

CÉLIA MARIA RAFAEL MARTINS

**QUALIDADE DE VIDA, ESTRATÉGIAS DE
COPING E DEPRESSÃO EM PROFESSORES DO
ENSINO BÁSICO DO 1º CICLO**

Orientador: Nuno Colaço

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2011

CÉLIA MARIA RAFAEL MARTINS

**QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E ESTRATÉGIAS DE
COPING EM PROFESSORES DO ENSINO BÁSICO DO
1º CICLO**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia, Aconselhamento e
Psicoterapias conferindo pela Universidade
Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Nuno Colaço

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2011

...embora ninguém possa voltar atrás e
fazer um novo começo, qualquer um
pode começar agora a escrever um
novo fim (...)

Casa de Saúde do Telhal (s/d)

Dedicatória

Aos meus filhos, Sofia e Gonçalo e ao meu marido Pedro um agradecimento especial pelo apoio e compreensão incondicional que tiveram ao longo desta encruzilhada.

Agradecimentos

A realização deste trabalho envolveu a participação e dedicação de muitas pessoas.

Agradeço ao Professor Doutor Nuno Colaço pela orientação, disponibilidade, interesse e apoio incondicional que prestou ao longo de todo este trabalho, bem como as críticas construtivas que fez para que este projeto se concretizasse.

Ao Professor João Taborda pelo positivismo e incentivo que deu ao longo do tempo.

Aos professores do Ensino Básico 1ºCiclo que mostraram disponibilidade para participarem neste estudo, de facto, sem eles era impossível o presente estudo. Ao meus amigos e colegas que estiveram sempre presentes nos momentos mais difíceis.

Agradeço finalmente à minha família, principalmente à minha mãe, pelo apoio e ajuda prestados para que fosse possível terminar esta investigação.

RESUMO

A depressão é hoje considerada uma das perturbações psicológicas mais comuns, acrescentando-se um grave problema de saúde pública. O estado depressivo inclui factores de ordem fisiológica, social e comportamental. Na linha da psicologia, o conceito de qualidade de vida é auto-estima e respeito pelo seu semelhante, é saber superar as adversidades da vida conservando o equilíbrio mental, é saber usufruir dos momentos da felicidade, é saber garantir relações sociais, é ter boas expectativas em relação ao futuro. Assim, qualidade de vida depende largamente da interação sujeito/sociedade. *Coping* define-se como atitudes do indivíduo a nível comportamental e cognitivo, que estão em constantes transformações, dependendo da situação, um coping adequado proporciona um ajustamento adequado. Dada a relevância deste problema, esta investigação pretende estudar a associação entre qualidade de vida, estratégias de coping e depressão em professores do ensino básico 1ºciclo. Participaram na presente investigação 101 professores do ensino básico, de naturalidade portuguesa, 15 do sexo masculino e 86 do sexo feminino. Como principais resultados observámos que as estratégias de *coping*, nesta amostra, apresenta um padrão associativo diferente entre qualidade de vida e depressão, uma vez que as correlações encontradas são inversas. Verificou-se também que os professores do ensino básico avaliados na presente investigação utilizam estratégias de *coping* mais relacionadas com fuga ou evitação quando existe maior sintomatologia depressiva e associada com um grau de satisfação com a qualidade das suas vidas é inferior.

Palavras-chave: Qualidade de vida, estratégias de *coping* e depressão

ABSTRACT

Depression is now considered one of the most common psychological disorders, adding a serious public health problem. The state of depression include factors of a physiological, behavioral and social. In line with the psychology, the concept of quality of life is self-esteem and respect for his fellow man is able to overcome the adversities of life and maintain the balance of mind, is how to enjoy the moments of happiness, is how to ensure social relations, is to have good expectations about the future. Thus, quality of life depends largely on the interaction subject / society. Coping is defined as the attitudes of the individual behavioral and cognitive, that are in constant change, depending on the situation, an appropriate coping provides an appropriate adjustment. Given the importance of this problem, this research aims to study the association between quality of life, coping strategies and depression in a primary school teacher cycle. Participated in this study 101 school teachers of Portuguese natural, 15 male and 86 female. The main results show that coping strategies in this sample shows a pattern different associations between quality of life and depression, since the correlations are reversed. It was also found that elementary school teachers evaluated in this study use more coping strategies related to avoidance or escape when there is more associated with depressive symptoms and a degree of satisfaction with the quality of their lives is lower.

Keywords: Quality of life and coping strategies and depression

ABREVIATURAS

APA – Associação dos Psicólogos Americanos

BDI- Inventário de Depressão de Beck

DSM- Manual de Diagnóstico e estatístico das Perturbações Mentais

OIT- Organização Internacional do Trabalho

QV- Qualidade de Vida

QVE- Qualidade de Vida Emocional

QVF- Qualidade de Vida Físico

QVS- Qualidade de Vida Social

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1 Qualidade de vida.....	14
1.2 Estratégias de coping.....	18
1.3 Depressão.....	21
1.4 Qualidade de vida, estratégias de coping e Depressão em Professores do Ensino Básico 1º Ciclo.....	26
CAPÍTULO II – MÉTODO.....	32
2.1. <i>Participantes</i>	33
2.2. <i>Instrumentos</i>	35
2.3. <i>Procedimentos</i>	38
CAPÍTULO III – RESULTADOS.....	39
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO.....	45
CONCLUSÃO.....	52
BIBLIOGRAIA.....	55
Apêndices.....	I
Anexos.....	XIV

Índice de tabelas

Tabela 1 – Caraterísticas da sócio-demográficas.

Tabela 2 – Caraterísticas da experiência profissional.

Tabela 3 – Estudo da normalidade das variáveis psicológicas em estudo.

Tabela 4 – Comparação entre sexos para os índices de depressão, qualidade de vida e estratégias de coping.

Tabela 5 – Correlação entre as variáveis em estudo para a totalidade da amostra.

Tabela 6 – Correlação entre a idade e tempo de serviço com as variáveis psicológicas em estudo.

INTRODUÇÃO

Quando Lyndon Johnson (1964) presidente dos Estados Unidos da América utilizou o conceito de qualidade de vida pela primeira vez, afirmando que “os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” O presidente referiu-se à qualidade de vida em termos económicos. Segundo Torrance (1987) a qualidade de vida é “a qualidade da nossa vida em cada ponto do tempo entre o nascimento e a morte”. Grant (1990) define qualidade de vida como “um estado pessoal positivo ou negativo de atributos que caracterizam a vida de cada indivíduo.”

Folkman e Lazarus (1980) classificam o coping em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema e coping focalizado nas emoções. A primeira categoria incide nos esforços cognitivos e comportamentais para dominar ou resolver uma situação stressante. Enquanto a segunda categoria reúne os esforços cognitivos e comportamentais para evitar pensar na situação stressora ou para gerir o desconforto emocional causado pelo stress (Moos, 1993, in Borges, 2006). Segundo Ogden (1999) o sujeito quando se depara com uma situação stressante, desenrolam-se respostas a nível biológico, alterações no funcionamento dos sistemas nervosos, vegetativos, endócrinos e imunitários, bem como alterações psicológicas e comportamentais que exigem que tenha de desenvolver estratégias.

Os professores confrontam-se hoje com problemas e dificuldades que, no passado, tinham, comparativamente, pouca expressão. Estas novas situações levaram, precisamente a partir dos anos 1970, a orientar a atenção para o descontentamento na vida docente, chegando, inclusive, a Organização Internacional do Trabalho (OIT 1981, p.15) a considerar “a profissão docente como uma profissão de risco físico e mental”.

Enquanto docente interessada e envolvida na investigação de psicologia, faz todo o sentido pesquisar e tirar elações desta problemática que se traduz na qualidade de vida, estratégias de coping e depressão, face a um melhor bem estar físico e psicológico, tanto no papel de docente como no papel de cidadã comum.

Com a presente trabalho, pretende-se investigar a associação entre a qualidade de vida, estratégias de *coping* e depressão em professores do ensino básico. A revisão da literatura aponta que a depressão está associada a pior qualidade de vida e que estratégias de *coping* de carácter de fuga ou evitamento também o estarão.

Neste trabalho, apresenta-se um primeiro capítulo que se subdivide em quatro pontos, sendo o primeiro Qualidade de Vida, o segundo, Estratégias de Coping, o terceiro, Depressão onde se faz uma abordagem aos conceitos e aos modelos teórico em diferentes épocas e autores, e por último ponto, Qualidade de vida, Estratégias de coping e Depressão, onde se faz uma articulação entre aquelas três variáveis. Num segundo capítulo “Método”, caracteriza-se os participantes, as medidas utilizadas para este estudo e o procedimento. Um terceiro capítulo “Resultados”, onde serão apresentados os resultados obtidos. Aborda-se num quarto capítulo “Discussão”, em que serão discutidos os resultados obtidos com o enquadramento teórico. Por fim, a conclusão onde constará as principais conclusões do estudo.

Esta dissertação foi elaborada segundo as normas da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, tendo as citações, bibliografia e apresentação de tabelas respeitando as normas de publicação da *American Psychological Association* (2002).

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Qualidade de Vida

A dificuldade sentida por alguns autores para descrever “qualidade de vida” está no facto de este conceito abranger muitos factores, e mudar de pessoa para pessoa, dependendo do tipo de vida e de expectativa de cada um. A qualidade de vida é um conceito holístico que abrange vários significados, rebatendo conhecimentos, experiências e valores, tanto individuais como de grupo.

Quando Lyndon Johnson (1964) presidente dos Estados Unidos da América utilizou o conceito de qualidade de vida pela primeira vez, afirmando que “os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” O presidente referiu-se à qualidade de vida em termos económicos. Segundo Torrance (1987) a qualidade de vida é “a qualidade da nossa vida em cada ponto do tempo entre o nascimento e a morte”. Grant (1990) define qualidade de vida como “um estado pessoal positivo ou negativo de atributos que caracterizam a vida de cada indivíduo.” Esta declaração promoveu grande interesse pelo conceito de QV, proporcionando um número considerável de estudos em que eram mencionadas interpretações do construto, o que de facto, dificultou a aceitação de uma definição consensual (Schalok & Verdugo, 2006).

Segundo Giovanni Pires (1998), o conceito QV é muito vago, uma vez que tem a ver com a forma que cada indivíduo vive, como sente e compreende o quotidiano. Realaciona-se, também, com a saúde, a educação, o transporte, a habitação, e com as tomadas de decisão. Este autor declarou ainda que o conceito de qualidade de vida devia ser reavaliado, uma vez que se apresenta incompleto, uma vez que não abrange o critério “expectativas futuras”.

A qualidade de vida está, assim, relacionada com a percepção que cada um tem de si e dos outros, do mundo que o rodeia e pode ser avaliada mediante critérios apropriados, tais como, a educação, a formação de base, a actividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, o optimismo, as necessidades pessoais e a saúde. Estes critérios são valorizados de forma diferente por cada indivíduo consoante as circunstâncias: físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e económicas em que se encontra.

Costa Neto (1998) identificou 446 instrumentos de avaliação de qualidade de vida em 70 anos, dos quais, 322 só apareceram na literatura a partir dos anos 80. Na década de 90 o conceito qualidade de vida apoderou-se de todos os espaços, passou a integrar o discurso académico, a literatura relativa ao comportamento nas organizações, os programas de

qualidade total, as conversas informais e a média em geral. Desta forma, o termo tem sido utilizado tanto para avaliar as condições de vida urbana, incluindo transporte, saneamento básico, lazer e segurança, quanto para se referir à saúde, conforto, bens materiais.

Na verdade, segundo Marques (2000) o que é novo é a expressão, não a preocupação com a qualidade de vida, com o bem-estar. Bom Sucesso (2002) admite que cada um procura a felicidade, a harmonia, o equilíbrio interior, contudo as situações que se vivenciam no dia a dia fazem com que as pessoas se sintam esmagadas por conflitos, aflições, angústias e insatisfações. A aquisição de realizações externas acalmam as ansiedades e angústias, contudo não solucionam a questão, uma vez que condicionar-se para a conquista das coisas exteriores não permite o cultivo do campo íntimo que constitui a essência de cada um.

Considera-se, assim, que os factores biológicos, culturais, económicos e psicológicos influenciam a qualidade de vida de cada um.

Do ponto de vista biológico, a qualidade de vida quando se relaciona a intervenções de saúde específicas é utilizada como um indicador nas avaliações clínicas de doenças específicas, o que para Seidl e Zannon (2004) trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as perturbações, disfunções ou incapacidades podem transportar para os indivíduos afetados, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à nova condição.

Neste contexto, pode-se constatar que é a percepção que o indivíduo possui da afeição física, a capacidade que supõe ter para realizar determinadas tarefas, as quais, antes de se terem efectuado mudanças no seu estado de saúde, realizava sem dificuldade.

