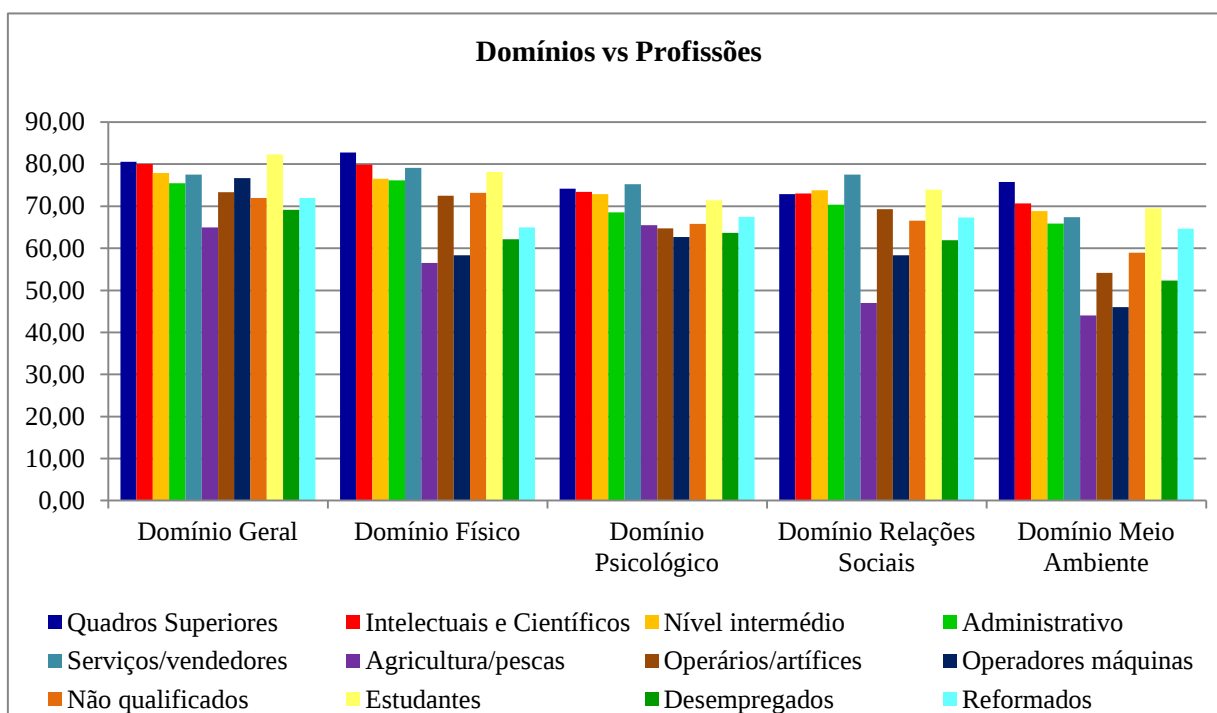


Figura 32: Resultados médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com a categoria profissional

Analisando os diferentes domínios que constituem a avaliação da qualidade de vida, verifica-se que o valor mais baixo se encontra no domínio meio ambiente, correspondendo aos Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas. Os valores mais

elevados correspondem aos domínios geral e físico, sendo que a categoria profissional dos Quadros Superiores, da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa (representados no gráfico por Quadros Superiores) está no topo com um percentagem de 80,56% para o domínio geral.

No que toca aos resultados discriminados de acordo com o estado civil da população amostrada, os mesmos vêm descritos na Tabela e Figura seguintes:

Tabela 23: Valores médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com o estado civil

	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Solteiro/a	80,07	80,44	71,60	73,57	69,17
Casado/a	76,75	75,14	72,17	72,67	66,83
União de facto	79,25	79,06	73,90	73,09	68,61
Separado/a	65,71	67,93	65,29	66,64	56,86
Divorciado/a	73,70	72,96	65,30	65,39	62,78
Viúvo/a	68,18	59,18	60,82	58,00	61,45

