

EUGÉNIA MARIA DE ALMEIDA FRANCISCO

**A RELAÇÃO DA AUTO-EFICÁCIA, AJUSTAMENTO
EMOCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS**

Orientador: Professora Doutora Joana Brites Rosa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2014

EUGÉNIA MARIA DE ALMEIDA FRANCISCO

**A RELAÇÃO DA AUTO-EFICÁCIA, AJUSTAMENTO
EMOCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, no curso de
Mestrado em Psicologia, conferido pela Universidade
Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
Orientadora: Professora Doutora Joana Brites Rosa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa
2014

Nós devemos atribuir o mais alto valor não em viver,
mas em viver bem.

Sócrates

Aos meus pais.

Agradecimentos

Ao finalizar esta etapa académica não posso deixar de agradecer a todos que de alguma forma colaboraram para a realização desta dissertação.

Agradeço á Professora Doutora Joana Brites Rosa pela orientação, pelo apoio e motivação ao longo desta etapa.

A todos os colegas, amigos e família que nos momentos mais difíceis me apoiaram, incentivaram e motivaram a continuar.

Agradeço a todas as pessoas que participaram no preenchimento dos questionários.

Aos meus pais, que passando por momentos tão difíceis em suas vidas, não deixaram de dar o seu apoio incondicional, incentivar e acreditar em mim.

À Cremilde Pereira, João Tavares, Perpétua Castanheira, Paulo Gonçalves e Sandra Teixeira, pela compreensão, a força, a amizade e o companheirismo constante que nos momentos mais difíceis ao longo de todo o percurso académico sempre me apoiaram e incentivaram a continuar e acima de tudo pelo exemplo de pessoas que são.

Ao Doutor Paulo Carvalho pela compreensão e colaboração, de modo, a poder concluir esta etapa.

Resumo

Este estudo teve como objectivo avaliar a relação entre a auto-eficácia, ajustamento emocional e qualidade de vida numa amostra de adultos, foi utilizada a Escala de Auto-Eficácia Geral para avaliar a auto-eficácia; Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS), para aferir o ajustamento emocional e a World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF), para avaliar a qualidade de vida. A amostra foi constituída por 209 participantes, com idade entre os 18 e os 55 anos ($M=36,50$; $DP=10,68$).

Os resultados demonstraram inexistência de diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre estudantes e trabalhadores estudantes. Os sujeitos que praticam desporto e os que tem hobbies apresentam índices superiores na qualidade de vida. Os primeiros com valores mais elevados no domínio físico, relações sociais e meio ambiente. Os segundos no domínio das relações sociais. Os sujeitos com ausência de hobbies apresentam valores superiores de depressão. No que respeita ao sexo verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no domínio físico, com valores superiores no sexo masculino. A qualidade de vida correlaciona-se de modo positivo com a auto-eficácia e de forma negativa com o ajustamento emocional. As habilitações literárias associam-se de modo negativo com o ajustamento emocional. Quanto maior o nível académico maiores os valores de depressão seguidos da ansiedade.

PALAVRAS-CHAVE: Auto-Eficácia, Qualidade de Vida, Depressão, Ansiedade, Stress

Abstract

This study improve to evaluate the relationship between self-efficacy, emotional adjustment and quality of life, for this purpose we used an adults sample. It was employed the General Self-Efficacy Scale to assess self-efficacy; Scale of Anxiety, Depression and Stress (EADS), to assess the emotional adjustment and the World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF), to assess the quality of life. The sample consisted of 209 participants, aged between 18 and 55 years, (M=36,50; DP=10,68).

Results showed no statistically significant differences in quality of life between students and student workers. The subjects who practice sport and those who have hobbies present high rates of quality of life. The first ones with higher values in physical health, social relationships and environment. The second ones in the field of social relations. The subjects with no hobbies have higher values of depression. In relation to sex there were statistically significant differences in the physical domain, with higher values in males. The quality of life correlates positively with self-efficacy, and negatively with emotional adjustment. The qualifications are associated negatively with emotional adjustment. The higher the educational level the greater the depression, followed by anxiety.

KEYWORDS: Self-Efficacy, Quality of Life, Depression, Anxiety, Stress

Índice de Siglas

CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM-IV-TR	Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais IV Texto Revisto
EADS	Escala de Ansiedade Depressão e Stress
OMS	Organização Mundial de Saúde
QVRS	Qualidade de Vida Relativa á Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Science
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WHOQOL – 100	World Health Organization Quality of Life - 100
WHOQOL – Bref	World Health Organization Quality of Life - Bref

Índice Geral

Introdução	11
CAPÍTULO 1 – AUTO-EFICÁCIA	15
1.1. Auto-Eficácia	15
1.2. Expectativas de Auto-Eficácia e Expectativas de Resultados	16
1.3. Fontes de Auto-Eficácia.....	17
1.4. Auto-Eficácia e Stress.....	19
1.5. Auto-Eficácia e Saúde.....	20
1.6. Auto-Eficácia e Ansiedade	20
1.7. Auto-Eficácia e Depressão.....	21
CAPÍTULO 2 – QUALIDADE DE VIDA.....	22
2.1. Qualidade de Vida	22
2.2. Modelos Teóricos da Qualidade de Vida.....	26
2.2.1. Modelo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde.....	26
2.2.2. Modelo Global da Qualidade de Vida.....	27
2.2.3. Modelo Integrativo da Qualidade de Vida	27
2.2.4. Modelo de Satisfação	28
2.2.5. Modelo Funcionalista.....	29
2.3. Qualidade de Vida e Depressão	29
2.4. Qualidade de Vida e Desporto	31
2.5. Qualidade de Vida e Hobbies	32
2.6. Qualidade de Vida e Estatuto Trabalhador	33
CAPÍTULO 3 – AJUSTAMENTO EMOCIONAL – ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS	35
3.1. Ansiedade.....	35
3.2. Depressão.....	37
3.3. Stress.....	40
CAPÍTULO 4 – MÉTODO.....	45
4.1. Objectivo e Hipótese.....	45
4.2. Participantes.....	45
4.3. Instrumentos.....	47
4.3.1. Questionário Sociodemográfico	47
4.3.2. Escala de Auto-Eficácia Geral	47

4.3.3. Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref).....	48
4.3.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	49
4.4. Procedimento	50
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS	52
5.1. Resultados.....	52
Discussão.....	56
Conclusão	62
Referências	64
ANEXOS	i
Anexo 1 – Protocolo de Investigação	ii

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Características da amostra por sexo.....	45
Tabela 2 – Comparação entre sexo para variáveis sociodemográficas.....	46
Tabela 3 – Comparação de médias da idade e habilitações literárias em função do sexo.....	47
Tabela 4 – Comparação de médias das variáveis psicológicas em função do estatuto trabalhador.....	52
Tabela 5 – Comparação para as variáveis psicológicas em função da prática de desporto ou não.....	53
Tabela 6 – Comparação entre as variáveis psicológicas em função da existência de hobbies ou não.....	53
Tabela 7 – Comparação de médias das variáveis psicológicas em estudo em função do sexo.....	54
Tabela 8 – Correlações entre as variáveis em estudo para o total da amostra.....	55
Tabela 9 – Correlações entre as variáveis psicológicas e a idade e habilitações literárias.....	55

Introdução

Bandura, em 1997, definiu auto-eficácia como a crença do sujeito nas suas capacidades para organizar e executar acções que pretendem atingir determinado objectivo. Esta influência a forma como os sujeitos sentem, pensam e se comportam (Araújo & Moura, 2011). Os sujeitos movem-se pelas crenças que acreditam ter e não pelas suas reais capacidades (Pajares, 2002).

Graham e Weiner, em 1996, referem a auto-eficácia como preditor na mudança de comportamentos (Martins & Pais-Ribeiro, 2008).