Do ponto de vista cultural considera-se que o conceito de QV vai se modificando à medida que a ciência e a tecnologia avançam, a saúde e a habitação se desenvolvem, o poder económico melhora e os conhecimentos sobre caridade e humildade se aperfeiçoam (Leal, 2008)

Cabral (1992) afirma que as carências dos consumidores transformam-se de forma natural, uma vez que a dimensão histórica e cultural vai evoluindo, fazendo com que aquilo que há anos atrás era considerado como um nível de vida aceitável, hoje já se considera essas condições de vida ultrapassadas.

Do ponto de vista económico, a QV é inerente ao suporte financeiro e aos bens materiais que cada indivíduo possui bem como aos sentimentos que a eles se encontram associados (Leal, 2008).

Finalmente, do ponto de vista psicológico, o conceito de QV é estima e respeito pelo seu semelhante, é saber superar as adversidades da vida conservando o equilíbrio mental, é saber usufruir dos momentos da felicidade, é saber garantir relações sociais, é ter boas expectativas em relação ao futuro Assim sendo, QV encontra-se dependente do indivíduo e da sua interacção com os outros e com a sociedade (Leal, 2008).

Para a Organização Mundial de Saúde (1995) QV é a forma como o indivíduo compreende a sua posição na vida, no âmbito cultural e de valores, e à preferência e exigência dos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”. Contudo, esta definição não engloba o ser optimista, ter recursos financeiros suficientes, estar bem na sua profissão (Leal, 2008).

Na actualidade, o indivíduo procura um certo equilíbrio para melhor sobreviver, tenta integrar-se num contexto sócio-político-cultural a qual pertence. Por conseguinte, acredita-se que as pessoas vivem em constante procura, interagindo com ou outros e com o meio ambiente e que, efetivamente, durante esse processo passam por crises/obstáculos. Observa-se também uma tendência para descrever QV com base em aspetos específicos associados a determinados grupos de sujeitos. Assim, tem se desenvolvido instrumentos de avaliação de QV para pessoas com patologias específicas e para sujeitos com idade avançada.

No entanto, permanece ainda uma diversidade de conceitos sobre a definição de QV. Ainda assim, Martins (2006) declara que parece existir consenso relativamente a alguns aspectos conceptuais, tais como, a integração de domínios relacionados com o bem-estar e compreende mais que uma dimensão, podendo haver inter-relação entre eles; integra fatores objetivos externos à pessoa; é influenciado e varia com a idade, sexo, raça, cultura e estatuto socioeconómico; é qualificado por uma larga variabilidade intra e inter sujeitos diferentes por padrões culturais e sociais; integra uma visão holística que permite perceber o que é valorizado para cada indivíduo; é apoiado nas percepções individuais. Estes conceitos refletem a necessidade dos indivíduos terem escolhas nas actividades e intervenções, uma forma de *empowerment* que lhe permite um controlo pessoal.

Para avaliar a QV, os instrumentos permitem que o indivíduo realize uma introspecção e avalie a sua própria QV. Pretendem explorar o impacto de uma doença sobre a vida das pessoas, ao avaliar aspectos como as disfunções psíquicas e os desconfortos físicos e emocionais, além de identificarem as pessoas que necessitam de cuidados particulares ou tratamento médico (Leal, 2008).

Os instrumentos de avaliação de QV dividem-se em dois tipos: os genéricos e os específicos. Os primeiros medem os distúrbios de saúde percebidos pelo paciente e podem ser aplicados em vários tipos de doenças, de tratamentos ou de intervenções médicas ou mesmo entre culturas e lugares diferentes; Os segundos avaliam uma doença específica e quantificam os ganhos em saúde após o tratamento.

Após uma revisão literária acerca da avaliação da QV relacionada com a saúde, Santos e Ribeiro (2001), defenderam os seguintes domínios:

- a) Estado funcional: Capacidade de executar uma série de atividades que são normais para a maioria das pessoas, nomeadamente o auto cuidado, a mobilidade e a capacidade de cumprimento dos papéis sociais.
- b) Sintomas físicos: Doença e tratamento, que tem a ver com a dor, com o mau funcionamento urinário, entre outros.
- c) Funcionamento psicológico: Ansiedade e depressão desenvolvida no indivíduo.
- d) Funcionamento social: Relação com a família e o social. Transtorno comum nos doentes crónicos.
- e) Avaliação global: Soma de todas as partes, relacionadas com a saúde.

A avaliação da QV, segundo Santos (2005), tem como objetivos fundamentais, a gestão da saúde; conhecer os interesses específicos dos doentes; avaliar o efeito do plano terapêutico; melhorar a comunicação pessoal de saúde/doente; construir uma unidade de medição económica e monitorizar a saúde da população.

A OMS (1998) defende duas características essenciais do conceito QV: a primeira é a multidimensionalidade, o reconhecimento de que o construto é abrangido por diferentes domínios, que representam o conjunto de factores que coordenam o bem-estar pessoal. Estes domínios são de natureza material, liga-se à satisfação das necessidades básicas, tais como, alimentação, saúde, habitação e emprego; e de natureza não material, tais como aspetos que enriquecem a vida do indivíduo e lhe dão um certo sentido, como as relações interpessoais, o

lazer e a realização pessoal (Santos & Martins, 2002). Estes fatores são, sem dúvida, indicadores objetivos de experiências e circunstâncias da vida que podem ser usados pelos serviços para melhorar as suas práticas. A sua característica do termo QV é a subjetividade, ou seja, a sua dependência das características, preferências e reflexões da pessoa, que se estabelece como o personagem principal da sua qualidade de vida (Schalock & Verdugo, 2006).

Assim sendo, segundo Santos e Martins (2002), aquele aspeto é de importância primordial, uma vez que revela dificuldade em avaliar a qualidade de vida, ou seja, o um indicador pode ser percecionado de forma diferente de pessoa para pessoa, de acordo com a percepção subjetiva das suas condições de vida.

O Grupo de QV – *The World Health Organization Quality of Life Group* (1995) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no ambiente de cultura e sistemas de valores relativamente aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Pinto (1992), defende que não há o estado exemplar de QV, de facto, é um conceito dinâmico, interativo e que muda com os tempos, pois aquilo que era altamente aceitável no princípio do século, hoje é para nós completamente inaceitável..

Por isso, o problema da qualidade não se pode resumir a uma questão de quantidade, pois pelo facto de as pessoas possuírem mais bens materiais, não significa, que vivam melhor, que sejam, mais felizes, mais humanos, mais saudáveis. Normalmente considera-se bom nível de QV, quando em cada momento se possuem os bens materiais ou espirituais considerados como essenciais, uma vez que a QV não depende do conjunto de bens materiais que se possuem, mas da atitude que se tem perante eles e perante a vida.

Pelo exposto se conclui que falar ou escrever sobre a QV, nos nossos dias, não é tarefa fácil. Isto porque não é possível limitarmo-nos aos conceitos de qualidade como técnica de garantia, de «adequado ao uso», obviamente há muito ultrapassado, mas porque é preciso encarar uma qualidade sem «fronteiras».

1.2 Estratégias de *Coping*

O *coping* é um conceito que está subjacente ao tema mais global de adaptação e reporta-se aos esforços por parte dos sujeitos no sentido de lidar com stressores (Sharp &

Cowie, 1998). Este conceito deve ser diferenciado das respostas adaptativas reflexas e automatizadas, por um lado, e da adaptação competente por outro, na medida, em que se trata de um termo empregado para uma sub-categoria de ações com fins adaptativos que abrangem esforços, e que são independentes dos resultados obtidos (Compas, 1987).

Segundo Ogden (1999) o sujeito quando se depara com uma situação stressante, desenrolam-se respostas a nível biológico, alterações no funcionamento dos sistemas nervosos, vegetativos, endócrinos e imunitários, bem como alterações psicológicas e comportamentais.

Para Lazarus e Folkman (1984) o coping é uma resposta a um esforço comportamental e cognitivo face à mudança, que gera exigências internas ou externas específicas e encaradas como excedendo os recursos pessoais. Numa dada situação um dado coping adequado leva a um dado ajustamento adequado. Para Lazarus, Delongis, Folkman e Gruen (1985) o coping é centralizado no processo em vez de no traço, distinguindo-se assim dos comportamentos automáticos adaptativos. O termo *esforços* é utilizado para realçar o processo em vez do resultado final; e o termo *gerir* para acautelar a ligação coping igual a êxito. Efetivamente, a tentativa de coping pode não ser bem sucedida e, deste modo, não se pode interpretar com base no êxito do processo.

Por outro lado, para Holahan e Moos (1987), o conceito de coping tem sido definido como um factor de equilíbrio, que facilita o ajustamento de cada indivíduo ou a adaptação quando se está numa situação stressantes.

O DSM-IV- R (2000) descreve, o coping e o mecanismo de defesa, como sinónimos. No entanto, para Gelder, Gath, Mayou e Cowen (1996) declaram que as “estratégias de *coping*” e os mecanismos de defesa podem atenuar os efeitos de emoções fortes incitadas por stressores. Segundo estes autores, “estratégias de coping” consagra-se a atividades sobre as quais a pessoa está alerta ou consciente. Por conseguinte, a utilização repetida de determinadas estratégias de *coping* assume-se como “estilo de coping”.

Carver, Scheier, e Weintraub (1989), admitem que existem estilos de coping, na medida em que os indivíduos abordam cada contexto de coping com um repertório de estratégias mais ou menos fixas através do tempo e das circunstâncias. Por conseguinte, defendem que, efetivamente poderão existir modos preferidos de coping, dependendo das dimensões de personalidade. Carver e Scheier (1994) defendem que as pessoas desenvolvem formas

habituais de lidar com o stress e estes hábitos ou estilos de coping podem influenciar as suas reacções em situações futuras. Deste modo, estilo de coping define-se como tendência a usar uma reacção de coping em maior ou menor grau, frente a situações de *stress*. Os estilos de coping podem reflectir a tendência a responder de uma forma própria quando confrontados com uma série específica de circunstâncias.

Folkman e Lazarus (1980) apresentam um modelo que divide o coping em duas categorias funcionais: coping focalizado no problema e coping focalizado nas emoções. A primeira categoria incide nos esforços cognitivos e comportamentais para dominar ou resolver uma situação stressante. Enquanto a segunda categoria reúne os esforços cognitivos e comportamentais para evitar pensar na situação stressora ou para gerir o desconforto emocional causado pelo stress (Moos, 1993, sit in Borges, 2006). Lazarus (1993) afirma que a maior parte dos indivíduos emprega as oito formas de coping em cada situação stressante, apesar de, apelarem mais a umas que a outras conforme a situação; a apreciação ou avaliação; e as suas características pessoais. Apesar do padrão de coping poder alterar-se de um estágio para outro. Elas são mais ou menos estáveis e algumas formas de coping são mais estáveis do que outras. Segundo os autores acima referidos, as formas de coping são mais ou menos estáveis, dependendo de quem as usa, quando as usa, sob quais circunstâncias, e a que situação se pretende adaptar (Folkman & Lazarus, 1980). Segundo Carver e tal. (1989) referem-se a estilos de coping para considerar modos estáveis de coping que os indivíduos usam em situações stressantes. Assim sendo, os indivíduos retêm um conjunto de estratégias de coping que se conservam através do tempo, estas são mais do tipo traço.

Em suma, esta perspectiva contraria a perspectiva clássica, uma vez que considera que o coping é um processo em modificação constante, direccionada para o processo em vez de centralizada no traço (Lazarus, 1993). Folkman e Lazarus (1980) afirmam que o coping é compreendido como um processo activo que muda em função da interação stressante, e crê-se que a existência de estilos de coping são contraproducentes uma vez que as respostas dos indivíduos ficariam bloqueadas em determinados modos, em vez de lhes facultar a flexibilidade de adequar a resposta a situações em mudança.

Folkman e Moskowitz (2000) defendem que as abordagens contextuais do coping convergem nos seguintes aspectos:

- a) O coping tem variadíssimas funções abrangendo a regulação do *distress* e a gestão dos problemas que originam o *distress*;
- b) O coping é influenciado pela avaliação das características do contexto de stress abrangendo a sua controlabilidade;
- c) O coping é influenciado pelas características de personalidade, implicando o otimismo, o neuroticismo e a extroversão;
- d) O coping é influenciado pelos recursos sociais.

De acordo com Beresford (1994) coping deve ser visto como independente do seu resultado. No modelo de coping e stress defendido por Folkman & Lazarus (1984), qualquer esforço para administrar o stressor é encarado como *coping*, tenha ele ou não êxito no resultado. Assim sendo, uma determinada estratégia de *coping* não deve ser encarada como intrinsecamente boa ou má. Efetivamente, será necessário considerar a natureza do *stressor*, a disponibilidade de recursos de coping e o resultado do esforço de coping. Compas (1987) defende que ambas as estratégias relativamente ao coping, direccionada ao problema e direccionada à emoção são de extrema importância, no entanto a sua eficácia incide na flexibilidade e mudança. Beresford (1994) realça que o processo de coping não pode ser abreviado, uma vez que o indivíduo lida com um stressor, as estratégias de coping são empregues individualmente, consecutivamente e em combinação. Deste modo, o impacto de uma estratégia de coping pode ser confundido pelo efeito de outras estratégias.