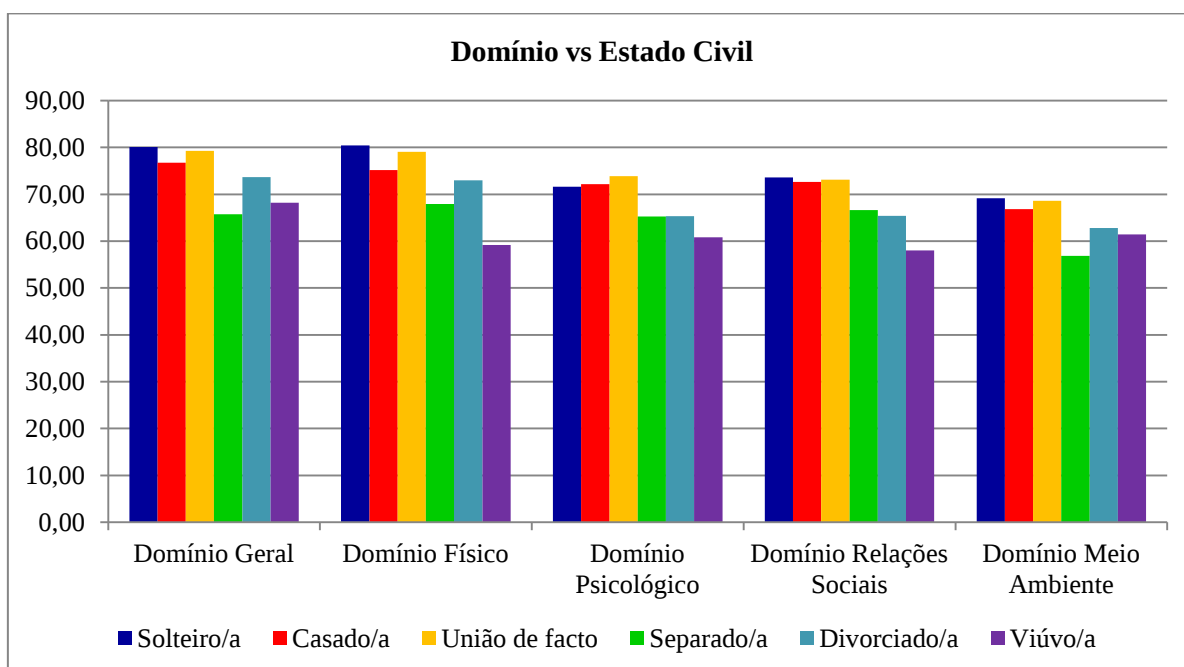


Figura 33: Resultados médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com o estado civil

A análise da figura anterior permite inferir que são os solteiros que em todos os domínios apresentam valores médios percentuais mais elevados, com destaque para os domínios geral e físico. Por oposição, os viúvos e separados apresentam os resultados mais baixos para os diferentes domínios. O menor valor percentual obtido corresponde ao domínio meio ambiente, onde os indivíduos separados obtiveram uma percentagem de 56,86%.

Analisando os resultados da população amostrada de acordo com o facto de estarem ou não doentes à data da realização dos inquéritos, os mesmos podem ser visualmente expressos de acordo com a Figura 34.

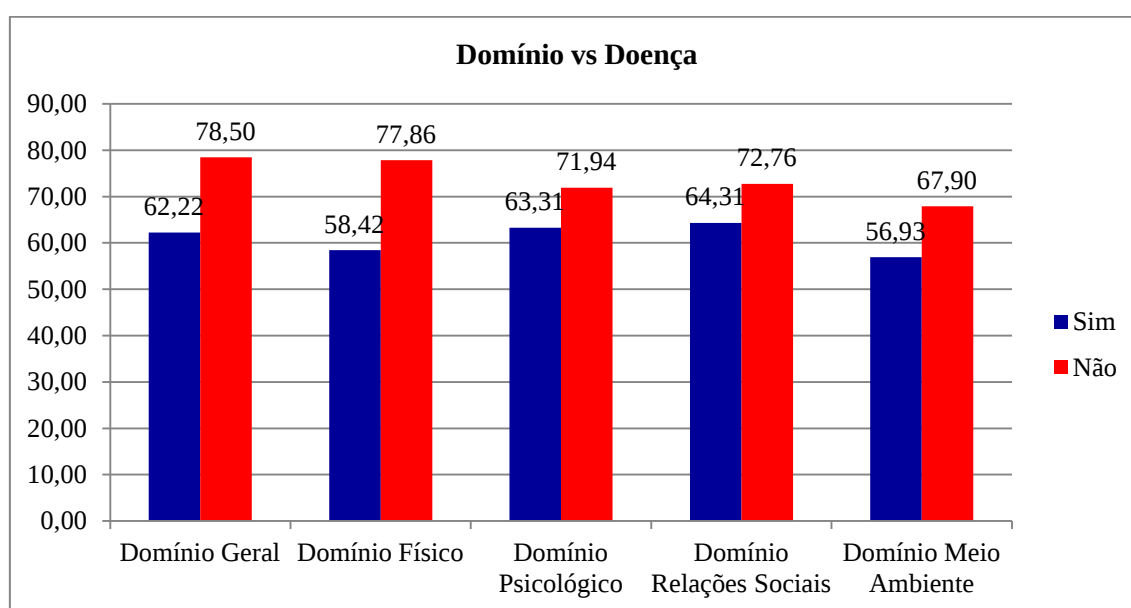


Figura 34: Resultados médios populacionais dos domínios da qualidade de vida de acordo com a existência de doença

Podemos inferir que na totalidade dos domínios analisados, os indivíduos doentes apresentam percentagens significativamente menores do que os indivíduos que responderam não estar doentes à data da realização do protocolo. A variação dos diferentes domínios, para os indivíduos doentes, é relativamente pequena sendo o valor médio mais baixo no domínio meio ambiente (56,93%) e o valor mais elevado no domínio relações sociais (64,31%).