A auto-eficácia é influenciada por quatro fontes de informação: a experiência de domínio, a experiência vicária, a persuasão verbal e a estimulação fisiológica e emocional (Bandura, 1994). Ao termos acesso a modelos eficientes estes mostram-nos a sua capacidade de adequação, de competência, as estratégias para lidar com situações complicadas, ajudando-nos assim a prever possíveis consequências negativas ou positivas. A persuasão verbal quando realista é fundamental para fortalecer a crença dos sujeitos que possuem capacidades para alcançar determinados objectivos. Feita de forma positiva os sujeitos vão mobilizar, intensificar e persistir mais esforços para atingir os seus objectivos com sucesso. O estado somático e emocional é muito importante, devendo reduzir-se o estado emocional negativo como a ansiedade, depressão, stress, entre outros, pois interferem no desempenho (Bandura, 1994; Bandura, Azzi, Polydoro et al., 2008).

É fundamental a promoção da crença de auto-eficácia, já que esta pode influenciar o estado fisiológico, o pensamento e os sentimentos. *“O aperfeiçoamento do ser humano tem ocorrido mais devido aos optimistas do que aos pessimistas. A crença em si mesmo não necessariamente garante o sucesso, mas a descrença em si mesmo certamente produz fracasso.”* (Bandura, 1997, p.77, citado por Pervin & John, 2004).

De acordo com O’Leary, em 1992, elevada auto-eficácia leva os sujeitos a adoptarem comportamentos de promoção de saúde e alterarem outros que a beneficiam, assim como, influenciam na resposta fisiológica ao stress atenuando efeitos negativos (Pais-Ribeiro, s.d.).

Em 1992, Schwarzer, menciona que as crenças de auto-eficácia firmes e positivas são boas para a saúde (Pervin & John, 2004).

Segundo Bandura em 1997, Schwarzer em 1992, Scholz, Dona, Sud, e Schwarzer (2002) elevada auto-eficácia está associada a melhor saúde, melhor realização pessoal e melhor interacção social (Araújo & Moura, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como *“Um estado de completo bem-estar físico e mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença ou de enfermidade.”* (OMS, 1948, p.1) o que levou os investigadores a considerar o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (Canavarro, 2010).

O termo qualidade de vida é muito usado nas últimas décadas por diversas áreas, todas visam o aumento da qualidade de vida da população. Contudo, o conceito é usado de acordo com a área que o investiga (Vaz Serra, 2007). É usado muitas vezes como sinónimo de felicidade e bem-estar (Bradburn, 1969; Sirgy, 2002 e Veenhoven, 2000), de satisfação com a vida (Sirgy, 2002), e de saúde (Veenhoven, 2000) (citado por Pais-Ribeiro, 2009).

Na falta de precisão conceptual, do crescente interesse e da relevância que o conceito manifestou surgiu a definição da OMS de qualidade de vida *“Percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”* (OMS, 1994, p. 28).

De acordo com a OMS (1998) a qualidade de vida é transcultural, subjectiva, multidimensional e tem a presença de dimensões positivas e negativas. É influenciada pelo seu estado físico, psicológico, grau de dependência, relações sociais, meio ambiente e crenças pessoais.

Felce e Perry, em 1993 e 1995, mencionam que existe qualidade de vida quando o sujeito sente que suas necessidades estão satisfeitas e se sente realizado nas áreas que valoriza (Canavarro, 2010).

Granzin e Haggard, em 2000, propuseram o modelo integrativo da qualidade que se baseia no comportamento e na avaliação de experiências passadas pelo sujeito, assim como, nas suas características e percepção pessoal perante o meio físico e social em que este está inserido (Canavarro, 2010).

Spitzer e colaboradores, em 1995, mencionaram que as perturbações de humor causam grande prejuízo em todos os domínios da qualidade de vida (Gameiro, Carona, Silva & Canavarro, 2010).

De acordo com Rapaport, Clary, Fayyad e Endicott (2005) sujeitos com perturbações de humor e ansiedade apresentam piores valores de qualidade de vida quando comparados com sujeitos da população em geral. Diehr e colaboradores, em 2006 e Skevington e Wright, em 2001, também demonstraram que a depressão se associa de forma negativa com a qualidade de vida (Gameiro et al., 2010).

As investigações apontam para a relevância do estudo na qualidade de vida perante a existência de uma perturbação de humor, de modo, a que as intervenções levem ao aumento da melhoria do bem-estar físico e psicossocial das pessoas (Gameiro et al., 2010).

A população portuguesa tem um grande número de sujeitos com depressão. Estes revelam baixos valores na qualidade de vida em todos os domínios e facetas da mesma (Gameiro et. al., 2008).

As habilitações literárias são um factor que influencia na qualidade de vida. Hunt, em 1975, defendeu que os sujeitos com um nível superior de escolaridade têm maior capacidade para tomar decisões mais responsáveis e maior capacidade de resiliência. Rodin, em 1986, associou o estilo cognitivo a melhor controlo e responsabilidade. Estes autores demonstram que estes factores contribuem para a obtenção de melhores indicadores de saúde (Pais-Ribeiro, 1996).

Contente (2012) ao estudar a qualidade de vida e a saúde mental em adultos, aferiu que quanto maior o nível de habilitações literárias melhor era a saúde mental e ao passo que a qualidade de vida aumenta diminuem os valores respeitantes á saúde mental.

Bize, Johnson e Plotnikoff (2007); Omorou, Erpelding, Escalon e Vuilemin (2013); Pucci, Rech, Fermino e Reis (2012) através dos seus estudos concluíram que o desporto tem uma associação positiva com a qualidade de vida.

O desporto tem-se revelado um bom aliado na promoção e prevenção da saúde. Diminui os efeitos nocivos da rotina do dia-a-dia e é visto como um acto de lazer (Silva, Silva, Souza & Tomasi, 2010) diminui ou elimina perturbações da ansiedade ou depressão (Boscolo, Esteves, Melo & Tufik, 2005).

Segundo Marcelino (2002) o tempo dedicado ao lazer aumenta a qualidade de vida, ajuda ao equilíbrio interno dos sujeitos e á manutenção da saúde. Tem um contributo importante a nível emocional, na saúde e no desenvolvimento pessoal, ele têm uma boa influência independentemente da faixa etária, classe social ou onde este é praticado (Júnior, Sferra e Bottcher, 2012).

Nos estudos sobre qualidade de vida e saúde mental que compararam estudantes e trabalhadores estudantes demonstraram que os últimos têm mais stress psíquico e distúrbios de sono (Cardoso et al., 2001); cansaço e sono (Nunes et al., 2001); cansaço, sonolência e stress (Iglesias, 2002) (citado por Tombolato, 2005).

O presente estudo tem como objectivo analisar numa amostra de adultos a relação da auto-eficácia, o ajustamento emocional e a qualidade de vida. Consideramos que a

investigação nesta área representa uma mais-valia, uma vez que, poderá trazer algo de novo para esta temática, dada a escassez de investigação que associem todas as variáveis.

Para a operacionalização deste estudo foi utilizada uma amostra não probabilística de conveniência, com 209 participantes. Foi utilizado um questionário sociodemográfico, a Escala de Auto-Eficácia Geral, a World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-Bref) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).

No primeiro, segundo e terceiro capítulos é feita uma contextualização teórica sobre a temática em estudo. No quarto capítulo é descrito o objectivo e as hipóteses em estudo, o método utilizado, os participantes, os instrumentos de avaliação e o procedimento aplicado na investigação. No quinto capítulo são apresentados os resultados estatísticos obtidos na pesquisa. No sexto capítulo a interpretação e discussão dos resultados. Por fim, a conclusão do estudo apresentado, seguido das referências e dos anexos.

Na elaboração desta tese foram aplicadas as normas de dissertação da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Primo & Mateus, 2008) e da American Psychological Association (APA, 2001).