Quanto aos recursos de coping externos, salienta-se o papel importante dos recursos materiais, devido ao estatuto sócio-económico baixos apresentar uma forte correlação com um maior risco de doença e de morte, e por outro lado, o papel do apoio social na relação entre o stress e a saúde-doença. Stroebe e Stroebe (1995) declaram que existem provas sólidas, resultantes dos estudos epidemiológicos, de que os sujeitos com baixo nível de apoio social correm maior risco em termos de morbilidade e mortalidade. Segundo estes autores, existem também revelações de que a disponibilidade percebida de apoio social apoia os indivíduos do impacto de acontecimentos de vida stressantes.

Por conseguinte, a explicação do impacto positivo do apoio social na saúde recorre a um conjunto de variáveis biológicas (ex. respostas neuroendócrinas), comportamentais (ex. dieta alimentar e prática desportiva) e psicológicas (ex. auto-estima e identidade social), que parecem intervir essa relação (Stroebe & Stroebe, 1995, citado por Pinto 2000).

As estratégias que estão relacionadas com a resolução do problema, podem custar energia e tempo para se tornarem eficazes, mas podem potencialmente diminuir o valor da ameaça ou, remover de uma vez por todas a fonte de perturbação (Serra, 1999).

Por sua vez, as estratégias que estão relacionadas com o controlo emocional apesar de consumirem inicialmente menos energia, a longo prazo podem representar um custo maior como resultado do contínuo desgaste dos recursos de coping (Lovallo, 1997).

1.3 Depressão

O fundamental conteúdo fenomenológico da depressão parece ser, constituído pelo sentimento de “culpabilidade” inseparável ao abatimento do humor, do mesmo modo que o “medo” constitui o básico conteúdo fenomenológico da angústia (Fonseca, 1985). Daí as frequentes ideias de suicídio, que, de uma forma aparente ou latente, se encontram em quase todos os doentes deprimidos.

A depressão é um estado no qual determinados conflitos emocionais interferem na capacidade do indivíduo para continuar a rotina normal da vida. Reporta-se também a um estado psíquico e mental de esgotamento, geralmente associado a sintomas tais como: incapacidade de continuação de trabalho, perda de confiança, sentimentos de ansiedade, de pânico, insónia, medo de ficar só, sentimentos de irrealidade, medo de loucura, cansaço crónico, estados depressivos, pensamentos suicidas, preocupação com a saúde, crises de choro, desinteresse de tudo, e outros padrões similares de pensar e de se comportar (Palma, 1997).

A necessidade por parte dos investigadores e clínicos de usarem uma terminologia comum na classificação das doenças mentais conduziu à criação de listas de sinais e sintomas para caracterizarem as perturbações depressivas: afeto, pensamento/cognição, comportamento, ritmos biológicos, transtornos somáticos (Ruiloba, 2000).

Tradicionalmente, a depressão clínica refere-se a qualquer depressão que pertence a critérios clínicos próprios descritos no DSM publicado pela Associação Psiquiátrica Americana. A depressão clínica é um problema que afeta todas as partes do corpo humano, com raízes bioquímicas e emocionais. Suportando sintomas como a tristeza, choro, fadiga, perturbações do apetite, decréscimo do desejo sexual, preocupações, medos, dificuldades de

concentração e sentimentos de desespero, pode estabelecer um problema sério se não for tratada. E sendo devastadora, quando não é tratada (Luciani, 2002).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), para ser qualificado como depressão, o conjunto de sintomas deve estar presente por no mínimo duas semanas e causar prejuízo significativo na vida social e/ou ocupacional do indivíduo. Para a Organização Mundial de Saúde (2001), depende da forma como os sintomas são experimentados, ou seja, se estiverem presentes durante o período de duas semanas representando uma mudança do funcionamento anterior.

Os critérios para diagnóstico de depressão são os seguintes (DSM-IV, 2000):

- a) Estado deprimido: sentir-se deprimido a maior parte do tempo;
- b) Anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina;
- c) Sensação de inutilidade ou culpa excessiva;
- d) Dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se;
- e) Fadiga ou perda de energia;
- f) Distúrbios do sono: insônia ou hipersônia praticamente diárias;~
- g) Problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor;
- h) Perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar;
- i) Ideias recorrentes de morte ou suicídio.

A saúde mental não tem sido reconhecida como factor principal da estabilidade psicológica, não esquecendo que muitas doenças crónicas têm como pano de fundo uma depressão ou outra patologia do foro psicológico. A depressão é, sem dúvida, acompanhada de sentimentos de tristeza e pessimismo, relativamente à vida, conduzindo a um sofrimento físico e psicológico, que por vezes conduz ao isolamento social. A depressão emerge quando a produção de serotonina-noradrenalina cai para níveis muito baixos. Na maioria dos casos, serve para dissimular ou vulgarizar perturbações mentais importantes, muitas vezes mais inquietantes do que o estado depressivo de que se não quer falar (Palma, 1997). Há vários fatores que predispõem para a doença, mas o seu conhecimento ainda é incompleto. Os fatores genéticos e biológicos (na química do cérebro) têm um papel fundamental entre as

causas da doença, mas o tipo de personalidade e as tensões que a pessoa encara desempenham, também, um papel indispensável no desencadeamento das crises (Palma, 1997).

O estado depressivo inclui factores de ordem fisiológica, social e comportamental. Assim, existindo causas físicas que podem contribuir para o desencadeamento da depressão, acredita-se também que os sintomas possam ser despoletados pelo desequilíbrio ou diminuição do nível de substâncias químicas, como a serotonina e a noradrenalina, ou dos sinais que estas transportam para o cérebro (Bear, Connors & Paradiso, 2008).

Os doentes deprimidos revelam muitas vezes dificuldade em se relacionar com os outros. Pensamentos negativos, incluindo a tristeza e o desespero, normalmente, dominam a conversação de uma pessoa deprimida.

A nível mundial existem milhões de pessoas deprimidas, havendo estudos recentes, efectuados pela organização mundial de saúde (OMS, 2001), indicando que 5% da população mundial sofre de depressão, com maior prevalência nas mulheres, 4,5% a 9,3%, relativamente aos homens, 2,3% a 3,2%. Assim, prevê-se que 10% das pessoas, ao longo da sua vida, podem sofrer pelo menos um episódio depressivo.

Quanto à faixa etária de ocorrência, Kaplan, Sadock e Grebb (1997) apontam para a idade de 40 anos em média, com início de manifestações entre 20 e 50 anos. Em relação ao estado civil, existe uma prevalência em pessoas que não têm relações interpessoais íntimas ou são divorciadas ou separadas.

Relativamente a Portugal, cerca de 25% dos portugueses sofre de depressão, uma doença mental com tendência a aumentar, ainda que passe muitas vezes despercebida (Vaz Serra, 2007).

Segundo Luciani (2002) os fatores precipitantes da depressão podem ser:

- a) A doença física pode ser associada à depressão: Diabetes, perturbações da tiróide, condições crónicas (por exemplo a sida), cancro, ataques cardíacos, doença de Parkinson; Os medicamentos e drogas ilegais poderão ter efeitos colaterais associados à depressão. Drogas prescritas e a privação do consumo de álcool poderão causar depressão; A história da família poderá desencadear a depressão, esta é 1,5/3 vezes mais comum entre irmãos, pais e outros parentes.

- b) O stress contextual é um factor que contribui para a depressão, perdas como a morte, o divórcio, perde de emprego, a pobreza, o perigo ou a incerteza podem proporcionar stress significativo e desencadear a depressão. O stress muda a forma, a dimensão e o número dos neurónios do cérebro, não é apenas o stress que afecta o ser humano, é também a interpretação e o tratamento que faz cada indivíduo;
- c) Finalmente, factores psicológicos influenciam também a depressão, uma vez que muitas depressões são originadas pelo stress e pela ansiedade. A investigação indica que as experiências da primeira infância concebem um cenário para sensibilidade e suscetibilidade à depressão, ou seja, a insegurança estabelece o cenário para pensamentos distorcidos e negativos, é o hábito do pensamento inseguro que, efetivamente sustenta a depressão.

Beck (1982) definiu um modelo original que compreende o funcionamento psicológico dos deprimidos, tendo como base uma perspectiva cognitiva. Este modelo contempla três conceitos adequados para explicar o substrato psicológico da depressão: 1. A tríade cognitiva; 2. Esquemas e; 3. Erros cognitivos (Processamento defeituoso da informação). A tríade cognitiva é formada por três padrões cognitivos primordiais que induzem o indivíduo a encarar-se a si mesmo, o seu futuro e as suas experiências de uma forma idiossincrática. O primeiro relaciona-se com uma visão negativista que o indivíduo tem de si mesmo, ou seja, ele acredita que, por causa dos seus supostos defeitos, é indesejável e sem qualquer valor, acredita não ter os atributos que considera fundamentais à obtenção da felicidade. O segundo componente abrange o conceito de esquemas que significa a tendência da pessoa deprimida interpretar as suas experiências de uma forma negativista, ou seja, o indivíduo interpreta mal as suas interações com o meio, encara-as como manifestações de derrotas. Estas falsas interpretações tornam-se evidentes quando a pessoa traduz de modo negativista, posições para as quais existem interpretações opções mais plausíveis. A pessoa pode tomar conhecimento de que as suas interpretações negativas iniciais são tendenciosas, e por conseguinte, pode prevenir-se de que estas são pré-formadas. O terceiro componente abarca uma visão negativista do futuro. À medida que a pessoa deprimida projeta a longo prazo, prevê que as suas dificuldades presentes se estendem indefinidamente, antevê

sofrimento e frustrações. Assim sendo, quando se depara com alguma tarefa específica, espera falhar.

1.4 Qualidade de vida, Depressão e Estratégias de Coping em Professores do Ensino Básico 1º Ciclo

Os professores do ensino básico e secundário impulsionam o desenvolvimento integrado de conhecimentos, atitudes e competências em crianças, jovens e adultos, tendo em linha de conta a sua realização individual como cidadãos, a integração harmoniosa na sociedade e a preparação adequada para a inserção no âmbito do trabalho. Assim sendo, estimulam a aprendizagem de conhecimentos relativos a diversas matérias, bem como a valorização das dimensões relacionais da aprendizagem e dos princípios éticos que regulam o relacionamento com o saber e com os outros, recorrendo a metodologias e técnicas pedagógicas coerentes e a materiais didácticos de natureza diversa (ME, 2004)

Entre as suas principais funções, conta-se a organização, o desenvolvimento e a monitorização do processo de ensino/aprendizagem assentes na análise de cada situação concreta, tendo em conta, a diversidade de conhecimentos, de capacidades e de experiências com que cada aluno inicia ou prossegue as aprendizagens. Avalia, com instrumentos adequados, as aprendizagens dos alunos em articulação com o processo de ensino, de forma a garantir a sua monitorização, e promove nos alunos o desenvolvimento de hábitos de auto-regulação da aprendizagem. Realiza ainda um papel indispensável no desenvolvimento pessoal e social dos alunos, colaborando para a aquisição de conceitos de cidadania, adequados ao nível etário, sobretudo no âmbito dos projectos desenvolvidos nas várias áreas curriculares.

A profissão de professor é complexa, pois implica a execução de funções simultaneamente educativas e formativas: é não só necessário que se promova a aprendizagem de conhecimentos e conteúdos programáticos, mas que se contribua também para a sua formação pessoal e social, de modo a que cada aluno descubra os seus próprios interesses e aptidões e desenvolva as suas capacidades de raciocínio, memória, pensamento crítico, sensibilidade estética e criatividade. As grandes mudanças que se têm operado na sociedade reflectem-se necessariamente na escola, colocando novos desafios aos profissionais de educação. A globalização e a evolução tecnológica, por exemplo, requerem da escola e dos

professores uma enorme capacidade de adaptação. As novas tecnologias de informação e comunicação alteraram profundamente os processos de ensino/aprendizagem e a própria natureza da relação professor–aluno (Rodrigues, 1997).

Atualmente, o professor deixou de constituir a única fonte de saber perante o aluno, dado que as novas tecnologias permitem que este construa o seu percurso de aprendizagem de forma progressivamente mais autónoma. Assim, o professor terá de se apetrechar psicológica e pedagogicamente para "competir" com outras fontes de aquisição de conhecimentos e assumir sobretudo um papel de facilitador e mediador da aprendizagem. Por outro lado, a massificação do ensino, o alargamento progressivo da escolaridade obrigatória e, ainda, as modificações sociais decorrentes de fluxos migratórios cada vez mais intensos têm tornado mais complexa a função do professor, que é agora chamado a trabalhar com turmas mais heterogêneas, requerendo estratégias diferenciadas (Roldão, 1999).

Dejour (1992) defende que as transformações complexas do trabalho aparecem como fonte geradora de tensão e sobrecarga física e psíquica, prejudicando relações profissionais e interpessoais, com deterioração crescente da qualidade de vida nos diversos âmbitos do trabalho humano.