Para os indivíduos não doentes, o domínio geral destaca-se como sendo o mais elevado, com uma percentagem média de 78,50%, sendo o domínio mais baixo o domínio meio ambiente, com um resultado médio de 67,90%.

5. Discussão

Tendo em conta a análise dos resultados obtidos no ponto anterior deste trabalho, destacam-se os seguintes tópicos relativamente aos dados sociodemográficos recolhidos através do questionário sociodemográfico do WHOQOL-BREF.

De uma forma geral, existe uma ligeira diferença entre géneros no que toca à população amostrada. Neste estudo, existem mais indivíduos do sexo feminino do que do sexo masculino. No que respeita à distribuição da população por idades, a maioria dos inquiridos encontra-se na faixa etária dos 26-50 anos, indiciando que a população amostrada é maioritariamente população ativa. Destaca-se ainda que o número de idosos é relativamente baixo comparando com a população total amostrada.

Relativamente à escolaridade da população amostrada, convém referir que não existem na amostra indivíduos que não saibam ler ou escrever. Destaca-se ainda que apenas três indivíduos se classificam na categoria Sabe ler/Escrever. A maioria da população está enquadrada do nível de escolaridade 10-12º ano, sendo seguida pelos indivíduos com estudos universitários. Ao nível das categorias profissionais da população amostrada, não existe uma distribuição relativamente uniforme pelos diversos grupos profissionais do INE. Destaca-se uma clara maioria ao nível dos especialistas das profissões intelectuais e científicas, sendo seguidos pelo pessoal administrativo e similares. Em oposição, os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas correspondem a apenas 2 indivíduos da população; e os operários, artífices e similares correspondem a apenas 3 indivíduos. Esta situação é justificável com o facto de este estudo ter sido realizado na cidade da Horta que é um meio urbano e não rural.

Analisando a distribuição da população de acordo com o seu estado civil, destaca-se que a maior parte da população é casada, sendo seguida pelos solteiros. Os grupos Separado, Divorciado e União de facto representam um valor baixo, o que poderá estar relacionado com a cultura religiosa e tradicional que se mantém num meio mais isolado, como seja uma ilha. No que concerne ao facto dos indivíduos estarem ou não doentes por altura da realização do questionário, existe uma clara diferença entre os dois grupos. Assim, os indivíduos doentes representam uma pequena percentagem do total da amostra, tendo sido mais apontadas as seguintes doenças: diabetes, problemas de ossos, hipertensão e problemas de coluna. Destaca-se o facto de três indivíduos terem descrito a depressão como a doença da qual padeciam, indicando todos eles estarem a ser acompanhados e tratados por médicos ou psicólogos em

regime de consulta externa. O facto de apenas uma percentagem pequena de indivíduos ter indicado estar doente no momento da aplicação do questionário revela que os dados obtidos não são influenciados por condições físicas e/ou psicológicas momentâneas relacionadas com a saúde dos mesmos e que influenciem os resultados obtidos.

No que diz respeito aos resultados obtidos para a população amostral total de acordo com a aplicação do questionário EADS-42, os valores médios obtidos no que se refere aos três parâmetros avaliados (depressão, ansiedade e *stress*) enquadram-se dentro da normalidade. Tendo em conta que os valores nacionais e mundiais apontam para uma tendência crescente de aumento da depressão, ansiedade e *stress* nas sociedades mais desenvolvidas, os valores obtidos para a população da cidade da Horta revelam-se contrários a esta tendência. Tal facto pode ser justificado pelas características inerentes ao meio em que as pessoas se inserem, onde as acessibilidades são relativamente simples, com pouco trânsito, proximidade entre movimentos pendulares, proximidade familiar e estreitas relações interpessoais, existindo ainda uma relação muito próxima com a natureza, principalmente com o mar.

Analisando os resultados obtidos a partir da aplicação do questionário WHOQOL-BREF para a população amostral total, verifica-se que no geral, para todos os domínios, os valores obtidos são elevados, estando todos acima dos 65%. Particularizando, o domínio com maior destaque é o domínio físico, seguido do domínio relações sociais. De um modo geral, podemos afirmar que os níveis de qualidade de vida na cidade da Horta aparentam ser bastante satisfatórios, o que está alinhado com o facto de os valores obtidos com a escala EADS-42 estarem dentro da normalidade.

Tal como referido para a saúde mental, os níveis de qualidade de vida elevados para as pessoas residentes na cidade da Horta podem estar relacionados com a peculiaridade da própria cidade, virada para o mar, bem como um estilo de vida que poderá ser considerado pouco extenuante.

No que diz respeito à discriminação de acordo com o género, os resultados obtidos através da aplicação do questionário EADS-42 indicam que nenhum dos parâmetros da saúde mental atinge valores médios considerados acima do normal. No entanto, e apesar de os valores nunca ultrapassarem os valores considerados normais, os indivíduos do sexo feminino denotam valores mais elevados nos três fatores analisados. Em particular, destaca-se a disforia

como o sub-parâmetro da depressão com resultados mais elevados; a excitação do sistema autonómico como o sub-parâmetro mais elevado da ansiedade; e dentro do *stress* a irritabilidade/reação exagerada.