CAPÍTULO 1 – AUTO-EFICÁCIA

1.1. Auto-Eficácia

O conceito de auto-eficácia vem sendo estudado já há algumas décadas. No entanto, é com Albert Bandura que este emerge. No seguimento das suas investigações apercebeu-se da importância dos processos cognitivos. Estes de certa forma determinam os acontecimentos exteriores, que serão selectivamente visualizados pelos sujeitos e a forma como serão percebidos pelos mesmos. Em 1977, Bandura surgiu com uma definição que reúne um consenso na comunidade científica e definiu auto-eficácia como sendo a crença do sujeito nas suas capacidades para organizar e executar acções que visam atingir determinado objectivo. Surge então em 1986 a Teoria Social Cognitiva. Segundo Bandura no mesmo ano, a percepção de auto-eficácia influencia a forma como as pessoas sentem, pensam e se comportam, sendo um factor importante para atingir e executar tarefas que o sujeito pretende alcançar (Araújo & Moura, 2011). Para este investigador um factor importante nas crenças de auto-eficácia são o nível de motivação, seus estados afectivos e suas acções. O que eles acreditam que conseguem fazer. O conhecimento e as capacidades de acção influenciam muito as decisões a tomar pelos sujeitos sobre o que fazer ou não, ou seja, as pessoas movem-se pelas crenças que possuem das suas capacidades e não pelo que na realidade conseguem fazer (Pajares, 2002).

Benight e Bandura, em 2004, defendem que os processos atrás mencionados e os cognitivos influenciam o sujeito na medida em que ele pensa na probabilidade de como pode melhor ou piorar a sua funcionalidade, a motivação e a persistência, a qualidade da vida emocional e a fragilidade ao stress e depressão, a resiliência perante as contrariedades e as oportunidades para tomar decisões importantes em determinadas fases da sua vida (Pais-Ribeiro, 2008).

O conceito na psicologia é usado nos mais diversos contexto, áreas e especialidades de investigação e clínica. Ao longo dos anos este constructo tem provado ser bastante versátil e heurístico. Na sua fase embrionária as pesquisas centravam-se na ansiedade e no controlo da mesma, tinham uma perspectiva clínica. No entanto, com o passar dos tempos passou a ser investigada nos mais diversificados domínios: da aprendizagem e educação, de aconselhamento e psicoterapias, na saúde para controlo e manutenção da mesma e no contexto

organizacional (Lent & Maddux, 1997; Schwarzer & Fuchs, 1996; citado por Martins & Pais-Ribeiro, 2008).

Segundo Bandura (1986) a incerteza nas próprias capacidades, a pouca experiência prévia e a forma como a capacidade dos sujeitos é avaliada em termos de critérios sociais é um factor que tem influência indirecta nas pessoas. A influência directa é mais forte que a indirecta, no entanto, esta última tende a ter um impacto mais duradouro nas mudanças através do efeito sobre o desempenho. As pessoas convencidas de forma indirecta da sua ineficácia tendem a comportar-se de forma ineficaz e geram evidências comportamentais de incapacidade.

Bandura, em 1992 e Lent e Maddux, em 1997, mencionam que a crença nas capacidades e na possível forma como se pode lidar e ultrapassar as exigências ambientais afectam a iniciação, a persistência ou o abandono de uma tarefa ou comportamento (Martins & Pais-Ribeiro, 2008).

Graham e Weiner, em 1996, acreditam que a mudança de comportamento tem como preditor a auto-eficácia, um dos mais fortes constructos entre todos da motivação. Conforme já mencionado, também estes autores defendem que o factor influenciador não é a capacidade percebida, mas sim a crença de que se é apto para tal (Martins & Pais-Ribeiro, 2008).

Ponton, Edmister, Ukeiley e Seiner, em 2001, defendem que as pessoas para se envolvem em actividades e planearem objectivos terão de acreditar nas suas capacidade para as desenvolverem com sucesso, caso contrário, não se envolveram nas mesmas (Martins & Pais-Ribeiro, 2008).

1.2. Expectativas de Auto-Eficácia e Expectativas de Resultados

Bandura, em 1977, menciona dois conceitos fundamentais: expectativas de eficácia e expectativas de resultados. Por expectativas de eficácia entende-se a crença do próprio sujeito na capacidade para realizar com sucesso os comportamentos requeridos para alcançar determinados resultados. Expectativas de resultados correspondem á crença pessoal que determinados comportamentos levarão a determinados resultados. A diferença entre elas consiste no sujeito acreditar que ao realizar a acção vai obter aquele resultado, independentemente de acreditar que pode ou não operacionalizar a acção com sucesso (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

1.3. Fontes de Auto-Eficácia

A auto-eficácia tem quatro fontes de informação principais: a experiência de domínio “mastery experiences”, a experiência vicária, a persuasão verbal e por último a estimulação fisiológica e emocional (Bandura, 1994).

A experiência de domínio ocorre quando se verificam experiências anteriores de sucesso, que criam e aumentam a crença de auto-eficácia. No entanto, os fracassos levam a uma baixa auto-eficácia ao contrário dos sucessos que a elevam. De uma forma geral, a experiência de domínio é a mais influente das crenças de auto-eficácia (Bandura, 1994).

A experiência vicária é fornecida através de modelos sociais. Esta gera a crença de auto-eficácia através da visualização de outras pessoas realizando determinadas acções (Pajares, 2002). Um sujeito observa um semelhante a si próprio a desempenhar uma tarefa com sucesso e convence-se de que ele também possui capacidades e que é capaz de executar as mesmas com êxito. Se o modelo de observação fracassar, o sujeito que está a observar vai diminuir a sua percepção de auto-eficácia e seus os esforços. Na auto-eficácia os modelos similares têm grande influência nos observadores. É costume dizer “Se ele faz, eu também faço”. Quanto maior a semelhança maior a influência. Se os modelos são vistos como muito divergentes de si mesmos, a auto-eficácia percebida tem pouca influência no comportamento ou resultado dos mesmos. Conclui-se que modelos eficientes são importantes para influenciar na capacidade de adequação e competência e ao mesmo tempo para revelar estratégias para lidar com situações complicadas, assim como, nos ajuda a prever as possíveis consequências positivas ou negativas (Bandura, 1994).

A experiência vicária por norma tem uma influência menor quando comparada com a experiência de domínio. Todavia, pode efectuar mudanças significativas e que se prolongam no tempo por meio do seu efeito indirecto na melhoria de performance. Os sujeitos quando convencidos da sua ineficácia por meio de informação vicária tem tendência a comportar-se como ineficazes, e de facto a sua inabilidade tende a tornar-se uma confirmação comportamental (Pajares, 2002).

Em 1997, Bandura refere que as pessoas procuram modelos com os quais se identificam e com competências que desejam adquirir. Seja pelo seu comportamento ou pela forma como se expressam, os modelos competentes transmitem conhecimentos, ensinam habilidades e estratégias de coping para lidar com os diferentes factores ambientais. A crença da auto-eficácia aumenta com a aquisição de estratégias que aperfeiçoam a performance. A

modelagem psicológica é feita, na sua maioria, pelos contactos que temos mais próximos do dia-a-dia, ou seja, as pessoas com quem contactamos seja por preferência como amigos e família ou por imposição como colegas de trabalho entre outros. Na verdade, influenciam-nos pela sua competência, suas atitudes e orientações motivacionais, pelo facto de os estarmos constantemente a visualizar. Bandura acredita que o facto como a sociedade é estruturada e diferenciada, ou seja, a idade, o género ou a condição social ou económica determina os modelos a que as pessoas têm acesso (Pervin & John, 2004).

A persuasão social/verbal consiste em fortalecer a crença das pessoas que possuem capacidades de alcançar determinados objectivos. Estas, persuadidas de forma verbal positiva, decerto vão mobilizar mais esforços, intensificá-los e persistir mais, de forma, a concretizar os seus objectivos com sucesso. É usual vermos os pais, cônjuges, amigos, professores, treinadores e terapeutas dizer “você consegue fazer isto”. Se os sujeitos se concentram em dúvidas, problemas pessoais, em aspectos negativos ou outros que possam surgir vão diminuir a crença de auto-eficácia. Quanto maior a crença na auto-eficácia percebida maior os esforços mobilizados. Convém salientar que a persuasão verbal tem de ser realista. Pois caso contrário levará a resultados decepcionantes, minando a percepção da mesma. É importante também que esta persuasão surja de uma pessoa similar ao modelo, que este considere relevante, credível para elevar essa crença. A persuasão verbal também pode ser efectuada de forma antagónica, ou seja, persuadir o sujeito de que não possui as capacidades necessárias para o efeito desejado, levando-o a evitá-las, a não aplicar os esforços suficientes, a não investir o necessário face às dificuldades acabando por abandonar a tarefa/objectivo cedo de mais (Bandura, 1994).