É nesse contexto que, efetivamente, emergem doenças profissionais físicas e psíquicas com consequências profundas para a vida dos trabalhadores. Numa abordagem psicossomática existe uma inter-relação das dimensões biológicas, psicológicas e social que são intrínsecas a cada ser humano e que cada uma dessas características humanas contém aspectos que se diferenciam, em termos de funcionamento e modos de reação (França & Rodrigues, 2002).

Sob esta perspectiva psicossomática pode-se perceber quanto e como os trabalhadores são influenciados pelos agentes sociais, ambientais e organizacionais do trabalho. O comportamento dos indivíduos é influenciado socialmente, e estes são reforçados e punidos; tal comportamento se adquire pelas influências sociais. Este processo de adaptação é gerador de stress. O stress produz no organismo adrenalina que dá alento, vigor e energia, fazendo a pessoa produzir mais e ser criativa (Lipp, 2000). França e Rodrigues (2002) defendem que a resposta ao stress surge com o objetivo de movimentar recursos que permitam às pessoas enfrentarem situações das mais variadas, que são percebidas como difíceis e que exigem delas um enorme esforço. Na verdade, a todo momento se fazem

adaptações, ou seja, tentativas de ajustar-se às mais diversas exigências, seja do mundo interno, seja do ambiente externo; O problema está no stress que está associado a muitos aspectos negativos e situações indesejáveis; o excesso de stress pode resultar em consequências nocivas.

Selye (1998) afirma que o stress é denominado síndrome geral, por um conjunto de respostas inespecíficas que surgem no organismo diante de qualquer situação que exija da pessoa esforço para adaptação, até mesmo por respostas psicossociais; isto abrange três fases: Reação de Alarme, Fase de Resistência e Fase de Exaustão (França & Rodrigues, 2002): 1ª fase - Reação de alarme: Conceito – É a fase positiva do stress, quando a pessoa automaticamente se prepara para a ação. É caracterizada pela produção e ação da adrenalina que torna a pessoa mais atenta, mais forte e mais motivada. Sintomas – Aumento da frequência cardíaca; Aumento da frequência respiratória; Dilatação da pupila; Aumento de concentração de glóbulos vermelhos e brancos; ansiedade; 2ª fase – Fase da resistência: Conceito – Quando a fase de alerta é mantida por muito tempo ou se novos stressores vão se acumulando, o organismo entra em ação para impedir o desgaste total de energia, tentando restabelecer o equilíbrio. Sintoma – Queda de produtividade; Ulcerações no aparelho digestivo; Irritabilidade; Insónia; Mudanças de humor; Diminuição do desejo sexual; Vulnerabilidade a vírus e bactéria; 3ª fase – Fase da exaustão: Conceito - Quando a tensão transcende o limite razoável, a resistência física e emocional começa a fragmentar-se. O cortisol produzido em maior quantidade começa a ter o efeito negativo destruindo as defesas imunológicas, levando a diversas patologias. Sintoma - Falha no mecanismo de adaptação; Esgotamento por sobrecarga fisiológica; Depressão; Doenças como: pressão alta, úlceras, problemas cardíacos, problemas respiratórios, psoríase e vitiligo; Morte do organismo.

Na condição do trabalho, a síndrome geral de adaptação acontece de forma negativa, quando a pessoa percebe o seu ambiente de trabalho como ameaçador às suas necessidades de realização pessoal e profissional, prejudicando a interação desta com o trabalho e com o ambiente, à medida que esse ambiente contém discussões excessivas para ela ou que ela não contém recursos adequados para enfrentar tais situações (França & Rodrigues, 2002).

A Carta de Ottawa, que nos dá conta da importância dos temas sobre saúde e qualidade de vida, defende que são recursos indispensáveis para se ter saúde: paz, renda,

habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade.

Existem fatores que originam a degradação da qualidade de vida do sujeito, os quais quando não sarados no próprio ambiente de trabalho, como o desrespeito profissional, a falta de condições ambientais, a falta de recursos didáticos ou a nível individual, como a desmotivação financeira, a impossibilidade de capacitação, acarretam sintomas psicológicos e até doenças psicossomáticas ou cardiovasculares, como por exemplo, a depressão ou o stress, os quais levam à diminuição da produtividade do profissional e consequentemente a qualidade do ensino ministrado por ele (Limongi-França, 2004).

A prevalência de sintomatologia depressiva na amostra populacional em estudo foi de 42,4%, sendo maior nas idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos (52,9%), no sexo feminino (44,8%), e no 2º ciclo (50,5%). Entre os inquiridos com sintomatologia depressiva, 45,9% refere ter procurado ajuda e 31,4% afirmam ter faltado ao serviço por motivos psicológicos, 51,8% referem actos de violência física ou verbal contra o próprio no âmbito da actividade docente. Do total de docentes inquiridos 23,9% encontram-se medicados com psicofármacos e destes 69,4% mantêm sintomatologia depressiva.

No que diz respeito ao coping, Chan (1998) enaltece a importância da intervenção, no sentido de beneficiar os professores de estratégias de coping para lidarem com as situações de stress. De facto, quando as fontes de stress permanecem e o professor não tem mecanismos adequados para ultrapassar a pressão, pode aparecer o burnout. Alves (1994b) reporta-se ao “professor desgastado”, uma vez que o tempo vai gravando no professor um visível desgaste físico e psíquico e um espírito derrotista. Guerra (1983) introduz a noção de “erosão docente” para descrever o burnout, uma vez que este é cumulativo, havendo ao longo do tempo uma “erosão gradual” das estratégias de coping, sendo o coping definido como “os esforços que o indivíduo faz para lidar com situações de ameaça e de desafio, para as quais não tem preparadas respostas automáticas ou de rotina” (Vaz Serra, 1990).

Jesus e Pereira (1994) investigaram acerca das estratégias de coping e professores e concluíram que é impossível efectuar uma avaliação plena da eficácia de qualquer estratégia de coping dada a sua ligação a factores situacionais e de personalidade. Nesse âmbito, alertam para a urgência de realização de estudos que possibilitem a análise das estratégias de coping em situações específicas de mal-estar docente.

No entanto, apesar de considerar importante a investigação sobre os factores de mal-estar docente, posteriormente, Jesus (2005) defende que parece ser preferível uma abordagem mais otimista que comprove os aspectos mais positivos da profissão docente e, em termos de investigação, tentar reconhecer as condições necessárias para o bem-estar e realização profissional dos professores.

Ainda que as estratégias de *coping* tenham vindo a ser consideradas numa perspectiva de promoção da saúde e da qualidade de vida dos trabalhadores, Salanova, Bresó e Schaufeli (2005) acrescentam que estas são influenciadas pela auto-eficácia.

A ideia recorrente na literatura é que o professor está superlotado de trabalho, sendo obrigado a cumprir uma actividade fragmentária: manter a disciplina, sem deixar de ser simpático e afetuoso; atender individualmente os alunos mais avançados sem deixar de atender de igual modo os mais atrasados; vigiar o ambiente da aula, programar, avaliar, orientar, receber os pais e tê-los ao corrente dos progressos dos filhos, elaborar diversas actividades para a escola, atender a problemas burocráticos. E, para além das aulas, os docentes devem executar tarefas de administração, reservar tempo para programar, avaliar, reciclar-se, orientar os alunos, atender os pais, organizar actividades várias, assistir a seminários e reuniões de coordenação, de disciplina ou de ano, porventura mesmo vigiar edifícios e materiais, recreios e cantinas.

Limongi-França (2004) afirma que existe correlação entre melhoria da qualidade de vida das pessoas e estilo da vida e que essa melhoria causará impacto na excelência e na produtividade das pessoas no seu trabalho.

Este estudo tem como objetivo principal avaliar a associação entre a qualidade de vida, estratégias de coping e depressão em Professores do Ensino Básico – 1º ciclo.

Colocaram-se as seguintes questões:

1. Espera-se que, nos professores do ensino básico, elevados índices de depressão estejam fortemente correlacionados a estratégias de coping negativo e baixos índices de qualidade de vida emocional;
2. Espera-se que, nos professores do ensino básico, elevados índices de depressão e estejam fortemente correlacionados a estratégias de coping negativo e baixos índices de qualidade de vida social;

3. Espera-se que, nos professores do ensino básico, ausência de depressão esteja fortemente correlacionado a estratégias de coping e aumento de qualidade de vida física.

CAPÍTULO II – MÉTODO

2.1 Participantes: Numa amostra recolhida por conveniência, participaram na presente investigação 101 professores do ensino básico, a desempenhar a sua função no conselho de Sintra, de naturalidade portuguesa, 15 do sexo masculino e 86 do sexo feminino. A idade estava compreendida entre os 26 e 58 anos, com uma média 39 (DP=7.32). No que respeita aos anos de serviço a média foi de 14.71 (DP= 8.21). No que respeita ao estado civil 14.9% eram solteiros, 63.3% casados, 20,8% divorciados e 1% dos participantes era viúvo. As habilitações literárias da amostra dividiram-se entre bacharelato (1%), licenciatura (64.4%), mestrado (4.0%) e pós-graduação (30.7%). Em relação ao meio onde leccionam, 93.1% trabalham em meio urbano e 6.9% em meio rural.

Na tabela nº1 estão representadas as caraterísticas social e demográficas relativamente à amostra.

Tabela 1. Características da sócio-demográficas.

	M	DP
Idade	39.80	7.32
Anos de Serviço	14.71	8.21
	N	%
Sexo		
Masculino	15	14.9
Feminino	86	85.1
Estado Civil		
Solteiro	15	14.9
Casado	64	63.4
Divorciado	21	20.8
Viúvo	1	1.0
Grau académico		
Bacharelato	1	1.0
Pós-Graduação	31	30.7
Licenciatura	65	64.4

Mestrado	4	4.0
Meio onde dá aulas		
Urbano	94	93.1
Rural	7	6.9

Na tabela seguinte (tabela nº2) estão representadas as caraterísticas da experiência profissional. Relativamente `experiência profissional foram recolhidos dados relativos ao curso/formação, onde se observou que a maioria é do curso Professores do Ensino Básico (92.1%). A distribuição dos sujeitos pelo quadro é a seguinte, 45 (44,6%) pertencem ao quadro escola, 29 (28.7%) ao agrupamento, três ao quadro de zona (3.0%) e 24 (23.8%) contratados. Todos os participantes estão no ensino público.

Tabela 2. Caraterísticas da experiência profissional.

	N	%
Curso/Formação		
Professor Ensino Básico	93	92.1
EVT	2	2.0
Português/Inglês	3	3.0
Ciências/Matemática	2	2.0
CE5	1	1.0
Componente lectiva		
Sem horas	1	1.0
5 Horas Semanais	1	1.0
22 Horas Semanais	1	1.0
25 Horas Semanais	96	95.0
Componente não lectiva		
Sem Horas	1	1.0
10 Horas Semanais	96	95.0
13 Horas Semanais	1	1.0
25 Horas Semanais	1	1.0

35 Horas Semanais	2	2.0
Outros cargos		
Direcção	3	3.0
Quadro		
Quadro escola	45	44.6
Agrupamento	29	28.7
Quadro Zona Pedagógica	3	3.0
Contratado	24	23.8
Distância entre residência actual e escola		
Até 5 Km	72	71.3
5 a 12 Km	23	22.8
Mais que 12 Km	6	5.9
Deslocado da residência		
Afastado	16	15.8
Não afastado	85	84.2

2.2 Instrumentos: Tentando sintetizar a enorme abrangência do significado de qualidade de vida em diferentes culturas e realidades sociais, têm sido construídos vários instrumentos. De acordo com Valderrábano, Jofre, Gomez (2001), as ferramentas utilizadas para a avaliação da QV devem ter um fácil entendimento, serem confiáveis, válidas, responsivas e sensíveis, sendo simples para que os indivíduos e profissionais precisem de pouco tempo para responder.

A necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. Este instrumento consta de 26 questões. Duas questões são gerais de qualidade de vida, ao passo que as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL, 1998b). Diferente do WHOQOL-100 em que cada uma

das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes.

O critério de seleção das questões foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS de que o carácter abrangente do Instrumento deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (O WHOQOL-100) deveria ser representado por uma questão. No nível psicométrico foi então seleccionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens seleccionados foram examinados por um painel de experts para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens seleccionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio Meio-ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio Psicológico. Os outros três outros itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão.

Uma análise fatorial confirmatória foi realizada para uma solução a quatro domínios. Assim o WHOQOL-Bref é composto por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio- ambiente.

As características psicométricas do WHOQOL-Bref preencheram os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste.

O WHOQOL-Bref apresentou boa consistência interna, medidos pelo coeficiente α de Cronbach, quer se tomem as 26 questões, os 4 domínios ou cada um dos domínios.

Relativamente ao Brief coping, Carver, Scheier e Weintraub (1989) desenvolveram o questionário Brief Coping, para avaliar estilos e estratégias de coping. O presente questionário nasceu do modelo de coping de Lazarus e Folkman (1984) e também do modelo de auto regulação comportamental.