No que toca à distribuição da população amostrada por idades, os resultados do questionário EADS-42 indiciam uma clara tendência de aumento dos níveis de depressão, ansiedade e *stress* com o aumento da idade, com exceção do grupo etário dos 18 aos 25 anos. Esta exceção poderá dever-se ao facto de estes indivíduos estarem mais suscetíveis às referidas variáveis, dado que ainda estão numa idade de busca pela sua independência e autonomia, para além de ser uma idade caracterizada por grandes mudanças pessoais, profissionais e académicas. Verifica-se ainda que população mais idosa tende a ter valores mais elevados de depressão, ansiedade e *stress*. Os valores mais preocupantes são a depressão, considerada leve, e a ansiedade moderada. O *stress* apresenta no entanto valores normais, mas mais elevados do que as restantes faixas etárias.

Para o grupo etário de 65 anos ou mais, verifica-se que a anedonia é o sub-parâmetro com maior destaque dentro da depressão, seguidos da disforia, inércia e falta de interesse. No que diz respeito à ansiedade, destaca-se a excitação do sistema autonómico e dentro do *stress*, os sub-parâmetros mais elevados são: facilmente agitado/chateado e irritável/reação exagerada. Os resultados encontrados podem ser justificados pelo facto dos indivíduos com 65 anos ou mais, por norma, terem uma vida menos ativa, estando numa fase de consciencialização de que já não se é jovem, com a perda de capacidades inerentes ao envelhecimento e com uma perspetiva de morte cada vez mais próxima

Analisando a população amostrada no que diz respeito à sua distribuição por níveis de escolaridade, verifica-se que o aumento dos níveis de depressão, ansiedade e *stress* é inversamente proporcional ao nível de escolaridade dos indivíduos da amostra. Assim, indivíduos com mais baixa escolaridade apresentam valores mais elevados nestes três fatores. Destaca-se que os indivíduos com nível de escolaridade “Sabe ler/escrever” apresentam valores de depressão, ansiedade e *stress* acima do normal, sendo na depressão considerado depressão grave, no limiar para o “extremamente grave”, uma ansiedade extremamente grave e níveis de *stress* considerados graves. Dentro dos sub-parâmetros considerados para a depressão, destaca-se o desânimo como o mais relevante para estes indivíduos, sendo que, no caso da ansiedade, o sub-parâmetro mais elevado corresponde à excitação do sistema autonómico e para o *stress*, o sub-parâmetro “facilmente agitado/chateado”.

Os indivíduos com estudos entre o 1º e o 4º ano também apresentam valores de depressão e ansiedade acima do normal, sendo que a depressão se enquadra na categoria de depressão leve e a ansiedade enquadra-se em níveis de ansiedade moderada. O nível de *stress* destes indivíduos está dentro do normal, sendo apesar de tudo mais elevado do que as categorias de escolaridade superiores. Os valores obtidos para os indivíduos com menor escolaridade têm de ser analisados cautelosamente no que concerne a extrapolações e interpretações do mesmo devido ao número reduzido de indivíduos que se enquadram nesta categoria (apenas 3 elementos).

No que diz respeito à análise dos resultados considerando a discriminação por profissões, verifica-se que os Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas apresentam níveis de depressão e ansiedade acima do normal, respetivamente, depressão moderada e ansiedade grave. Considerando os sub-parâmetros que constituem cada um dos construtos analisados, o valor mais elevado para a depressão encontra-se na anedonia, sendo para a ansiedade o sub-parâmetro excitação do sistema autonómico o que obteve um valor mais elevado. Destaca-se ainda que o *stress* está no limiar entre o normal e o leve, com principal enfoque nos sub-parâmetros “facilmente agitado/chateado” e “irritável/reação exagerada”.

Verifica-se que, para a população amostrada, os desempregados apresentam valores de depressão e ansiedade acima do normal, sendo que a depressão se encontra num estado leve e a ansiedade moderada. Para o grupo referido, o *stress* encontra-se no limiar entre a normalidade e níveis de *stress* leve. Estes factos podem ser justificados precisamente pela condição de desempregado que os indivíduos apresentam e por toda a problemática adjacente a este facto. Para os desempregados, o sub-parâmetro mais relevante no que diz respeito ao construto da depressão, e que justifica o atrás descrito, é o desânimo. A excitação do sistema autonómico é apontada pelos indivíduos como o sub-parâmetro mais relevante da ansiedade, sendo que para o *stress* os indivíduos relevam-se mais facilmente agitados/chateados, com níveis elevados de dificuldade em relaxar e impaciência.

Os reformados da amostra considerada apresentam também valores elevados de depressão, ansiedade e *stress*, sendo que a ansiedade ultrapassa já os valores normais (ansiedade leve). A excitação do sistema autonómico é o sub-parâmetro que mais contribui para esta ansiedade leve. Pode-se deduzir que tal facto advém da vida pouco ativa e

estimulante que a condição de reformado pode implicar, para além do provável envelhecimento e/ou invalidez que levou à reforma dos indivíduos.