Bandura, em 1997, também defende que a avaliação das experiências anteriores, o comportamento dos outros, as informações e os reforços fornecidos por pessoas que consideram significativas levam à obtenção de um sentido de auto-eficácia (Martins & Pais-Ribeiro, 2008).

A estimulação fisiológica e emocional, são um factor influente, uma vez, que a forma como o sujeito avalia as suas reacções interfere no seu desempenho (Bandura, 1994). Estados somáticos e emocionais como a ansiedade, o stress, a excitação e os estados de humor fornecem informações importantes sobre as crenças de auto-eficácia. É fundamental diminuir reacções de stress, alterar estados emocionais negativos e interpretações erróneas dos seus estados físicos. O humor é um factor relevante, quando visto numa perspectiva positiva. Aumenta a crença da auto-eficácia percebida, se este humor é desalentado ou deprimido esta

diminui. Ressalta que a importância não está na intensidade das reacções físicas ou emocionais mas na forma como estas são interpretadas. Elevada crença de auto-eficácia pode originar uma excitação efectiva e ser um facilitador energizante do desempenho, ao contrário, esta excitação pode ser vista como debilitadora nos sujeitos que se concentram em dúvidas pessoais (Bandura, 1994; Bandura et al., 2008).

Reacções emocionais fortes perante uma tarefa podem antecipar os resultados de sucesso ou fracasso (Bandura et al., 2008; Pajares, 2002). Os pensamentos negativos e os medos sobre suas capacidades de desempenho podem desencadear agitação e stress que encaminha a desempenhos desadequados que os próprios temem (Pajares, 2002).

O bem-estar físico e emocional, a diminuição de reacções emocionais negativas, a diminuição do medo, da ansiedade ou de stress elevam a percepção da crença da auto-eficácia (Pajares, 2002).

As reacções de stress, tensão e alta ansiedade são interpretados pelos sujeitos como sinais de vulnerabilidade ao mau desempenho, assim como, a fadiga e a dor são interpretados como sinais de debilidade física, que interferem em especial nas actividades que envolvem força e vigor (Bandura, 1986; 1994).

A promoção das crenças de auto-eficácia podem influenciar nos seus estados fisiológicos, uma vez que, o ser humano tem capacidade para alterar os seus pensamentos e sentimentos. *“O aperfeiçoamento do ser humano tem ocorrido mais devido aos optimistas do que aos pessimistas. A crença em si mesmo não necessariamente garante o sucesso, mas a descrença em si mesmo certamente produz fracasso.”* (Bandura, 1997, p.77, citado por Pervin & John, 2004).

Segundo Martinez e Salanova (2006) são fonte de auto-eficácia, o reforço social, as críticas positivas, os elogios e palavras de ânimo. Estas fazem com que as pessoas invistam, empreendam, persistam perante as diversidades, acreditem mais em si e se sintam mais convictas do seu sucesso. A nível temporal, estas fontes para elevar a auto-eficácia revelam-se ineficazes. Todavia, em tarefas concretas podem ser fundamentais para uma concretização bem sucedida, uma vez que, aumentam a crença de auto-eficácia.

1.4. Auto-Eficácia e Stress

Lazarus e Folkman, em 1987, defendem a auto-eficácia como um constructo poderoso para medir a resposta ao stress. A auto-eficácia é a crença idiossincrática da sua

capacidade para realizar uma acção ansiada. Bandura e colaboradores, em 1982, 1988 e Wiedenfeld e colaboradores, em 1990, nas suas investigações concluíram que a auto-eficácia tem um papel importante nas alterações fisiológicas como por exemplo: tensão arterial, ritmo cardíaco, stress entre outros (Ogden, 2004).

1.5. Auto-Eficácia e Saúde

Segundo O` Leary em 1992, a auto-eficácia afecta a saúde de duas formas: através de comportamentos que influenciam a saúde e/ou através da resposta fisiológica ao stress. Tendo em conta que os sujeitos com elevada percepção de auto-eficácia aderem melhor a comportamentos de promoção de saúde, bem como, modificam comportamentos prejudiciais á mesma. A auto-eficácia ajuda na resposta fisiológica reduzindo o impacto negativo (Pais-Ribeiro, s.d.). No mesmo ano O` Leary defende que a forma como nos posicionamos em relação às crenças de auto-eficácia, baixa ou alta, afectam a probabilidade de desenvolver várias doenças e o processo de recuperação das mesmas (Pervin & John, 2004).

Segundo Schwarzer em 1992, os resultados das pesquisas efectuadas em relação às crenças de auto-eficácia e saúde são simples de resumir: são boas para a saúde, as crenças firmes e positivas em auto-eficácia. De forma antagónica, são prejudiciais para a saúde quando estas são fracas e negativas (Pervin & John, 2004).

Araújo e Moura (2011), também referem que a auto-eficácia quando usada se revela um bom preditor da qualidade de vida.

1.6. Auto-Eficácia e Ansiedade

Segundo Barlow em 1991, através dos pressupostos na teoria sociocognitiva, sujeitos com baixa auto-eficácia perante potenciais ameaças experimentam níveis elevados de ansiedade. A ansiedade é elevada, não pelo evento ameaçador mas pela percepção de ineficácia percebida pelo sujeito ao enfrentá-lo. Sujeitos com a convicção de incapacidade para lidar com eventos ameaçadores experimentam grandes dificuldades, preocupam-se com o que pode vir a acontecer. Criando muitas vezes cognições disfuncionais, ou seja, os sujeitos ansiosos concentram sua atenção em situações ameaçadoras que ainda estão por acontecer e na crença da sua incapacidade para as enfrentar. Em vez de se concentrarem em esforços que possam ser efectuados para enfrentar a mesma. A percepção de incapacidade de enfrentar a

situação pode-se complicar ainda mais devido á inaptidão de enfrentar a ansiedade, uma resposta de medo que pode levar ao pânico. Bandura, em 1997, menciona que a ineficácia percebida desempenha um papel fundamental na ansiedade e depressão (Pervin & John, 2004).

1.7. Auto-Eficácia e Depressão

Segundo Kavanagh, em 1992, quando o sujeito se apercebe da sua incapacidade em obter resultados gratificantes desejados este pode ‘caminhar’ para a depressão. Sujeitos propensos á depressão impõem a si próprios metas demasiado elevadas. Perante a impossibilidade do cumprimento dessas metas exigentes, culpam-se a si próprios pela sua incapacidade ou incompetência pelo sucedido. A auto-crítica excessiva é uma característica que pode levar á depressão, assim como, a ineficácia percebida no incumprimento do desejado. No entanto, o problema decerto está nas metas demasiado elevadas. Já Bandura no mesmo ano menciona que quando os sujeitos acreditam que as metas estão longe das suas capacidades, por serem irreais, estes as abandonam. Podem ficar frustrados ou bravos, levando-os a um estado de apatia mas não á depressão. Defende ainda que a depressão ocorre quando o sujeito se sente ineficaz em relação a uma meta que julga razoável, mas de facto, não a consegue cumprir mesmo que continue a empenhar-se para a obter com êxito (Pervin & John, 2004).

Bandura, em 1997, refere que uma baixa auto-eficácia pode levar á depressão, por sua vez, esta pode reduzir a auto-eficácia. Os sujeitos deprimidos quando se comparam com outros, sentem-se muito menos capazes para ter um bom desempenho em diversas áreas da vida e tem pouca resiliência sobre a situação (Schultz & Schultz, 2004).

CAPÍTULO 2 – QUALIDADE DE VIDA

2.1. Qualidade de Vida

Qualidade de vida é um termo muito usado nas últimas décadas, nas mais diversas áreas como a antropologia, economia, social, psicológica, fisiológica e médica entre outras. Todas têm como prioridade o aumento da qualidade de vida da população. Todavia este conceito é aplicado de acordo com a definição entendida pela área que a investiga (Vaz Serra, 2010).

A qualidade de vida até à primeira metade do século XX estava associada ao factor económico. No entanto, com o passar do tempo começa-se a perceber a necessidade de considerar os aspectos sociais (Canavarro, 2010).