O questionário compreende 28 itens em sub-escalas, com 2 itens por escala (Carver et al., 1989; Carver, 1997b), os itens são lavrados em termos de acção que os sujeitos desenvolvem, e a resposta é dada numa escala ordinal de “0 a 3” entre “Nunca faço isto” até “faço sempre isto”.As 14 sub-escalas são: “Auto distracção” com um Alpha de Cronbach de

0,67 com os itens 1 e 19; “Coping activo” com um Alpha de Cronbach de 0,65 com os itens 2 e 7; “Negação” com um Alpha de Cronbach de 0,72 com os itens 3 e 8; “Uso de Substâncias” com um Alpha de Cronbach de 0,81 com os itens 4 e 11; “Utilizar suporte social emocional” com um Alpha de Cronbach de 0,79 com os itens 5 e 15; “Desinvestimento comportamental” com um Alpha de Cronbach de 0,78 com os itens 6 e 16; “Expressão dos sentimentos” com um Alpha de Cronbach de 0,84 com os itens 9 e 21; “Utilizar suporte instrumental” com um Alpha de Cronbach de 0,81 com os itens 10 e 23; “Reinterpretação positiva” com um Alpha de Cronbach de 0,74 com os itens 12 e 17; “Auto-culpabilização” com um Alpha de Cronbach de 0,62 com os itens 13 e 26; “Planear” com um Alpha de Cronbach de 0,70 com os itens 14 e 25; “Humor” com um Alpha de Cronbach de 0,83 com os itens 18 e 28; “Aceitação” com um Alpha de Cronbach de 0,55 com os itens 20 e 24; “Religião” com um Alpha de Cronbach de 0,89 com os itens 22 e 27; Os valores de cada escala advêm da soma dos valores atribuídos em cada um dos respectivos itens, podendo variar entre 4 e 8. O resultado final é anunciado como um perfil. As análises factoriais exploratórias e confirmatórias provaram que o presente instrumento contém propriedade psicométricas ajustadas e satisfatórias (Dias et al., 2009).

O Inventário de Depressão de Beck (Beck, Ward, Mendel Sohn, Mock Erbaugh, 1961/ versão portuguesa aferida por Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) constitui um instrumento de auto-resposta e encaminha-se para medir a serevidade dos sintomas depressivos em adolescentes e adultos (Beck & Steer, 1987). Segundo estes autores, um dos instrumentos mais utilizados em psicologia clínica para avaliar a intensidade de depressão em indivíduos psiquiátricos e para encontrar possíveis depressões em população normal. O inventário é constituído por 21 itens que reflectem 21 diferentes manifestações da depressão e está organizado em seis parâmetros que avaliam sintomas depressivos do tipo afectivo, cognitivo, motivacional, delirante, físicos e segundo a serevidade do sintoma. O indivíduo deve escolher aquele que pensa ser o mais próximo do seu estado atual. Efetivamente, cada alternativa tem um peso que vai de 0 a 3.

Segundo os dados fornecidos por Beck e colaboradores (1961), o presente teste tem uma boa consistência interna e a fidelidade teste-reteste é igualmente elevada (Miller & Seligman, 1973 In Neto, 2009). A validade de construto quando correlacionada com a

avaliação clínica revelou um valor de 0,72. A validade concorrente vai de moderada a alta (Beck, 1972).

O presente teste foi seleccionado, porque está aferido para a população portuguesa e tem também um leque bastante variado de itens que colhe a sintomatologia depressiva e tem índices de fidelidade e validade apropriados.

2.3 Procedimento: Foi solicitada autorização em 11 escolas escolhidas sem critério, à Direção de cada Escola, a indicação de todos os professores do ensino básico do 1º ciclo, que no presente ano letivo, 2010/2011 exercem funções docentes em cada uma das escolas públicas do Concelho de Sintra.

O protocolo foi aplicado entre 25 de janeiro e 30 de abril de 2011.

Os dados foram inseridos numa base de dados Excel, tendo sido posteriormente exportados para um ficheiro de SPSS 19. Foi efectuado o estudo da normalidade das variáveis psicológicas em estudo, concretamente, depressão, qualidade de vida e *coping* e tendo-se verificado que apenas duas variáveis apresentavam distribuição normal, optou-se pela utilização de estatística não paramétrica. A comparação de médias entre sexos será efectuada pelo teste Mann-Whitney e o estudo de associação entre variáveis pela correlação de Spearman.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

Resultados

À excepção da qualidade de vida física e qualidade de vida com as relações sociais todas as outras variáveis apresentam uma distribuição não normal ($p \leq .05$), pelo que os procedimentos estatísticos a efectuar serão não paramétricos, apresentados na tabela 3.

Tabela 3. Estudo da normalidade das variáveis psicológicas em estudo.

	Kolmogorov-Smirnov	Sig
Depressão	2.261	.000
Qualidade Vida Geral	1.802	.003
Físico	1.312	.064
Psicológico	1.439	.032
Relações Sociais	1.149	.142
Ambiente	1.573	.014
Auto Distracção	1.769	.004
Coping Activo	1.910	.001
Negação	1.816	.003
Uso de substâncias	3.828	.000
Utilizar suporte social e emocional	1.565	.015
Desinvestimento comportamental	3.266	.000
Expressão sentimentos	2.324	.000
Utilizar suporte instrumental	1.881	.002
Reinterpretação positiva	2.024	.001
Auto-culpabilização	1.586	.013
Planear	2.565	.000
Humor	2.000	.001
Aceitação	1.752	.004
Religião	1.639	.009

Homens e mulheres foram comparados relativamente à depressão, qualidade de vida e coping, tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas ao nível da negação

($U=418.500$, $p=.025$), tendo as mulheres apresentado valores superiores de utilização desta estratégia de coping, observando-se na tabela 4.

Tabela 4. Comparação entre sexos para os índices de depressão, qualidade de vida e estratégias de coping

	Género		U
	Masculino	Feminino	
	(N=15)	(N=86)	
	Média Ordenada	Média Ordenada	
Depressão	46.20	51.84	573.0
Qualidade Vida Geral	51.53	50.91	637.000
Físico	57.03	49.95	554.500
Psicológico	55.23	50.26	581.500
Relações Sociais	48.57	51.42	608.500
Ambiente	52.27	50.78	626.000
Auto Distracção	52.83	50.68	617.500
Coping Activo	45.20	52.01	558.000
Negação	35.90	53.63	418.500*
Uso de substâncias	42.70	52.45	520.500
Utilizar suporte social e emocional	42.33	52.51	515.000
Desinvestimento comportamental	40.33	52.86	485.000
Expressão sentimentos	52.43	50.75	623.500
Utilizar suporte instrumental	48.13	51.50	602.000
Reinterpretação positiva	47.50	51.61	592.500
Auto-culpabilização	49.33	51.29	620.000
Planear	46.97	51.70	584.500
Humor	52.33	50.77	625.000
Aceitação	40.13	52.90	482.000
Religião	57.07	49.94	554.000

*- $p \leq 0.05$

Tal como se pode observar na tabela 5, foi efectuada uma matriz de correlações entre as variáveis em estudo. Verificaram-se algumas associações significativas entre elas, as quais serão de seguida descritas. A depressão associou-se negativa e significativamente com todas as dimensões da qualidade de vida, com valores que variaram entre $-.34, p=.001$ (ambiente) e $-.72, p=.00$ (psicológico). Em relação às associações entre a depressão e estratégias de coping, verificaram-se correlações positivas com a negação ($\rho=.29, p=.003$), uso de substâncias ($\rho=.27, p=.007$), com o desinvestimento comportamental ($\rho=.36, p=.000$), com a expressão dos sentimentos ($\rho=.22, p=.02$), com o utilizar suporte instrumental ($\rho=.23, p=.02$) e com a auto-culpabilização ($r=-.48, p=.00$). A depressão associou-se ainda, negativamente, com a reinterpretação positiva ($\rho=-.37, p=.00$).

No que respeita aos valores das correlações entre as estratégias de coping e a qualidade de vida e suas dimensões foram encontradas associações significativas, de valor negativo e positivo. Serão descritas as associações significativas positivas e, posteriormente as associações significativas negativas. Assim, a auto-distração associou-se com o ambiente ($\rho=.20, p=.047$). A estratégia Utilizar suporte social e emocional correlacionou-se com as relações sociais ($\rho=.34, p=.001$). A reinterpretação positiva associou-se com todas as dimensões da qualidade de vida com valores que variaram entre $.21, p=.035$ (físico) e $.42, p=.00$ (relações sociais).

No que respeita às associações negativas estas verificaram-se entre a negação e a qualidade de vida psicológica ($\rho=-.24, p=.016$) e relações sociais ($\rho=-.42, p=.000$). Entre o Uso de substâncias e a qualidade de vida física ($\rho=-.20, p=.043$), psicológica ($\rho=-.35, p=.000$) e relações sociais ($\rho=-.21, p=.000$) Entre o desinvestimento comportamental e as subescalas da qualidade de vida com valores que variaram entre $-.28, p=.004$ (psicológico) e $-.42, p=.00$ (relações sociais). Entre a expressão dos sentimentos e o físico ($\rho=-.20, p=.046$) e a psicológico ($\rho=-.25, p=.10$). Entre o utilizar suporte instrumental e a qualidade de vida global ($\rho=-.23, p=.019$), física ($\rho=-.36, p=.00$) e psicológica ($\rho=-.25, p=.01$). E ainda entre a auto-culpabilização e a nota total e dimensões da qualidade de vida à excepção da ambiente, com valores entre $-.29, p=.003$ (Nota Global) e $-.52, p=.00$ (relações sociais).

Tabela 5. Correlação entre as variáveis em estudo para a totalidade da amostra

	Dep	QVG	Físico	Psic	RelSoc	Ambien
Depressão	-	-.48**	-.62**	-.72**	-.60**	-.34**
Auto Distracção	-.06	-.00	-.05	.00	.09	.20*
Coping Activo	-.15	.07	.17	.10	.04	.14
Negação	.29*	.02	-.05	-.24*	-.42**	-.03
Uso de substâncias	.27**	-.17	-.20*	-.35**	-.21*	-.02
Utilizar suporte social e emocional	-.06	.10	-.07	.07	.34**	.11
Desinvestimento comportamental	.36**	-.07	-.31**	-.28**	-.42**	-.34**
Expressão sentimentos	.23*	-.01	-.20**	-.25**	-.05	-.01
Utilizar suporte instrumental	.23*	-.23*	-.36**	-.34**	-.05	-.13
Reinterpretação positiva	-.37**	.14	.21*	.39**	.42**	.23*
Auto-culpabilização	.48**	-.29**	-.44**	-.49**	-.52**	-.15
Planear	-.15	.12	.02	.03	.17	.11
Humor	-.13	.00	.10	.12	.03	.13
Aceitação	-.03	.04	-.12	.01	-.00	-.04
Religião	.05	-.06	-.04	-.10	-.10	-.16

*- $p \leq 0.05$, ** - $p \leq 0.01$

Por forma a verificar até que ponto a idade e anos de serviço poderiam estar associadas aos resultados obtidos para as medidas de depressão, qualidade de vida e estratégias de coping, foi efectuada uma matriz de correlação de Spearman, conforme se pode observar na tabela 6. Verificaram-se associações positivas e significativas entre a depressão com a idade ($\rho = .24$, $p = .018$) e tempo de serviço ($\rho = .25$, $p = .010$). A qualidade de vida geral associou-se de forma negativa e significativa quer com a idade ($\rho = -.23$, $p = .024$), quer com o tempo de serviço ($\rho = -.23$, $p = .023$). As restantes associações não demonstraram valores de significância superior a .05.

Tabela 6. Correlação entre a idade e tempo de serviço com as variáveis psicológicas em estudo

	Idade	Tempo de Serviço
Depressão	.24*	.25*
Qualidade Vida Geral	-.23*	-.23*
Físico	-.17	-.18
Psicológico	-.06	-.05
Relações Sociais	-.09	-.05
Ambiente	-.18	-.16
Auto Distracção	.02	.05
Coping Activo	.05	.05
Negação	-.01	-.04
Uso de substâncias	.11	.08
Utilizar suporte social e emocional	-.14	-.09
Desinvestimento comportamental	.17	.14
Expressão sentimentos	-.08	-.01
Utilizar suporte instrumental	.08	.11
Reinterpretação positiva	-.08	-.03
Auto-culpabilização	-.09	-.12
Planear	-.10	-.06
Humor	-.09	-.10
Aceitação	-.15	-.06
Religião	-.00	.04

*-p≤0.05

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

Foi objectivo da presente investigação avaliar a associação entre a qualidade de vida, estratégias de coping e depressão em Professores do Ensino Básico – 1º ciclo.