No que diz respeito à discriminação dos dados de acordo com o estado civil da amostra, podemos fazer uma clara distinção entre os indivíduos solteiros, casados e em união de facto dos indivíduos separados, divorciados e viúvos. Para estes últimos, os valores são consideravelmente mais elevados do que para os primeiros, sendo que no caso dos separados os níveis de depressão e ansiedade são moderados e o *stress* é leve. Os viúvos apresentam valores de depressão leve, ansiedade leve e *stress* moderado. No que diz respeito aos divorciados, os valores estão dentro do normal, mas muito próximo do limiar entre o normal e o leve. Para os separados, divorciados e viúvos, os sub-parâmetros que mais contribuem para a depressão, ansiedade e *stress* são, respetivamente, a disforia, a excitação do sistema autonómico e “facilmente agitado/chateado”.

Considerando a distinção da população amostral quanto ao facto de, à data de aplicação do questionário EADS-42, estarem ou não doentes, verifica-se que os indivíduos que responderam afirmativamente apresentam valores consideravelmente mais elevados para a depressão, ansiedade e *stress* do que os indivíduos que responderam negativamente.

Considerando os resultados obtidos a partir da aplicação do questionário WHOQOL-BREF de acordo com o género, os resultados apontam para uma discrepância de valores entre o sexo masculino e feminino, sendo que em todos os domínios os indivíduos do sexo masculino apresentam valores mais elevados de qualidade de vida que os do sexo feminino. Neste campo, destaca-se o domínio psicológico onde a disparidade de valores é um pouco mais relevante.

Analisando os resultados obtidos com a aplicação do questionário WHOQOL-BREF para as idades, constatamos que, de um modo geral, os valores de qualidade de vida vão diminuindo com o avanço da idade, ou seja, indivíduos mais idosos tendem a ter valores dos domínios analisados da qualidade de vida mais baixos, com particular destaque para o domínio físico. No entanto, convém explicitar que não existem valores para todos os domínios que se possam considerar particularmente baixos. Não obstante, há que ser cuidadoso na análise dos resultados anteriores, já que o número de indivíduos inquiridos com mais de 65 anos é relativamente baixo.

Relativamente aos resultados obtidos para a qualidade de vida de acordo com a escolaridade da população, constata-se que existe um aumento dos resultados em todos os domínios com o aumento dos níveis de escolaridade da população amostrada. Efetivamente, os indivíduos que possuem níveis de escolaridade do 10-12º ano, formação superior ou pós-graduada apresentam valores de qualidade de vida consideravelmente superiores, atingindo um pico para os indivíduos pós-graduados no que diz respeito ao domínio geral. Por oposição, o domínio físico nos indivíduos que sabem ler/escrever apresenta os valores mais baixos.

No que toca aos resultados obtidos para a qualidade de vida no que se refere à categoria profissional, é possível constatar que os indivíduos pertencentes a quadros superiores apresentam de um modo geral valores mais elevados para todos os domínios considerados, com particular relevância para o domínio físico. No domínio geral, os valores que se destacam como mais baixos correspondem às categorias profissionais dos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas e desempregados. No domínio físico, os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas e os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem apresentam resultados médios mais baixos. Destaca-se como valores mais preocupantes os resultados obtidos para os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas nos domínios relações sociais e meio ambiente. Também os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem e os desempregados apresentam resultados relativamente baixos no domínio meio ambiente.

Relativamente aos resultados obtidos de acordo com o estado civil aquando da aplicação do WHOQOL-BREF, destacam-se os solteiros, casados e em união de facto (que constituem a maior parte da amostra) como sendo os que possuem valores mais elevados para cada um dos domínios analisados. Em oposição, os separados, divorciados e viúvos tendem a ter valores mais baixos. O valor mais baixo encontra-se no grupo de indivíduos viúvos, no que diz respeito ao domínio das relações sociais. Para estes indivíduos, o domínio físico encontra-se também relativamente baixo.

No que diz respeito aos valores avaliados para a qualidade de vida, os indivíduos que afirmaram estar doentes apresentam níveis mais baixos para todos os domínios analisados, com particular relevância para o domínio físico.

Relacionando os valores obtidos para a depressão, ansiedade e *stress* com os resultados obtidos para a avaliação da qualidade de vida, podemos constatar que as mulheres apresentam níveis de saúde mental e qualidade de vida mais baixos.

No que diz respeito à distribuição da população por idades, constatamos que, à medida que os indivíduos vão envelhecendo, os valores de saúde mental decrescem (com aumento dos níveis de depressão, ansiedade e *stress*) e os níveis de qualidade de vida diminuem, nos seus vários domínios.

Analisando a população de acordo com o seu nível de escolaridade, verifica-se que, de um modo geral, os indivíduos com níveis superiores de escolaridade tendem a apresentar valores superiores de qualidade de vida, com níveis mais baixos de depressão, ansiedade e *stress*.