Em 1964, o presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson referia “ *Os objectivos (da população) não podiam ser medidos pelo saldo da nossa conta bancária. Eles só podem ser medidos pela qualidade de vida que as pessoas têm.*” (Bech, 1993, p.1, citado por Pais-Ribeiro, 2009).

A partir desta altura verifica-se uma mudança de paradigma neste conceito. Começa-se por valorizar a percepção do sujeito (Pais-Ribeiro, 2009). As pessoas podiam estar bem a nível económico contudo, a nível social o mesmo não acontecia. Precisavam sentir-se em segurança, sentir confiança no governo e sentir apoio familiar. No entanto, estes factores sociais estavam a deteriorar-se. A fraca associação entre poder económico e o bem-estar dos indivíduos leva ao desenvolvimento de novas formas de avaliar o bem-estar da população em geral (Oliver, Huxley, Bridges & Mohamad, 1996 citado por Canavarro, 2010).

Na década de 80 começa-se a considerar uma perspectiva subjectiva na avaliação deste conceito, isto porque se verifica que as mudanças a nível de bem-estar material ou as desigualdades a nível socioeconómico não alteram de forma significativa o modo como o sujeito percebe a sua vida. Através dos estudos, conclui-se a existência de pouca associação entre as condições materiais ou objectivas da vida e a forma como os sujeitos se sentem em relação às mesmas. Facto demonstrado através de sujeitos com elevado abuso de consumo de substâncias nefastas ou suicídios, em países com elevado nível de desenvolvimento socioeconómico (Oliver et al., 1996; Phillips, 2006 citado por Canavarro, 2010).

Segundo a OMS aquando da sua constituição definia saúde como “ *Um estado de completo bem-estar físico e mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença ou de enfermidade.*” (OMS, 1948, p.1). Definição que leva a uma nova conceptualização neste contexto, e começa-se a trabalhar na promoção da saúde, a considerar o bem-estar e a qualidade de vidas dos sujeitos, de forma, a que a vida seja percebida como ‘boa vida’ e não apenas um mero aumentar de anos á mesma. Deixa de ser apenas um limitar do controlo dos sintomas da doença ou a diminuição da mortalidade (Canavarro, 2010).

A relação entre os conceitos qualidade de vida e saúde são tão importantes que no início dos anos 90 surge a revista *Quality of Life Research* editada pela *International Society for Quality of Life Research*, a qual tem como missão, promover a investigação (desde a sua conceptualização até á operacionalização prática) da qualidade de vida e relacioná-la com a saúde. Esta tem um grande leque de acções, para além da investigação, faz formação, promove seminários, conferências anuais, tem uma revista internacional para a publicação rápida das pesquisas originais, tendo também edição de livros e relatórios que em muito contribuem para o desenvolvimento das temáticas relacionadas com a qualidade de vida e saúde (International Society for Quality of Life Research [ISOQOL], 2014).

Diener e Suh mencionam que na década de 80 e 90, a qualidade de vida, pode ser classificada segundo três grandes grupos: Primeiro, a forma como os sujeitos avaliam a sua saúde e os níveis de criminalidade na sociedade, ou seja, um indicador social. Em segundo, a avaliação da percepção dos próprios indivíduos sobre a sua vida ou a sociedade, um indicador subjectivo do bem-estar. E por último, uma avaliação sob o ponto de vista económico (Canavarro, 2010).

São vários os estudos que procuraram estruturar a qualidade de vida em domínios específicos. Em 1976, Campbel e colaboradores propõem doze domínios: comunidade, educação, vida familiar, amizades, saúde, habitação, casamento, nação, vizinhança, self, padrão de vida e trabalho. Já em 1982, Flanagan, sugere quinze domínios nos quais constam: conforto material; saúde e segurança; relações familiares nas quais se incluem ter e criar filhos, assim como, relações de proximidade com a esposa ou parceiro sexual, amizades íntimas, ajudar e motivar os outros; participação em assuntos políticos; a educação escolar; enriquecimento pessoal, não apenas aumentando o conhecimento mas também na percepção pessoal dos pontos fortes e limitações; desempenhar tarefas profissionais que sejam interessantes, recompensadoras; participar de forma activa a nível social, ler, ouvir música entre outros entretenimentos. Nestes dois últimos estudos, a saúde constitui o domínio de

maior relevo e que melhor explica a qualidade de vida. Este domínio pode ser investigado de forma mais geral ou específica. Generalizou-se de tal forma no campo da saúde que diversas vezes aparece referenciado como “*Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde*” (QVRCV). No entanto, este último termo está mais relacionado com a doença que o indivíduo tem ou com o seu tratamento e a qualidade de vida é avaliada de forma mais geral. Em 1995, Hermann, define QVRCV como o efeito da doença e do seu tratamento no sujeito doente. No ano seguinte Testa e Simonson mencionam que as dimensões físicas, psicológicas e sociais da saúde, são áreas específicas que são influenciadas de modo idiossincrático pelos indivíduos através das suas experiências, crenças, expectativas e percepções (Pais-Ribeiro, 2009).

Heineman, em 2000, ao investigar a qualidade de vida repara que a mesma é vista sob uma perspectiva piramidal, ou seja, encontrando-se os elementos mais específicos na sua base e os mais gerais ou abstractos no seu topo. Nos estudos deste conceito repara nas dimensões mais mencionadas, as quais destaca: a física, psicológica e bem-estar, económica, intervenções sociais, capacidades funcionais, aspectos profissionais, aspectos religiosos e/ou espirituais (Canavarro, 2010).

Cummins, em 1997, refere que a qualidade de vida deve ser avaliada em sete domínios e reflectidos segundo dois eixos, objectivo e subjectivo, avaliando o indivíduo na satisfação que ele atribui a esses domínios. Os sete domínios são: bem-estar material e bem-estar emocional, saúde, produtividade, intimidade, segurança e comunidade (Canavarro, 2010).

Em 2006, de acordo com Phillips, ter qualidade de vida significa sentir satisfação em necessidades básicas e sociais. Ter autonomia para apreciar a vida, progredir e poder participar numa sociedade com coesão social, confiança interpessoal e integradora. No seu ambiente psicossocial tem de existir justiça e igualdade, assim como, o mesmo tem de ser sustentável (Quartilho, 2010).

Os investigadores mencionam inúmeras definições de qualidade de vida as quais Farquhar considera: as definições globais, as focadas, as componentes e as combinadas. Estas podem basear-se em sensação de bem-estar ou satisfação com diferentes áreas da vida. Outras são avaliadas segundo o que o sujeito deseja, tem ou espera ter e outras ainda na sua funcionalidade. Tudo isto leva a inúmeras definições, conceptualizações e avaliações diferentes (Pais-Ribeiro, 2009).

Veenhoven (2000) refere que o bem-estar, a felicidade e o conceito saúde, são muitas vezes empregados como sinónimos da qualidade de vida. Sirgy (2002) confirma usar o bem-

estar subjectivo ao referir-se a aspectos subjectivos da qualidade de vida como: felicidade, satisfação com a vida, e qualidade de vida percebida. Já Bradburn (1969) usava como equivalentes o bem-estar psicológico e felicidade. Bowling e Windsor (2001) mencionam existir grande confusão nos conceitos de bem-estar, felicidade, boa vida e qualidade de vida (citado por Pais-Ribeiro, 2009).

Pais-Ribeiro (2009) refere que a qualidade de vida tem as seguintes propriedades: é multifactorial, analisa diversas dimensões; baseia-se na percepção do sujeito, que varia em função do tempo, ao longo da vida do ser humano e/ou da sociedade; é subjectiva, baseia-se em factores imateriais, como o prazer pessoal.

Parreira (2006) salienta a importância do ambiente familiar, das relações de amizade e vizinhança, o respeito pelo outro, a solidariedade e partilha, a abertura e troca de experiências, como factores que reduzem comportamentos de risco e se relacionam e favorecem a saúde e a qualidade de vida.