Colocaram-se as seguintes questões:

1. Espera-se que, nos professores do ensino básico, elevados índices de depressão estejam fortemente correlacionados a estratégias de coping negativo e baixos índices de qualidade de vida emocional;

De acordo com a revisão literária, os professores confrontam-se hoje com problemas e dificuldades que no passado tinham pouca expressão, a OIT (1981) considera que a profissão docente, é uma profissão de risco, tanto físico como psicológico. A literatura aponta que a depressão está associada a pior QV e que estratégias de coping de caráter de fuga ou evitamento também o estarão. Sendo a depressão um estado no qual determinados conflitos emocionais interferem na capacidade do indivíduo para continuar a rotina normal de vida. O indivíduo apresenta um estado psíquico e mental de esgotamento, ligados a sintomas como incapacidade de continuar o trabalho, perda de confiança, sentimentos de ansiedade, de pânico, insónia, medo de ficar só, sentimento de irrealidade, estados depressivos, pensamentos suicidas, preocupação com a saúde, crise de choro, desinteresse de tudo. Os doentes deprimidos revelam muitas vezes dificuldades em se relacionar com os outros (Luciani, 2002).

Assim sendo, estes fatores biológicos e psicológicos influenciam a QV de cada um, na medida em que, segundo Seidl e Zannon (2004) trata-se da avaliação do impacto físico que as perturbações, disfunções ou incapacidades podem transportar para os indivíduos afetados. Deste modo, poderá constatar-se que é a percepção que o indivíduo possui da afeição física, a capacidade que supõe ter para realizar determinadas tarefas, as quais, antes de se terem efetuado mudanças no seu estado de saúde, realizava sem dificuldades.

Do ponto de vista psicológico, o conceito QV é saber superar as adversidades da vida conservando o equilíbrio mental.

Sendo o coping definido como um fator de equilíbrio, que facilita o ajustamento de cada indivíduo ou a adaptação quando se está numa situação stressante

Quando o coping é focalizado no problema, o indivíduo consegue dominar ou resolver uma situação stressante. Quando o coping é focalizado na emoção, o indivíduo evita pensar na situação stressora ou para gerir o desconforto emocional causado pelo stress (Moos, 1993).

Assim sendo, o presente estudo, demonstrou que elevados índices de depressão estavam fortemente correlacionados a estratégias de coping negativos e baixos índices da QV Emocional, na medida em que quanto mais elevada a depressão nos professores, mais baixos era os índices da QVE ou psicológico. E em relação às associações entre a depressão e estratégias de coping verificou-se uma associação negativa com a reinterpretação positiva.

2. Espera-se que, nos professores do ensino básico, elevados índices de depressão e estejam fortemente correlacionados a estratégias de coping negativo e baixos índices de qualidade de vida social.

De acordo com a literatura, Beck estudou o funcionamento psicológico dos deprimidos, tendo como base uma perspetiva cognitiva. Esse modelo contemplava 3 conceitos para explicar o substrato psicológico da depressão: 1º A tríade cognitiva, compreende uma visão negativista que o indivíduo tem de si mesma, pensa que devido aos seus supostos defeitos é indesejável e sem qualquer valor; o 2º esquema, que significa a tendência do indivíduo deprimido interpretar as suas experiências de uma forma negativa, o indivíduo interpreta mal as suas interações com o meio. Estas falsas interpretações tornam-se evidentes quando a pessoa traduz interpretações mais plausíveis; o 3º, Erros cognitivos, que abrange uma visão negativista do futuro, projeta a longo prazo as suas dificuldades presentes, antevê sofrimento e frustrações. Assim, espera falhar quando se depara com alguma tarefa específica.

Podemos concluir que há forte ligação com a QV Social, o indivíduo interpreta mal as suas interações com o meio e com os outros, escolhendo mal as estratégias de coping focadas na emoção. Os padrões de coping são mais ou menos estáveis dependendo de quem as usa e quando as usa.

Dejours (1992) defende que as transformações complexas do trabalho apareceram como fonte geradora de tensão e sobrecarga física e química, prejudicando relações profissionais e interpessoais, com deterioração crescente da QV no trabalho, ou seja, os níveis da QVS baixam.

Assim sendo, os níveis de depressão aumentam no professor, este escolhe estratégias de coping negativo ou focadas na emoção e os níveis de QV baixam. Chan (1998) enaltece a importância da interação, no sentido de beneficiar os professores de estratégias de coping para lidarem com situações de stress.

Quando as estratégias de coping focadas na emoção permanecem e o professor não tem mecanismos adequados para ultrapassar a pressão, o professor ao longo do tempo terá um desgaste físico visível e psíquico e, conseqüentemente, um espírito derrotista.

Segundo Vaz Serra (1990) coping será definido como os esforços que cada um faz para lidar com situações de ameaça e de desafio, para as quais não tem preparadas respostas automáticas, uma vez que a adoção das estratégias de coping tem a ver com fatores situacionais e de personalidade.

3. Espera-se que, nos professores do ensino básico, ausência de depressão esteja fortemente correlacionado a estratégias de coping e aumento de qualidade de vida física.

No que respeita aos valores das correlações entre as estratégias de coping e a QVF e as suas dimensões foram encontradas associações significativas, de valor negativo e positivo.

Do ponto de vista positivo, a auto-distração associou-se com o ambiente. A estratégia a utilizar suporte social e emocional correlacionou-se com as relações sociais. A reinterpretação positiva associou-se com todas as dimensões da QV, mais precisamente com o físico, que é a dimensão que mais nos interessa.

No que respeita às associações negativas, estas verificaram-se entre a negação e a QVP e relações sociais. Entre o uso de substâncias e a QVF, o que comprova a 3ª questão, psicológica e relações sociais entre o desinvestimento comportamental e as subescalas da QV. Entre a expressão dos sentimentos e o físico e o psicológico. Entre o utilizar suporte instrumental e QVG, física e psicológica. E ainda a auto-culpabilização e a nota total e dimensões da QV à exceção do ambiente.

Podemos concluir que sem depressão aumenta os níveis da QVF e escolha de boas estratégias, no entanto, com forme a literatura, uma determinada estratégia de coping não deve ser encarada como intrinsecamente boa ou má. Segundo compas (1987) defende que ambas as estratégias relativamente ao coping direcionada ao problema e direcionada à

emoção, são de extrema importância, no entanto, a sua eficácia incidir na flexibilidade e mudança.

As estratégias que estão relacionadas com a resolução de problemas, podem custar energia e tempo para se tornarem eficazes, mas podem potenciamente diminuir o valor da ameaça (Vaz Serra, 1999). Por sua vez, as estratégias que estão relacionadas com o controlo emocional apesar de consumirem inicialmente menos energia, a longo prazo podem representar um custo maior como resultados do contínuo desgaste dos recursos de coping (Lovallo, 1997).

Assim, o problema da qualidade não se pode restringir a uma questão de quantidade, pois pelo facto dos indivíduos possuírem mais bens materiais, não quer dizer que, vivam melhor ou que sejam mais felizes. Atualmente, considera-se bom nível de QV, quando em cada momento se possuem os bens materiais ou espirituais considerados como essências, uma vez que a qualidade de vida não depende do conjunto de bens materiais que se possuem, mas da atitude que se tem perante eles e perante a vida.

A título exploratório, verificou-se uma associação entre a idade e anos de serviço com as variáveis psicológicas. Verificou-se que à medida que a idade e, consequentemente, os anos de serviço aumentam, a sintomatologia depressiva tende também a aumentar, tal como se pode ver pelas correlações significativas entre estas variáveis. Concomitantemente, notou-se uma correlação negativa entre a idade e anos de serviço com a qualidade de vida global, sugerindo que os sujeitos mais velhos e com mais anos de serviço que participaram neste estudo reportam piores índices de qualidade de vida (Rodrigues, 1997).

No que respeita à relação entre as variáveis psicológicas em estudo, ou seja entre a depressão, qualidade de vida e coping denotam-se resultados significativos variados. Assim, a depressão associou-se negativamente com a qualidade de vida global e os seus diferentes domínios, ou seja, maior sintomatologia depressiva está correlacionada com um julgamento mais negativo sobre a sua vida, bem como com os domínios físico, psicológico, das relações sociais e do ambiente (França & Rodrigues, 2002).

Também se verificou, nos nossos resultados, que quanto maiores forem os índices de depressão, mais se utilizam estratégias para lidar com o problema do tipo negação, uso de substâncias, desinvestimento comportamental, expressão dos sentimentos, utilizar suporte instrumental e auto-culpabilização. Tal sugere, que as referidas estratégias serão pouco úteis

para lidar com os problemas, ao contrário da reinterpretação positiva, que apresenta uma correlação negativa com a depressão. Desta forma se denota, que quanto maiores são os índices de depressão, menos os sujeitos tentam fazer o melhor da situação, crescendo a partir dela ou vendo-a de um modo mais favorável. Esta associação está de acordo com a definição de depressão apresentada por diversos autores, onde se refere a sensação de impotência face às diferentes circunstâncias de vida (Roldão, 1999).

Em relação às associações significativas encontradas entre a qualidade de vida e as estratégias de coping verificaram associações positivas e negativas em função da estratégia de coping utilizada, ou seja, uma determinada estratégia de coping tem tendência a apresentar um padrão de associações (negativa ou positiva) com a qualidade de vida global e seus domínios.

Assim, a auto-distração associou-se positivamente com o domínio do ambiente da qualidade de vida, representado que a capacidade de sonhar acordado e se distrair se correlaciona com maiores sentimentos de segurança com a área onde vive e com as condições ambientais da vida.

A utilização do suporte emocional associou-se com o domínio da relações sociais da qualidade de vida, revelando que a utilização do apoio das pessoas para lidar com os problemas é concomitante com a satisfação com as relações interpessoais.

A reinterpretação positiva é uma estratégia para lidar com os problemas que implica encarar a situação problemática de uma forma mais positiva. Na presente investigação, a utilização desta estratégia representa um maior nível de satisfação com as condições físicas, psicológicas, das relações sociais e ambientais em que se vive.

Verificaram-se contudo, relações negativas entre algumas estratégias de coping e qualidade de vida, a saber: a negação, o uso de substâncias, o desinvestimento comportamental, a expressão de sentimentos, a utilização de suporte instrumental e a auto-culpabilização. Tal sugere que os sujeitos que reportam índices inferiores de qualidade de vida, tendencialmente, negam a existência de problemas, se refugiam mais no uso de substâncias psicoactivas, desistem ou deixam de se esforçar para alcançar os seus objectivos, têm tendência para exprimir ou descarregar as sua emoções, procuram ajuda, ou conselhos acerca do que fazer e têm tendência a culpabilizar-se e criticar-se pelas situações menos boas que lhes ocorrem.

Em suma, pode referir-se que as estratégias de coping apresentam um padrão associativo diferente entre qualidade de vida e depressão, uma vez que as correlações encontradas são inversas.

Face ao exposto, pode referir-se que os professores do ensino básico avaliados na presente investigação utilizam estratégias de coping mais relacionadas com fuga ou evitação, quando existe maior sintomatologia depressiva e que quando tal se verifica o grau de satisfação com a qualidade das suas vidas é inferior.

CAPÍTULO V – CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Em conclusão, ao apreendermos melhor o conceito depressão, identificando as suas etapas e dimensões e os seus modelos explicativos, podemos vislumbrar ações que permitam prevenir, atenuar ou debater a depressão.

Concluimos que, no âmbito das estratégias de coping focadas no problema, poderão custar energia e tempo, para se tornarem eficazes, mas podem potencialmente diminuir o valor da ameaça. Enquanto as estratégias que estão relacionadas com o controlo emocional apesar de consumir menos energia, a longo prazo podem representar um custo mais elevado como resultado do contínuo desgaste dos recursos de coping.

Em suma, os professores do ensino básico 1ºciclo, avaliados na presente investigação utilizaram estratégias de coping relacionadas com a fuga ou evitação, quando existe maior sintomatologia depressiva e que quando tal se verifica o grau de satisfação com a qualidade das suas vidas é inferior.

A presente investigação tem como limitações, o número reduzido da amostra e a diferente distribuição pelas variáveis demográficas em estudo, o que impossibilitou a comparação entre estas, por forma a averiguar se, por exemplo, o número de horas letivas, a distância da residência, ou o tipo de contrato poderiam estar associados a diferentes estratégias de coping e/ou diferentes níveis de qualidade de vida ou depressão.

Na realização do corpo teórico do trabalho sentimos dificuldade em encontrar alguma bibliografia, referente ao tema estratégias de coping e qualidade de vida relativamente aos professores.

Sugerimos que em futuras investigações com os professores de ensino básico sejam comparados outros grupos profissionais por forma a verificar as diferenças ao nível da depressão, qualidade de vida e estratégias de coping.

Acreditamos ter contribuído para o aumento do conhecimento deste grupo profissional, que tão importante é, já que está na base toda a formação académica e até pessoal.

Da pesquisa efetuada, considera-se que quanto mais presente e estudado as dimensões da qualidade de vida e estratégias de coping, maior capacidade o professor terá de lidar com as situações que poderão originar depressão, e melhor apetrechado estará para lidar com as dificuldades. Neste sentido, consideramos extremamente importante reeducar

comportamentos permitindo, assim, ajudá-lo a adequar as suas estratégias de *coping* no sentido de uma melhor adaptação às adversidades do dia-a-dia, mais precisamente como professor.