De um modo geral, os indivíduos com profissões ligadas ao setor agrícola/pescas, operadores de máquinas apresentam valores mais baixos de qualidade de vida, bem como resultados mais elevados no que concerne aos parâmetros da saúde mental avaliados. Sendo um trabalho por norma de grande desgaste físico e emocional, os valores encontrados poderão ser justificados por tal facto. Para além disso, o reduzido contacto com outros indivíduos/colegas, assim como a sazonalidade associada à profissão, podem ser motivos que potenciem o aumento dos referidos construtos. No entanto, tal como anteriormente descrito, o número de indivíduos destas categorias remete-nos para uma análise cuidadosa das inferências a retirar relativamente aos resultados obtidos. Para os indivíduos desempregados, esta relação também se verifica, o que poderá estar associado à sua condição profissional/financeira.

No que diz respeito aos indivíduos solteiros, casados e que vivem em união de facto, constata-se que os primeiros tendem a apresentar níveis de qualidade de vida acima dos indivíduos separados, divorciados e viúvos. Estes últimos, com níveis mais baixos de qualidade de vida, apresentam ainda valores mais elevados no que diz respeito aos parâmetros da depressão, ansiedade e *stress* avaliados, denotando menores níveis de saúde mental. Os dados anteriormente referidos podem ser justificados pelo facto de os indivíduos pertencentes aos grupos dos solteiros, casados e em união de facto não terem experienciado situações de perda tais como a morte, separação e/ou divórcio. Para além disso, a presença de um parceiro, seja ele namorado/a, marido/mulher ou companheiro/a, pode ser apontado como um fator de estabilidade emocional que se pode revelar através dos resultados obtidos.

No que diz respeito aos valores avaliados para a qualidade de vida, os indivíduos que afirmaram estar doentes apresentam níveis mais elevados de depressão, ansiedade e *stress* bem como valores mais baixos de qualidade de vida, com particular relevância para o domínio

físico. Os factos anteriormente apresentados devem-se provavelmente à própria condicionante da doença, que é um fator impulsionador do aumento dos níveis de cada um dos parâmetros considerados. Uma vez que a saúde mental está intimamente relacionada com a saúde física, é bastante plausível que estes resultados sejam concordantes.

De um modo geral, parece assim existir uma relação inversamente proporcional entre os dois conceitos avaliados: quanto maior a qualidade de vida da população, menores são os valores de depressão, ansiedade e *stress*, e vice-versa.

6. Conclusões

A realização da presente dissertação teve como principal objetivo analisar a população residente na cidade da Horta no que diz respeito ao bem-estar, qualidade de vida e saúde mental. Em concreto, pretende-se com este estudo descrever os níveis de saúde mental, tendo como base o modelo tripartido, analisando os construtos de depressão, ansiedade e *stress* da população. É também objetivo desta dissertação analisar a qualidade de vida da população residente na Horta, considerando domínios distintos tais como: domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Deste modo, e no sentido de atingir os objetivos propostos, foi efetuada uma revisão bibliográfica que serviu de suporte à realização da parte prática, sendo esta última baseada em duas metodologias distintas: a aplicação da prova EADS-42 para analisar e descrever a saúde mental e a aplicação da prova da OMS WHOQOL-BREF, para analisar e descrever a qualidade de vida. Na realização da parte prática, foi dada especial atenção à definição da metodologia de amostragem, seleção e dimensão da amostra, de modo a garantir que o estudo seja representativo da população da cidade da Horta, validando assim a sua fiabilidade. Neste sentido, e com base na metodologia de amostragem definida, o protocolo foi aplicado a 805 indivíduos residentes na cidade da Horta, com mais de 18 anos.

Face ao conjunto de observações discriminadas anteriormente, destacam-se algumas conclusões finais relativamente à presente dissertação:

- De um modo geral, os grupos com menores níveis de saúde mental, portanto, com níveis mais elevados no que se refere à depressão, ansiedade e *stress*, apresentam também menor qualidade de vida (valores percentuais médios mais baixos nos diferentes domínios). Estes são, nos diferentes aspetos analisados: as mulheres, face aos homens; os indivíduos com 65 anos ou mais, face às restantes faixas etárias; os indivíduos com escolaridades mais baixas, por oposição aos indivíduos com maior nível de escolaridade; as profissões ligadas ao setor da agricultura e pescas, face às restantes categorias profissionais do INE, às quais se somam os reformados, desempregados e estudantes; os viúvos, separados e divorciados, por oposição aos solteiros, casados e indivíduos que vivem em união de facto; e por último, os indivíduos que referiram estar doentes à data de aplicação do protocolo, face aos que referiram não estar doentes.

- Analisando o conceito de saúde mental e considerando a população como um todo, não se verificam níveis de depressão, ansiedade e *stress* acima dos valores considerados

normais. No entanto, ao estudar a população de forma discriminada, verificam-se em algumas situações níveis de depressão, ansiedade e *stress* acima dos valores normais, em particular para os níveis de escolaridade mais baixo e para os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas.