Coleman em 1974 e Haggerty, Sherrod, Garnezy, Rutter em 1990, mencionam áreas em que os sujeitos operam com facilidade, que consideram como agradáveis e sem sobressaltos, os quais designaram de “áreas de conforto” promovem a qualidade de vida. Consideram também nos seus estudos de promoção para a saúde factores como: o estatuto social, estatuto económico, as ligações à comunidade e à família. As quais devem ser agradáveis visando o bom relacionamento entre pais e filhos, família em geral ou amigos para favorecerem a qualidade de vida, assim como, a educação e o facto de se ser casado (Parreira, 2006).

Embora se tenham reunidos inúmeros esforços para clarificar este conceito, na verdade ainda não foi possível chegar a um consenso. Em 1990, Annas chegou mesmo a defender o abandono completo da expressão (Ogden, 2004).

A qualidade de vida é um conceito complexo. Existem inúmeros estudos sobre o tema, no entanto, em 2004 e 2005, Caron et al., e Wahl et al., referem a existência de pouca literatura sobre esta variável em função dos factores sociodemográficos na população em geral (Gameiro et al., 2010). Existem estudos onde a variável sexo apresenta efeitos na qualidade de vida, todavia, diferem quanto ao domínio. O sexo masculino apresenta valores superiores no domínio psicológico (Brayram et al., 2007; Izutsu et al., 2005 e Skevington, 1999; citado por Simões, Sousa, Vilar e Paredes, 2010), no domínio do nível de dependência (Brayram et al., 2007, citado por Simões et al., 2010) e no domínio físico (Bayram et al., 2007; Izutsu et al., 2005; Tsutsumi et al., 2006; citado por Contente, 2012 e Simões et al., 2010). Em

contrapartida também foram encontrados resultados com valores superiores no sexo feminino no domínio físico e meio ambiente (com Tsutsumi et al., em 2006), no domínio das relações sociais (com Izutsu et al.; Masthoff et al., em 2005) e no domínio da espiritualidade (Simões, Sousa, Vilar & Paredes, 2010).

2.2. Modelos Teóricos da Qualidade de Vida

2.2.1. Modelo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

A OMS perante a falta de precisão conceptual, o crescente interesse em diversas áreas e a relevância que o conceito qualidade de vida manifestou, criou o grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), com o objectivo de criar um instrumento com uma perspectiva transcultural que possa ser usado a nível internacional. Para tal foram reunidos um conjunto de diversos peritos, de diferentes países e culturas, entre as quais a nossa, de modo, a operacionalizar um instrumento de avaliação da qualidade de vida. Surge então WHOQOL-100 com uma metodologia de validação própria, com uma perspectiva transcultural e subjectiva, e com procedimentos standardizados.

Existem três aspectos muito importantes: subjectividade, ou seja, que depende da percepção idiossincrática do sujeito. A multidimensionalidade, que permita abranger diversos aspectos ou dimensões. E por último a presença de dimensões positivas, como a mobilidade e negativas, como a dor (OMS, 1998).

Com o desenvolvimento desta metodologia a OMS define qualidade de vida como: *“Percepção do individuo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”* (OMS, 1994, p. 28).

A qualidade de vida é um conceito complexo, influenciado pelo seu estado físico, psicológico, grau de independência, relações sociais, crenças pessoais como religião e/ou espiritualidade e por fim pelo meio ambiente onde está integrado (OMS, 1998).

No início, o Grupo WHOQOL conceptualizou a WHOQOL -100 e á posteriori por necessidade de um instrumento mais curto que diminuísse o seu tempo de preenchimento de modo a ser usado quando o tempo fosse restrito ou para minimizar o esforço do respondente, surge a versão breve a WHOQOL- Bref, com critérios psicométricos satisfatórios. Na versão inicial constam seis domínios que passam a ser quatro na versão reduzida. Nesta última não

constam os aspectos relativos ao domínio do nível de dependência e o domínio da espiritualidade (Canavarro et al., 2007).

Na criação deste instrumento o grupo WHOQOL preocupou-se com determinados procedimentos específicos para a avaliação da qualidade de vida. Primeiro ter sempre validação transcultural, ou seja, que o modelo base da OMS seja compreendido na cultura a que se destina. Sendo possível incluir facetas que se considerem necessárias para a avaliação correta da qualidade de vida. Em segundo, o conceito tem em conta questões de desenvolvimento, ou seja, admite que a qualidade de vida se altera ao longo do percurso de vida, é dinâmico. Por isso desenvolve módulos específicos para adulto, criança e idoso. Em terceiro, desenvolve também instrumentos para doenças específicas como artrite, diabetes entre outras. E por último, a preocupação com sujeito deficientes/incapacitados (Canavarro, 2010).

No entanto, toda esta metodologia tem sido criticada, uma vez que, são muito abrangentes, tornam a definição de vida muito alargada, tornam o conceito muito vago e sem um núcleo definido. São também criticadas pelo seu foco restrito, o que pode levar a omitir factores de importância específica para os sujeitos em apreço (Ogden, 2004).

2.2.2. Modelo Global da Qualidade de Vida

O modelo global da qualidade de vida foi proposto por Felce e Perry na década de 90. É multidimensional, com dimensões objectivas e subjectivas, no qual constam factores pessoais e ambientais. Como as relações íntimas, vida familiar, amigos, trabalho, vizinhanças, o local de residência e a própria, a educação, a saúde, o nível de vida e o estado da nação. A qualidade de vida é composta por uma homogeneidade independentemente da população ou grupos de referência. Pode-se dizer que existe qualidade de vida quando um sujeito sente que suas necessidades estão satisfeitas e quando este se sente realizado em áreas que valoriza. Contudo, o que primeiro e melhor reflecte a qualidade de vida é a percepção idiossincrática do bem-estar. Esta é baseada em necessidades individuais (Canavarro, 2010).

2.2.3. Modelo Integrativo da Qualidade de Vida

Este modelo foi proposto em 2000, por Granzin e Haggard. É constituído por três eixos: pessoal, ambiental e experiência subjectiva da vida. O primeiro eixo integra aspectos

demográficos, atitudes, valores e inclusão num grupo. O seguinte eixo engloba as dimensões físicas e sociais e por último o eixo no qual se inserem aspectos de saúde mental, qualidade de vida e aborrecimento (Canavarro, 2010).

Este modelo baseia-se no pressuposto em que o comportamento e as avaliações das experiências obtidas por um sujeito, reflectem a interacção entre as suas características pessoais e sua percepção perante o meio físico e social em que este indivíduo está inserido. É um modelo baseado segundo uma perspectiva interaccionista (Canavarro, 2010).

2.2.4. Modelo de Satisfação

Nos diversos modelos teóricos de qualidade de vida ou subjacente a ela, Hunt, em 1997, menciona como instrumento consistente o modelo de satisfação das necessidades e o modelo cognitivo individual. Mckenna e Whalley, em 1998, mencionam as abordagens funcionalistas e as baseadas nas necessidades (*needs-based*). Fleck e colaboradores, aproveitam a ideia dos autores referidos atrás e agrupa os modelos de qualidade de vida em dois grupos: o modelo de satisfação e o modelo de funcionalidades (Fleck et al., 2008).

No modelo de satisfação a qualidade de vida está relacionado com a satisfação dos vários domínios que o sujeito considera como importantes na sua vida. Todavia, a satisfação é uma experiência muito subjectiva e associada à expectativa. O sujeito pode sentir-se satisfeito com diferentes níveis de aquisição, assim sendo, o sujeito pode adquirir um bom nível de qualidade de vida aumentando as suas realizações (sente satisfação com a obtenção do sucesso) ou diminuindo as expectativas (sente a satisfação através da resignação). As expectativas ou resignação podem ser influenciadas pela personalidade do sujeito ou da cultura em que está incluído (Fleck et al., 2008).

O modelo de satisfação obteve duas contribuições importantes sobre factores com os quais o indivíduo deveria estar satisfeito para obter uma boa qualidade de vida. Uma com Maslow em 1954 e Thomas More em 1994, com a ideia de necessidades básicas, como mobilidade, saúde, nutrição e abrigo. O modelo ao considerar necessidades básicas universais leva ao pensamento de uma metodologia com uma perspectiva transcultural. A outra contribuição foi através da abordagem cognitiva individual. A qual defende que a percepção idiossincrática é que avalia a qualidade de vida. Por isso só pode ser avaliada individualmente (Fleck et al., 2008).