Neste sentido, o presente estudo contribuiu de forma positiva para a psicologia clínica, na medida em que, se compreendeu que será necessário implementar urgentemente programas de prevenção para profissões de «risco» como é o caso dos professores.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, P. C. (1994). O discurso sobre a enfermidade mental. In: Alves, P. C. & Minayo, M. C. S. (org.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 174.
- American Psychiatric Association [APA] (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais- IV - TR*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andreasen, C.N., & Black, W. D. (2009). *Introdução à psiquiatria (4ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Antunes, B. P., Rosa A. M., Abreu, B. S. P., Lobato, R. I. M. & Fleck, P. M. (2009). Electroconvulsoterapia na Depressão Major: Aspectos Actuais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 26-33.
- Araújo, C. F., & Shinohara, H. (2002). Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. *Interação em Psicologia*, 6(1), 37-43.
- Bahls, C.,S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-66.
- Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., Freitas, L. C., Sousa, A. M., Costa, A. L. P., Gomides, M. M. P., et tal. (2006, janeiro e fevereiro). Habilidades interpessoais na actuação do psicólogo. *Interação em Psicologia*, 10(1), 139-149.
- Barbosa, R. C. P., & Ribeiro, J. C. (2000). Electrical Behavior of T-Wave Polarity Alternans In Patients With Congenital Long QT Syndrome. *Journal of the American College of Cardiology*, 36(1). Published by Elsevier Science Inc.
- Barros, L. (1999). A psicologia pediátrica: Objeto, fundamentos e modelos. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*.
- Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica: Perspetiva desenvolvimentalista*. Lisboa: Climepsi.
- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2008). *Neurociências-Desvendando o sistema nervoso (3ed.)*. Lisboa: Artmed.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Filadélfia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. Rush, A. J., Shew, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: ArtMed Editora.

- Beck, A.,T., & Steer, R. (1987). *Beck depression inventory: manual*. New York: The Psychological Corporation.
- Beck, A. I., & Greenberg, R. L. (1974). *Coping with Depression*. New York: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T. M. (2002). D. Revised by Judith S. Beck, Ph. D., 2002. All rights reserved. [Consultado em Maio]. Disponível em <http://www.beckinstitute.org/Library/InfoManage/Guide.asp?InfoGroup=Pamphlets+for+Patients&FolderID=171&SessionID={63DE8C7E-BE1F-4452-92E7-BA347DE1CE3B}&SP=2>
- Bernardo, F. O. P. (1992). *Qualidade de vida humana a promover*. Dirigir. Lisboa. ISSN 0871-7354, 26, pp. 63-66.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: How parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209.
- Biscais, J. (1992). *Qualidade de vida em vida com limites*. Acção Médica. Porto ISSN 0870-0311, 3, pp.3-14.
- Borges, M. E. S. (2006). O RH está nu: Tramas e urdiduas por uma gestão coletiva do trabalho. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro como requisito parcial de obtenção do Título de Doutor em Psicologia, orientado por Milton Athayde. [Consultado em 28 de Junho de 2011]. Disponível em http://www.bdt.d.uerj.br/tde_arquivos/3/TDE-2006-10-23T134012Z-44/Publico/Maria%20Elisa%20Borges.pdf
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). *Adhering to Medical advice*. Health Psychology. An Introduction To Behaviour and Health (Cap. 8). Third Edition. USA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Cabral, F. S. (1992). O que é a qualidade de vida. Perspectiva económica. In: *Cadernos de Bio-ética*. Coimbra. Centro de estudos de bioética. Dezembro, 4, pp.14-20.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Psiquiatria Clínica*.

- Cardoso, R. M. (2002). *O stress nos Professores Portugueses*. Estudo IPSSO 2000. Porto: Porto Editora.
- Carr, A. (2001). *Family therapy: concepts, process and practice*. New York: Wiley.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C. S., M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Chan, D. (1998). Organizational-behavior; Psychology-Applied. *Journal of Applied Psychology [JAP]*, 83(2), 234 - 46.
- Compas, B. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101 (3), 393-403. *Journal article*; Research Support, Non-U.S. GOV'T. United States.
- Cordeiro, J. C. D. (1986). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cordioli, A. V. (org.). (2008). *Psicoterapias: abordagens actuais* (3rd ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V. (org.). (1998). *Psicoterapias: abordagens actuais* (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Córdoba, L. A., Verdugo, M. A., & Benito, J. G. (2006). Adaptación de la escala de Calidad de Vida Familiar en Cali (Colombia). In M., À. Verdugo (dir.). *Cómo mejorar la Calidad de Vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Chuan, C. T. (2004). *Clinical Practice Guidelines: depression*. Ministry of Health, Singapore.
- Costa, S., E. (s/d). *Universo da depressão: histórias e tratamentos pela psiquiatria e pelo psicodrama*. Editora: Ágora.
- Dejou, C. (1992). *A Loucura do Trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. (5ªed.). S. Paulo: Ed. Cortez-Oboré.

- Dias, C., Cruz, J. F., & Fonseca, A. M. (2009). Anxiety and coping Strategies in Sport Context: A look at the Psychometric properties of Portuguese instruments for their assessment. *The Spanish journal of psychology*, 12,1, 338-348.
- Ellis, P., Adlam, B., Fitchett, S., Joyce, P., Judson, N., Maniapoto, W., et tal. (1996). *Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals*. National Health Committee Secretariat Ministry of Health.
- Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: the missing measurement in health care*. Londres: Souvenir Press.
- Ferreira, B. (2006). Depressão “unipolar” de início precoce. *Revista do Serviço de Psiquiatria*. Hospital Fernando Fonseca.
- Ferreira, P. L. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Critica de Ciências Sociais*. Coimbra, 33, 93-112.
- Figueira, M. Sampaio, D., & Fernandes, J. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Moskowitz, J., T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Direction in Psychological Science*.
- Fonseca, A. F. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fund. Calouste Gulbenkian.
- França, A. N. L., & Rodrigues, A. L. (2002). *Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- González, F. L.V. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (2001). *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington. D.C.: APA
- Grant, A. (2006). *Coaching for enhanced performance: Comparing cognitive and behavioural approaches to coaching*. University of Sidney, Australia.
- Grant, A. (2003). *The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health*. University of Sidney, Australia.
- Holahan, C., & Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955

- Hallstrom, C., & McClure, N. (1998). *Anxiety and depression: your questions answered*. Edinburgh. New York: Churchill Livingstone.
- Harrison, P., Geddes, J., & Sharpe, M. (2002). *Introdução à psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Horimoto, F. C., Ayache, D. C. G., & Souza, J. A. (2005). *Depressão: diagnóstico e tratamento pelo clínico*. São Paulo: Editora Roca.
- Kaplan, H. G. Sadock, B. (1990). *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kendler, S. K., Kessler, C. R., & Neale, C. M. (1993). The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry*. 150:1139-1148.
- JESUS, M. L. (2005). *Atuação psicológica em serviços públicos de saúde de Salvador do ponto de vista dos psicólogos*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.
- Jesus, S., & Pereira, A. (1994). Estudo das estratégias de "coping" utilizadas pelos professores. In: Seminário *A Componente da Psicologia na Formação e Outros Agentes Educativos*. 5. Actas. Universidade de Évora, pp. 253-268.
- Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770-779.
- Lazarus, R. S. (1993). Why we should think of stress as a subset of emotion. In L. Goldberg and S. Bredehorst (eds), *Handbook of Stress, Theoretical and Clinical Aspects* (pp. 21-39). New York: Free Press.
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping. In aging. *American Psychologist*, 38, 245-254.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leal, I. (2008). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Lima, M. S. (1999, Maio). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1-5.
- Limongi-França, A. C (2004). *Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas na sociedade pós-industrial*. São Paulo: Atlas.

- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de sintomas do stress para adultos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lovullo, W. R. (1997). Psychosocial models of health and disease. In W. R. Lovullo (Org.), *Stress and health* (pp. 11-29). Thousand Oaks: Sage. [Consultado em 28 de Abril de 2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S01027972200500030001400021&pid=S0102-79722005000300014&lng=en>
- Luciani, J. J. Ph. D. (2002). *Self-Coaching. How to heal anxiety and depression* (2 ed.). Canadá: Copyright.
- Machado-Vieira, R., & Soares, J. C. (2007). Transtornos de humor refractários a tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 48-54.
- Maia, L., Correia, C., & Leite, R. (2009). *Avaliação e intervenção neuropsicológica: Estudos de caso e instrumentos*. Lisboa: Lidel Editora.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [DSM-IV] (2000). Publicado em Washington, DC pela Associação Psiquiátrica Americana em 1994. 4ªed.
- Marques, J. H. F. (2000). Perspectivas internacionais en la historia de la psicología en Pinto, A.C. (1992). *Temas de memória humana*. Lisboa: Fundação Eng. António de Almeida Portugal. *Revista de Psicologia Geral y Aplicada*, 53, 599-606.
- Martins, N. (2006). Capabilities as causal Powers. *Cambridge Journal of Economics*, 5, 671-685.
- Meireles, L. P., & Cameirão, M. L. (2005). *As perturbações afectivas: As perturbações bipolares*. [Consultado em Maio de 2011]. Disponível em www.psicologia.com.pt
- Mello, M. F. (2004). Terapia interpessoal: um modelo breve e focal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 124-130.
- Ministério da Educação. (2004a). Direcção-Geral da Inovação e do Desenvolvimento Curricular (DGIDC). Lisboa. [Consultado em 23 de Junho de 2011]. Disponível em <http://www.dgidc.min-edu.pt>
- Ministério da Educação [ME] (2004b). *Organização curricular e programas: ensino básico-1º ciclo*. Lisboa (4.ed.): Departamento de Educação Básica.

- Moos, R. H.(1993). *Coping Responses Inventory*. Psychological Assessment Resources, Inc. Odessa, FL.
- Neto, C. A., Gauer, C. J., G. & Furtado, R. N. (2003). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Neto, R. (2009). Escala de Desenvolvimento Motor: Estudo longitudinal em uma escala de rede particular de ensino de Cuiaba-MT. [Consultado em 28 de Junho de 2011]. Disponível em http://www.univag.edu.br/adm_univag/Modulos/Connectionline/Downloads/05___Escala_de_Desenvolvimento....pdf
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores (Tradução do original em Inglês Health psychology: a textbook. Buckingham: Open University Press).
- Organization International du Travail [OIT] (1981). *Emploi et conditions de travail des enseignants*. Genova: Bureau International du Travail.
- Oliveira, M. F. (2005). *Entrevista psicológica. O caminho para aceder ao outro*. [Consultado em Maio de 2011]. Disponível em www.psicologia.com.pt.
- OMS (1998). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – critérios diagnósticos para pesquisa*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- OMS (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: OMS.
- Palma, S. P. V. (1997). *Conferência: Suicídio e condutas auto-destrutivas*. Participação em eventos.
- Pereira, A. (2006). *Gestão do stress e da qualidade de vida: Um guia para a acção*. Lisboa: Monitor.
- Pereira, B. S., Lalanda, C. G., Antunes, J. D., Moura, M^a. C., & Chendo, M. I. (2008). [Consultado em 9 de Janeiro de 2011]. Disponível em <http://www.saude-mental.net/index.php?article=1119&visual=1&layout=30>
- Peron, A. P., Neves, G. Y. S., Brandão, M., & Vicentini. V. E. P. (2004). *Aspectos biológicos e sociais da depressão*. Arq.Ciênc. Saúde Unipar: Umuarama, 8(1), 45-48.

- Pires, M., J. G. G. (2009). *Factores de risco da doença coronária e qualidade de vida: Estudo exploratório no concelho de Odivelas*. Dissertação de mestrado em comunicação em saúde. Lisboa.
- Porto, D. A. J. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21.
- Portela, C., Almeida, D., Seabra, J. & Nunes, P. (2008). *Relação terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais*. [Consultado em Maio de 2011]. Disponível em www.psicologia.com.pt
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Sudak, D. (2008). A terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30(2), 73-80.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital e a família: Perspetiva sistémica*. Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). Qualidade de vida. In *Psicologia e Saúde*. Lisboa. Ispa: p.95-102.
- Ribeiro, M. J. S. (2003). *Ser família: Construção, implementação e avaliação de um programa de educação parental*. Dissertação de mestrado. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia
- Rodrigues, N. (1997). *Por uma nova escola: o transitório e o permanente na educação* (11ª ed.). São Paulo: Cortez
- Roldão, M. C.(1999). *Gestão curricula: Fundamentos e práticas*. Lisboa: Ministério da Educação: Departamento do Ensino Básico.
- Rosa, M. A., Odebrecht, M., Rigonatti, S. P., & Marcolin, M. A. (2004). Magnetoconvulsoterapia: Indução de convulsões com estimulação magnética transcraniana. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31(5), 262-265.
- Ruiloba, J. V. (2000). *Introducción a la psicopatología Y la psiquiatria* (4ªed.). Barcelona: Masson.
- Sabanés, F. (1994). *A depressão*. Barcelona: Lello & Irmão Editores.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª ed.) (Dornelles, C., O., Monteiro, C., Ortiz, I., S., & Cataldo, R., C., Trans.). São Paulo: Artmed. (Original work published 2003).