- Considerando o conceito de qualidade de vida, os níveis obtidos nos diferentes domínios da mesma indiciam níveis de qualidade de vida bastante satisfatórios, sendo que as pessoas mostram-se menos satisfeitas no que se refere ao domínio meio ambiente. Tal situação poderá prender-se com a localização geográfica da cidade da Horta que poderá condicionar o acesso a bens, informação, cultura, entre outros.

- Genericamente, e com as devidas reservas, podemos concluir que, na cidade da Horta, os níveis de qualidade de vida parecem ser diretamente proporcionais aos níveis de saúde mental, ou seja, quanto maiores os níveis de qualidade de vida, maior a saúde mental da população.

- A relação anterior parece manter-se independentemente do género, idade, nível de escolaridade, profissão, estado civil, e existência de doença à data de realização do protocolo, para a população da cidade da Horta.

Durante a realização desta dissertação, procurou-se desenvolver o conjunto de tarefas necessárias com rigor e seriedade, numa tentativa de contornar as dificuldades sentidas. No entanto, este estudo apresenta algumas limitações, citadas seguidamente:

- A aplicação dos questionários efetuou-se num período de 5 meses, os quais abrangeram apenas uma parte do ano civil. Assim, as conclusões obtidas podem ser camufladas ou hipervalorizadas por um conjunto de variáveis que interferem nos resultados obtidos, como sejam o clima, o turismo ou a sazonalidade de algumas atividades económicas.

- Na realização dos inquéritos por questionário, verificou-se a existência de um conjunto de variáveis externas tais como a presença de outras pessoas em volta, o facto de o protocolo ser algo moroso, fatores de desejabilidade social ou disponibilidade para participar neste estudo. Estes fatores podem ser variáveis influenciadoras e condicionantes das respostas dos indivíduos inquiridos, podendo assim enviesar os resultados.

- Devido à falta de meios financeiros, recursos humanos e tempo, não foi possível realizar os inquéritos a uma maior fatia da população da cidade da Horta. Assim, a variação da população, por género, idade, nível de escolaridade, grupo profissional, estado

civil e doença poderá não ser representativa da variação real da população total da cidade. Como exemplo, destaca-se o grupo dos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas, que representa neste estudo uma percentagem que não parece corresponder à realidade.

- Salienta-se o facto de não existirem, até ao presente, estudos efetuados sobre os temas abordados nesta dissertação no que se refere tanto a ilhas como mais especificamente, à cidade da Horta.
- Por último, destacam-se as limitações inerentes à metodologia considerada, no que diz respeito à aplicação das provas, referidas pelos autores das mesmas.

Neste sentido, como principais linhas de orientação futura, salienta-se a importância de abranger uma fatia populacional maior, durante um período de tempo mais alargado e que abranja o mínimo de um ano, para incluir todas as condicionantes referentes às variações inerentes ao mesmo. Seria do maior interesse alargar este estudo à ilha no seu todo, não se restringindo apenas à cidade, já que sendo um meio tão pequeno a distinção entre o meio rural e o meio urbano esbate-se.

Outra recomendação prende-se com a análise mais detalhada da população, no que se refere à sua variabilidade sociodemográfica, no sentido de perceber se existem outros parâmetros não considerados neste estudo que influenciem de modo condicionante os níveis de bem-estar, qualidade de vida e saúde mental da população.

Seria da maior pertinência a análise de outros construtos, para além dos analisados na presente dissertação, para um maior conhecimento da população em causa.

Em suma, esta dissertação poderá servir como base para o desenvolvimento de estudos mais aprofundados sobre fatores relacionados com a insularidade. Este trabalho poderá ainda ajudar a caracterizar a população, quer da Região Autónoma dos Açores quer, mais alargadamente, do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2002). *DSM IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, L. & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 285-290
- Auerbach, S. & Grameling, S. (1998). *Stress Management Psychological Foundations*. New Jersey: Prentice Hall
- Batista, M. A. & Oliveira, S., (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6 (2), 43-50.
- Bech, P. (1005). Quality of life measurements in the medical setting. *European Psychiatry*, 10, 83-85
- Bowling, A. & Windsor, J. (2001). Towards the good life: a population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2(1), 55-82.
- Brown , T., Chorpita, B., & Barlow, D. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179-192.
- Calman, K. (1984). Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *Journal of Medicine and Ethics*, 10, 124-127.
- Câmara Municipal da Horta. (2011). In www.cmhorta.pt acedido em Fevereiro de 2012.
- Canavarro, M. C., Simões, M.R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J. , et al. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-BREF. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado & M. Gonçalves. *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa*. (Vol.3). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M. , Simões, M. R., Quartilho, M. J. , Rijo, D., Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL 100 e WHOQOL-BREF). In M.C. Canavarro & A. Vaz Serra. *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