2.2.5. Modelo Funcionalista

Segundo Mckenna e Whalley, em 1998, defendem que para se considerar ter uma boa qualidade de vida, o sujeito tem de obter um bom desempenho no seu papel social e nas funções que valoriza. No entanto, este modelo sofreu algumas críticas, uma vez que, está relacionado com a saúde. Albrecht e Devlierger em 1999, demonstram através de estudos qualitativos que sujeitos com deficiências graves e persistentes podem referir boa ou excelente qualidade de vida. Isto porque têm a percepção de que estão lidando de forma satisfatória com as suas limitações. Mesmo que os observadores externos não concordem ou a considerem indesejável (Fleck et al., 2008).

2.3. Qualidade de Vida e Depressão

A avaliação da qualidade de vida em doentes psiquiátricos torna-se relevante pelas repercussões que a mesma tem no funcionamento psicossocial. Torna-se esta variável importante no momento da escolha do tratamento e na avaliação da eficácia da intervenção a que os doentes estão sujeitos. Rapaport e colaboradores (2005) nas suas investigações sobre o impacto da qualidade de vida em indivíduos com perturbações de humor e ansiedade comprovaram que estes sujeitos apresentavam pior qualidade de vida quando comparados com um grupo de controlo. Os autores demonstraram ainda que a qualidade de vida pode variar de acordo com o sexo, idade, e comorbilidade, assim como, pela duração e severidade da patologia. Estudos operacionalizados em 2001 por Skevington e Wright também demonstraram uma associação negativa com a qualidade de vida. Facto também revelado em contexto terapêutico em 2006 por Diehr e colaboradores. Não há dúvidas que a qualidade de vida se recente perante a existência e intensidade de uma perturbação de humor (Gameiro et al., 2010). Num outro estudo em 2005, Bonnicato e colaboradores, os doentes deprimidos apresentaram no domínio das relações sociais valores significativamente menos satisfatórios que os restantes grupos avaliados. Estes estudos apontam para a importância da qualidade de vida, uma vez que, esta parece sensível à existência da perturbação de humor. Facto que sugere que as intervenções terapêuticas nesta perturbação, decerto, levarão a uma melhoria no bem-estar físico e psicossocial do sujeito. Angermeyer e colaboradores, nos seus estudos sobre a depressão, verificam que após remissão da mesma, os sujeitos apresentam melhoria na qualidade de vida. Todavia, esta revela-se significativamente mais baixa quando comparada

com sujeitos saudáveis, mesmo que a ausência de sintomatologia seja superior a seis meses ou mais. E mais especificamente nos domínios: nível de independência, espiritualidade, religião, crenças pessoais e saúde física. Spitzer e colaboradores em 2005, no seu estudo sobre perturbações mentais, identificam as perturbações de humor como as que causam maior deterioração em todos os domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde, sendo a depressão a que apresentou o pior resultado sobre a qualidade de vida. A OMS menciona que a intervenção terapêutica nestes casos deve ter em conta a remissão da sintomatologia e que a mesma demonstre um impacto positivo na qualidade de vida e não apenas com a sua remissão (Gameiro et al., 2010).

Gameiro e colaboradores (2008) realizaram um estudo com a população portuguesa na qual apuraram a existência de prevalência de sintomatologia depressiva bastante significativa na população em geral. Revelou também que os sujeitos com esta sintomatologia apresentam valores significativamente mais baixo de qualidade de vida em todos os domínios e facetas da mesma. Sendo o domínio psicológico, físico e o das relações sociais os mais afectados. Macedo (2012) menciona que nas perturbações de humor as relações sociais são um factor de grande relevância para obter a qualidade de vida. Na sua investigação sobre os domínios de relações sociais da qualidade de vida em sujeitos com perturbação de humor e sujeito da população em geral, conclui-o que os sujeitos com esta perturbação apresentam piores valores de qualidade de vida no domínio das relações sociais.

Fleck et al. (2002) nos seus estudos de associação entre sintomas depressivos e funcionamento social, concluíram que o funcionamento social é pior em sujeito com sintomatologia depressiva. Que existe uma associação entre sintomatologia depressiva e comprometimento psicológico, social e físico. No entanto, não foi possível com estes estudos chegar a uma relação de causalidade, uma vez que, os sintomas depressivos poderiam ser responsáveis por uma pior avaliação da qualidade de vida e do funcionamento físico como poderiam ser o contrário.

Segundo Leval, em 1999, menciona que ao avaliar a qualidade de vida em doentes com patologia depressiva deve-se ter em atenção que o auto-relato, este subjectivo, pode estar enviesado em virtude da organização e funcionamento cognitivo próprio da sintomatologia depressiva (Gameiro et al., 2008).

Contente (2012) efectuou um estudo sobre o bem-estar, qualidade de vida e saúde mental/ajustamento emocional em adultos. Este tinha como base teórica o modelo tripartido, com o qual avaliou a depressão, ansiedade e stress. A metodologia para avalia a qualidade de

vida foi a WHOQOL-Bref e para aferir a saúde mental a EADS-42. O estudo em questão analisou o nível de escolaridade com os seguintes grupos: saber ler/escrever, 1º ao 4º ano, 5º ao 6º ano, 7º ao 9º ano, 10º ao 12º ano, estudos universitários e formação pós graduada e a saúde mental ao nível da depressão, ansiedade e stress, no qual aferiu que os sujeitos com menor escolaridade possuíam valores superiores na saúde mental. Ao serem analisados em separado por nível educacional os valores mais altos mantinham-se nos sujeitos com menor habilitação académica e os valores mais baixos nos universitários. Apenas no stress, embora com valores baixos, verificou-se no penúltimo grupo, os universitários, valores um pouco mais altos que no último grupo de formação pós graduada.

Neste estudo o autor ao avaliar a qualidade de vida e a saúde mental conclui que quanto menor os valores na saúde mental melhor a qualidade de vida. Apresentando os valores mais altos no domínio físico seguido do psicológico, sendo o mais baixo o domínio do meio ambiente (Contente, 2012).

Em 1975, Hunt, menciona que sujeitos com um nível superior de habilitações literárias possuem uma estrutura mais complexa, o que lhes permite tomar decisões mais responsáveis, ter uma resiliência para lidar com as mudanças ou dificuldades que vão surgindo, do que sujeitos com menor grau de habilitações. Rodin, em 1986, também associou o estilo cognitivo a uma maior capacidade de controlo e de responsabilidade. Todos estes factores levam a indicadores de melhor saúde (Pais-Ribeiro, 1996).

2.4. Qualidade de Vida e Desporto

Bize e colaboradores (2007) efectuaram um estudo sobre a actividade física e saúde relacionada com a qualidade de vida na população adulta em geral. Ao efectuar uma revisão bibliográfica sobre o tema verificaram a existência de uma associação positiva consistente entre a actividade física e a qualidade de vida.

Omorou e colaboradores (2013) na sua investigação ao averiguar a contribuição do desporto na qualidade de vida, concluíram que o desporto por norma associa-se a melhor qualidade de vida. Ao fazer uma análise em função do sexo, apurou que os homens obtinham valores superiores na saúde física e psicológica e as mulheres apenas na saúde física.

Pucci e colaboradores (2012) realizaram um estudo sobre a associação entre a actividade física e a qualidade de vida em adultos. No qual efectuaram uma revisão sobre a literatura, nas bases de dados da PubMed, Lilacs e Scielo, de 1980 a 2010, com instrumentos

de avaliação da qualidade de vida apenas com os recomendados pela organização de saúde e validados segundo o método científico e propriedades psicométricas validadas. Concluíram que a actividade física tem uma associação positiva com a qualidade de vida em adultos, que aparentam estar sem patologias assim como em adultos de diferentes condições de saúde. Todavia, os resultados da qualidade de vida variam nos domínios conforme o protocolo usado. Os domínios que se verificam com maior frequência são físico e mental.