- Salanova, M., Bresò, E., & Schaufeli, W. (2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement. *Ansiedad y Estrés*, 11, 2-3, 215-231.
- Sampaio, M. J. F. (2002). *Depressão e tratamento*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Santos, F. L. N., Lima Filho, D. L. (2005). *Mudanças no Trabalho e Adoecer Psíquico na Educação*. Universia Rede Universitária. [Consultado em 28 de Abril de 2011]. Disponível em
<<http://www1.universia.com.br/materia/img/ilustra/2005/nov/artigos/MUDANCAS%20NO%20TRABALHO.pdf>>
- Santos, L. D., & Martins, I. (2002). A Qualidade De Vida Urbana. O caso da cidade do Porto. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto. [Consultado em 2 de Janeiro de 2011]. Disponível em
<http://www.fep.up.pt/investigacao/workingpapers/wp116.pdf>
- Schalock, R., & Verdugo, M. A. (2006). Revision actualizada del concepto de Calidad de Vida. In M., Á. Verdugo (dir.). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp.29-41). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Sharp, S., & Cowie, H. (1998). *Counselling and supporting children in distress*. London: Sage.
- Schestatsky, S., & Fleck, M. (1999, maio). Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 21, pp. 41-47.
- Seidl, E., M. & Zannon, C., M., L.,C. (2004). *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20(2), 580-588.
- Selye, H. (1998). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci*, 10, p. 230–231. (Trabalho original publicado em 1936).
- Selye, H. (1956). *Stress: Atenção da Vida*. São Paulo: IBRASA
- Serra, A. V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do Autor.
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006). Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida

- da Organização Mundial de Saúde (2001). WHOQOL- Bref para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. Original publicado em 1998.
- Serra, A. V., & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.
- Soares, M. A., Moura, M. J., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento Emocional, Afectividade e Estratégias de Coping na doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 19-25. [Consultado em Abril de 2011]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a03.pdf>
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C., A. (2001). *Cognitive Rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1995). *Social Psychology and Health*. Buckingham: Open University Press.
- Sucesso, E.P.B (2002). Afeto e limite uma Vida Melhor para Pais e Filho. Porto Alegre: Livraria Solaris.
- Torrance, E. P. (1987). *Teaching for creativity*. In S. G. Isaksen (Ed.), *Frontiers of creativity research: Beyond the basics* (pp. 189-215). Buffalo, NY: Bearly Limited.
- Tung, C. T. (2007). *Enigma Bipolar: Consequências, diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar*. São Paulo: MG Editores.
- Valderrábano, F., Jofre, R., Gómez J., M.,L. (2001). Quality of life in endstage renal disease patients. *American Journal of Kidney Disease*, [S.l],38, 443-464).
- Veríssimo, A. C. F. S. (2007). A importância da aliança terapêutica no acompanhamento psicológico de adolescentes com patologias limite. [Consultado em Janeiro de 2011]. Disponível em www.psicologia.com.pt.
- WHOQOL Group (1993). *Measuring Quality of life: The Development of a World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)*. Genebra: OMS
- Yacubian, J., & Neto, F. L. (2001, julho/dezembro). Psicoeducação familiar: *Família, saúde e desenvolvimento*, 3(2).

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

I.D. BECK

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Sublinhe a resposta que melhor descreve a forma como hoje se sente.

A 0 Não me sinto triste

- 1 Ando “neura” ou triste
- 2 Sinto-me “neura” ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo
- 3 Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim
- 4 Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar

B 0 Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado em relação ao futuro

- 1 Sinto-me com medo do futuro
- 2 Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro
- 3 Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
- 4 Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar

C 0 Não tenho a sensação de ter fracassado

- 1 Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
- 2 Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
- 3 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos
- 4 Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)

D 0 Não me sinto descontente com nada em especial

- 1 Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo
- 2 Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente
- 3 Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for
- 4 Sinto-me descontente com tudo

E 0 Não me sinto culpado de nada em particular

- 1 Sinto grande parte do tempo que sou mau ou que não tenho qualquer valor
- 2 Sinto-me bastante culpado
- 3 Agora sinto, permanentemente, que sou mau ou que não tenho qualquer valor
- 4 Considero que sou muito mau ou que não tenho qualquer valor

F 0 Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo

- 1 Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal
- 2 Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado
- 3 Sinto que mereço ser castigado
- 4 Quero ser castigado

G 0 Não me sinto descontente comigo

- 1 Estou desiludido comigo mesmo
- 2 Não gosto de mim
- 3 Estou bastante desgostoso comigo
- 4 Odeio-me

H 0 Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa

1 Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros

2 Culpo-me das minhas próprias faltas

3 Acuso-me por tudo de mal que me acontece

I 0 Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo

1 Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar

2 Sinto que seria melhor morrer

3 Creio que seria melhor para a família que eu morresse

4 Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo á vida

5 Matar-me-ia se tivesse oportunidade

J 0 Actualmente não choro mais que o costume

1 Choro mais agora do que costumava

2 Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo

3 Costumava ser capaz de chorar mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade

K 0 Não ando mais irritado do que o costume

1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava

2 Sinto-me permanentemente irritado

3 Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam antigamente

L 0 Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas

- 1 Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
- 2 Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
- 3 Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada

M 0 Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente

- 1 Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões
- 2 Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas
- 3 Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão

N 0 Não acho que tenha pior aspecto do que o costume

- 1 Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente
- 2 Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente
- 3 Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo

O 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente

- 1 Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar
- 2 Não consigo trabalhar tão bem como costumava
- 3 Tenho de dispendir um grande esforço para fazer seja o que for
- 4 Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho por mais pequeno que seja

P 0 Consigo dormir tão bem como dantes

- 1 Acordo mais cansado de manhã do que era habitual
- 2 Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer
- 3 Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas

Q 0 Não me sinto mais cansado do que é habitual

- 1 Fico cansado com mais facilidade do que antigamente
- 2 Fico cansado quando faço seja o que for
- 3 Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja

R 0 O meu apetite é o mesmo de sempre

- 1 O meu apetite não é tão bom como costumava ser
- 2 Actualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente
- 3 Perdi completamente todo o apetite que tinha

S 0 Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum

- 1 Perdi mais do que 2,5 quilos de peso
- 2 Perdi mais do que 5 quilos de peso
- 3 Perdi mais do que 7,5 quilos de peso

T 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual

- 1 Sinto-me preocupado com dores, sofrimentos ou má disposição do estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis no meu corpo
- 2 Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto que se torna difícil pensar noutra coisa
- 3 Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto

U 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual

- 1 Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar
- 2 Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual
- 3 Perdi completamente o interesse pela vida sexual

TOTAL	
-------	--

APÊNDICE II - PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

BRIEF-COPE

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o stress na sua vida desde que soube que tem a sua doença e o que ele implica (tratamento, cirurgia, exame, etc.-deve adequar a frase à condição a avaliar). Há muitas maneiras para tentar lidar com os problemas. Estes itens questionam o que fez para lidar com este problema. Obviamente, diferentes pessoas lidam com as coisas de modo diferente, mas estamos interessados no modo como você tentou lidar com este problema. Cada item expressa um modo particular de lidar com o problema. Queremos saber *em que extensão* fez aquilo que o item diz. *Quanto* ou com que *frequência*. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido *eficaz* ou não - mas se fez ou não fez isso. Utilize as seguintes alternativas de resposta. Tente, em pensamento, classificar cada item separadamente dos outros. Responda como foi PARA SI com o máximo de verdade.

- 0-nunca faço isto
- 1-faço isto por vezes
- 2-em média é isto que faço
- 3-faço quase sempre isto

- 1-Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação
- 2-Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação
- 3- Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”
- 4- Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor
- 5- Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)
- 6- Simplesmente desisto de tentar lidar com isto
- 7- Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação
- 8- Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo
- 9- Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos
- 10- Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação
- 11- Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas
- 12- Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva
- 13- Faço críticas a mim próprio
- 14- Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer
- 15- Procuro o conforto e compreensão de alguém
- 16- Desisto de me esforçar para lidar com a situação
- 17- Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer
- 18- Enfrento a situação levando-a para a brincadeira

19- Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras

20- Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer

21- Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento

22- Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual

23- Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo

24- Tento aprender a viver com a situação

25- Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação

26- Culpo-me pelo que está a acontecer

27- Rezo ou medito

28- Enfrento a situação com sentido de humor

Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(1),3-15

APÊNDICE II - PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

WHOQOL-Bref

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	Bom	Muito Bom
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

ANEXOS

Anexo I – Carta ao Conselho Executivo

Exmo. Senhor Presidente do Conselho Executivo

Célia Maria Rafael Martins, Professora do Ensino Básico-1º Ciclo, no âmbito de um projeto de investigação de dissertação de Mestrado na área de Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia, precisa efetuar um estudo sobre Qualidade de vida, Estratégias de coping e Depressão em Professores do Ensino Básico 1º Ciclo. Neste sentido, procedeu-se à elaboração de um conjunto de questionários cujo preenchimento requer alguma disponibilidade e colaboração dos docentes do Ensino Básico desse agrupamento.

Com a certeza de que a cooperação de V. Ex.^a é indispensável na consecução deste seu propósito e confiante que os colegas do Ensino Básico 1º Ciclo se mostrarão recetivos em participar no preenchimento do referido documento solicita, por esta via, que V. Ex.^a faça chegar convenientes, estes pedidos de colaboração, essencial e indispensável para a realização do trabalho, auscultando o seu parecer para o efeito.

Esperando que V.Ex.^a possa ajudar neste trabalho de investigação e agradecendo, desde já, toda a colaboração que possa prestar,

Atenciosamente,
(Célia Martins)

ANEXO II – Autorização para aplicação dos instrumentos

Sou a Célia Maria Rafael Martins, aluna do 2ºano do Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias em Lisboa, e estou a fazer um estudo correlacional sobre Qualidade de Vida, Depressão e Estratégias de Coping nos Professores do Ensino Básico – 1º Ciclo.

Pretendia deste modo aplicar a (s) respetiva(s) escala(s).

Agradeia autorização para aplicar a escala acima referida e indicações sobre onde poderei encontrar a mesma.

Sem outro assunto,

Célia Martins

ANEXO III - CONSENTIMENTO INFORMADO

Questionário

Caro(a) Participante,

O objectivo do presente trabalho consiste no estudo da relação entre a Depressão, Qualidade de Vida e Estratégias de Coping em Professores do Ensino Básico – 1ºCiclo. Pretende-se que responda de acordo com o que pensa, sente e age, tendo em conta as situações que lhe são apresentadas. Não existem respostas “certas” nem “erradas”, assim responda a todos os itens do questionário. Os dados do presente questionário são confidenciais, destinando-se somente a fins estatísticos de grupo, sendo protegido o seu anonimato. A sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Se tiver qualquer dúvida solicite o seu esclarecimento.

Agradeço a sua participação

Concordo com as condições acima colocadas.

Data: _____

Assinatura: _____

Dados demográficos

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: ☐ 1 Masculino ☐ 2 Feminino

3. Estado Civil:

☐ 1 Solteiro(a) ☐ 2 Casado(a)/União de Facto ☐ 3 Divorciado(a)/Separado(a) ☐ 4 Viúvo(a)

4. Números de filhos: _____

5. Nacionalidade: _____

6. Residência: ☐ 1 Meio Urbano ☐ 2 Meio Rural

7. Grau Académico: ☐ 1 Bacharelato ☐ 2 Licenciatura ☐ 3 Pós-Graduação

☐ 4 Doutoramento ☐ 5 Outro(a) _____

8. Curso/Formação em: _____

9. Tempo de Serviço: _____ anos.

10. Carga Horária Semanal:

10.1) Componente Letiva: _____ horas/Semana

10.2) Componente não letiva: _____ horas/semana

10.3) Outros Cargos: _____ horas/semana

11. Situação Profissional:

Efetivo: ☐ 1 QE (Quadro de Escola): ☐ 2 QA (Quadro de Agrupamento): ☐ 3

QZP (Quadro de Zona Pedagógica): ☐ 4 Contratado ☐ 5 Outro: ☐ 6 _____

12. Leciona no Ensino: Público ☐ 1 Privado ☐ 2 Outro ☐ 3 _____

13. Qual a distância que percorre de casa ao trabalho?

Até 5km ☐ 1 Entre 5 a 12km ☐ 2 Mais de 12km ☐ 3

14. A distância do local de trabalho fá-lo(a) permanecer longe do seu agregado familiar?

Sim ☐1

Não ☐2

15. O que faz nos tempos livres?

☐1 Teatro ☐2 Cinema ☐3 Museus ☐4 Viajar ☐5 Ler ☐6 TV

☐7 Internet/Computadores ☐8 Desporto/Exercício Físico ☐9 Outros(as) _____