- Clark, L., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Climate Global Warming and Daylight Charts and Data (2011). In www.climate-charts.com ,
acedido em Fevereiro de 2012.
- Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12, 1-13
- Fleck, M. (1998). Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). In <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html> ,
acedido em Fevereiro de 2012.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., et al. (2000). Avaliação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-BREF”. *Journal of Public Health*, 34(2), 178-183
- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214
- Hyland, M. (1992). A reformulation of quality of life for medical science. *Quality of life Research*, 1, 267-272
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Classificação Portuguesa das Profissões. In www.ine.pt ,
acedido em Outubro de 2011.
- Leidy, N., Revicki, D., Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value in health*, 2,113-127
- Lipp, M. & Tanganelli, M. (2002). Stress e Qualidade de vida em magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 537-548
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995a). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories Behaviour Research and Therapy, 33(3), 335-343.
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995b). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. (2ª ed.). Sidney: Psychology Foundation.
- Montgomery, S. (1993). *Ansiedade e Depressão*. (1ª ed.). Climepsi Editores

- OMS (2001a). Relatório Mundial da Saúde – A Saúde Mental pelo Prisma da Saúde Pública. In <http://www.who.int/en/>, acessado em Maio de 2012 em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_po.pdf.
- OMS (2001b). *The World Health Report 2001: Mental health – New understanding, new hope*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- Orley, J., WHOQOL Group (1994). The World Health Organization (WHO) Quality of Life Project. In M. R. Trimble & W. E. Dodson. *Epilepsy and Quality of Life* (pp 99-107). New York: Raven Press.
- Pais Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 77-99.
- Pais Ribeiro, J.L (2002). A qualidade de vida tornou-se um resultado importante no sistema de cuidados de saúde. *Revista de Gastroenterologia & Cirurgia*, XIX (103), 159-173.
- Pais Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Van Praag, B., & Fritjers, P. (1999). The measurement of welfare and well-being: The Leyden approach. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 413-433). New York: Russel Sage Foundation.
- Vaz Serra, A. (1994). *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra; Edição Psiquiatria Clínica.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. Simões, M. Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., et al (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Veigas, J. & Martinho, G. (2009). A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress. In <http://www.psicologia.pt/>, acessado em Junho de 2012 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0485.pdf>.
- Veit, C. & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742

Wetzel, J. (1984). *Clinical handbook of depression*. New York: Gardner Press.

ANEXOS

ANEXO I – Mapas descritivos da cidade da Horta

ANEXO II – Protocolo aplicado à população amostral

ANEXO II – Protocolo aplicado à população amostral

DADOS PESSOAIS			
A1	Idade		anos
A2	Data de Nascimento	____ / ____ / ____	
A3	Sexo		Masculino Feminino
A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever Sabe ler e/ou escrever 1º-4º anos 5º-6º anos 7º-9º anos 10º-12º anos Estudos Universitários Formação pós-graduada	
A5	Profissão		
A6.1	Freguesia		
A6.2	Concelho		
A6.3	Distrito		
A7	Estado Civil	Solteiro(a) Casado(a) União de facto Separado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)	
B1a	Está actualmente doente?	Sim ☐	Não ☐
B1b	Que doença é que tem?		
B2	Há quanto tempo?		
B3	Regime de tratamento?	Internamento ☐	Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐
C. Forma de administração do questionário		1. Auto-administrado ☐ 2. Assistido pelo entrevistador ☐ 3. Administrado pelo entrevistador ☐	
D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?			

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

EADS-42		Data ____/____/____			
Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. <i>A classificação é a seguinte:</i> 0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes					
1	Dei por mim a ficar aborrecido com coisas triviais do dia a dia	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Parecia-me não estar a conseguir ir mais além	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti-me a fraquejar (por ex., sem força nas pernas)	0	1	2	3
8	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
9	Estive em situações que me provocaram tanta ansiedade que fiquei aliviado quando consegui sair delas	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar aborrecido com grande facilidade	0	1	2	3
12	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
13	Senti-me triste e deprimido	0	1	2	3
14	Dei por mim a ficar impaciente quando me faziam esperar	0	1	2	3
15	Tive sensações de desmaio	0	1	2	3
16	Senti que tinha perdido o interesse em praticamente tudo	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Tive suores intensos que não foram provocados por temperatura elevada ou exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3

21	Senti que a vida não valia a pena	0	1	2	3
22	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
23	Tive dificuldades em engolir	0	1	2	3
24	Parece que não consegui ter prazer nas coisas que fiz	0	1	2	3
25	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
26	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
27	Senti-me muito irritável	0	1	2	3
28	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
29	Senti dificuldade em acalmar-me depois de algo que me aborreceu	0	1	2	3
30	Tive medo de não conseguir enfrentar tarefas simples porque não estou familiarizado com elas	0	1	2	3
31	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
32	Tive dificuldade em tolerar ser interrompido no que estava a fazer	0	1	2	3
33	Estive num estado de tensão nervosa	0	1	2	3
34	Senti que não tinha valor	0	1	2	3
35	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
36	Senti-me aterrorizado	0	1	2	3
37	Não consegui ver nada no futuro para ter esperança	0	1	2	3
38	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3
39	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
40	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
41	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
42	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Reference: Pais-Ribeiro, J., Honrado, & Leal, I.(2004). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das escalas de depressão ansiedade stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*,36,235-246