De acordo com Silva e colaboradores (2010), o desporto serve para preservar e promover a saúde, quando realizado de forma consciente e responsável. A rotina do trabalho e/ou dos estudos provoca efeitos nocivos à saúde e a prática de desporto restaura a mesma e é visto como um ato de lazer. Nos seus estudos sobre a actividade física e a qualidade de vida, os sujeitos foram agrupados como: inactivos, moderadamente activos, activos e menos activos. Concluíram que existe uma correlação significativa entre a actividade física e a qualidade de vida. Que os sujeitos activos apresentam valores significativamente mais altos nos domínios meio ambiente, físico e psicológico.

A prática regular de desporto está associada à ausência ou a mínima sintomatologia depressiva ou de ansiedade (Boscolo et al., 2005). Porém, quando o desporto passa a ser excessivo associa-se de forma negativa e traz prejuízos para a saúde mental (Peluso & Andrade, 2005).

2.5. Qualidade de Vida e Hobbies

Marcelino (2002) refere a importância que a prática de lazer/hobbies tem na vida das pessoas, aumentando a sua qualidade de vida. Esta traz inúmeros benefícios: como a diminuição do stress, promove a homeostasia contribuindo para a manutenção da saúde.

Melo, em 2003, menciona existir uma relação directa entre o lazer e variáveis como a saúde, a educação e a qualidade de vida, não podendo esta relação ser negligenciada. O autor refere-se a lazer como uma actividade em que o sujeito sente satisfação e prazer em a realizar, podendo ser uma actividade lúdica, intelectual, desportiva, aventura, caminhada, pesca, palavras cruzadas, jogos, festas, passeios, entre outras. No lazer o objectivo é a procura do bem-estar, do prazer, todavia se esta tiver uma remuneração monetária passa a ser considerada como trabalho. O caso de um atleta de competição. Todas as actividades de lazer desenvolvem a sociabilidade aumentando as relações sociais. Já em 1998, Camargo referia que o trabalho era visto pelas pessoas como algo muito importante na vida das mesmas, no entanto, não era o

único. As pessoas com o passar do tempo começam a perceber isso. O lazer consegue promover auto-estima e a vontade de viver (Júnior et al., 2012).

O lazer tem um contributo fundamental na qualidade de vida do ser humano independentemente da faixa etária, classe social, da cultura ou localização onde o mesmo se encontra. O lazer interfere a nível emocional, na saúde e no desenvolvimento pessoal. Contribui directamente para o desenvolvimento intelectual, proporciona o alívio da tensão e o relaxamento. Todavia têm de ser praticado com responsabilidade e consciência (Júnior et al., 2012).

2.6. Qualidade de Vida e Estatuto Trabalhador

A literatura relativa á avaliação da qualidade de vida e trabalhadores estudantes é escassa (Areias et al., 2001; Cardoso et al., 2001; Cerchiari, 2004; Oliveira, 1999; Souza e Guimarães, 1999; citado por Tombolato, 2005). Esta temática difere em questões culturais e políticas de organização de trabalho e educacionais dos diferentes países. Por exemplo no México não existem trabalhadores estudantes segundo o depoimento numa entrevista do Professor Dr. Martin Meza. Já em Portugal existe legislação própria para o efeito, o designado estatuto de trabalhador estudante. De acordo com Cardoso e colaboradores, em 2001, na sua investigação com 107 trabalhadores estudantes com o objectivo de avaliar a saúde mental e a qualidade de vida, usando para avaliar a saúde mental o Stress Work-Survey Abreviado e Questionário de Saúde Geral de Goldberg e para a qualidade de vida o WHOQOL-bref. O estudo revelou que a maioria da amostra se encontrava em situação de stress psíquico e com distúrbios de sono e na qualidade de vida, os valores mais elevados encontraram-se no domínio das relações sociais e meio ambiente seguido do psicológico. Em 2002, Iglesias, fez uma investigação qualitativa, com 218 alunos trabalhadores estudantes sobre a qualidade de vida, na qual aferiu que estes apresentavam dificuldades várias, como o desempenho escolar em virtude do cansaço, sonolência e stress. Segundo Nunes e colaboradores, em 2001, ao estudar a relação entre saúde e bem-estar de trabalhadores estudantes com um entrevista semi-directiva e posterior tratamento estatístico, demonstrou que o convívio social, as relações familiares, as relações de companheirismo e de namoro são prejudicados em grande parte pelo cansaço e pelo sono. No mesmo ano, Areias e Guimarães também se interessaram em estudar a relação entre a qualidade de vida e a saúde mental numa amostra de 126 trabalhadores

estudantes. Este revelou que os resultados superiores se encontravam nos domínios físico e meio ambiente e os piores nas relações sociais (Tombolato, 2005).

Tombolato (2005) operacionalizou uma investigação para avaliar a qualidade de vida e os sintomas psicopatológicos em estudantes universitários dos quais 18 são estudantes e 122 trabalhadores-estudantes. Com os instrumentos Whoqol-bref para avaliar a qualidade de vida e a Escala de Avaliação de Sintomas-40 para avaliar os sintomas psicopatológicos. Não foram encontradas diferenças significativas na qualidade de vida em geral entre os estudantes e trabalhadores estudantes. Estes últimos quando avaliados em função do sexo obtiveram valores mais baixos nos domínios do meio ambiente e físico nas mulheres.

CAPÍTULO 3 – AJUSTAMENTO EMOCIONAL – ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS

3.1. Ansiedade

A ansiedade embora seja um conceito com diversas investigações ainda não tem uma definição considerada universalmente aceite. Grazinai caracteriza-a como um estado emocional subjectivo, que pode gerar medo ou uma emoção muito próxima, perante uma situação real ou imaginária. Esta perspectiva o futuro, e pode ser excessiva em relação á situação ameaçadora. Esta é considerada desagradável, negativa e tem implícita sintomatologia corporal manifesta e subjectiva (Grazinai, 2005).

Ansiedade caracteriza-se por uma sensação de apreensão ou tensão como forma de reagir a situações de stress. Esta pode ser considerada normal ou patológica. Pode designar-se como normal se não prejudicar o habitual funcionamento do sujeito. Podendo até mesmo ser benéfica. Por exemplo, se pensarmos nos estudantes em época de exames, alguma ansiedade motiva os mesmos a estudar e/ou esforçar-se mais e a obter bons resultados. Este distúrbio começa a ser considerado patológico quando a ansiedade é excessiva sem uma causa externa e/ou começa a afectar a sua vida diária (Feldman, 2007). Sempre que se torna irrealista e é sentida como perturbadora e persistente (Hollstrom & McClure, 2000).

De acordo com Graziani (2005) um sujeito com ansiedade patogénica muitas vezes avalia como ansiogénica uma situação neutra para a maioria das pessoas. Levando a um temor difuso, a sentir-se esgotado por essa inquietação, a bloquear ou entrar em “hiperactividade”. Esta ansiedade patogénica revela um grande sofrimento para os sujeitos. A perturbação de ansiedade generalizada é caracterizada por uma ansiedade de traço patológico. Pois consta de uma preocupação consistente e persistente em relação aos perigos para si, outros ou relativos ao futuro. Sendo inúmeros os contextos e os acontecimentos onde esta se exprime.

Biaggio, Natalício e Spielberger (1977) diferenciam ansiedade de estado e ansiedade de traço. Refere-se a ansiedade de estado como um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão percebidos e pelo aumento da actividade do sistema autónomo. Esta varia de intensidade e tem flutuações no tempo. A ansiedade de traço é uma característica estável do sujeito perante os factores influenciadores da ansiedade.

As formas de lidar com a ansiedade podem ser aprendidas através do modelo parental. Filhos de pais com distúrbios ansiosos têm maior probabilidade de desenvolverem

estratégias de coping desadequadas, assim como, os sujeitos que aprendem a ser mais confiantes tem maior resiliência ao enfrentar o stress á medida que este vai surgindo do que sujeitos que interiorizam formas disfuncionais de lidar com as situações que provocam ansiedade (Hollstrom & McClure, 2000).

Segundo o DSM-IV-TR verificam-se diversos tipos de perturbações de ansiedade assim como: perturbação de pânico com ou sem agorafobia, agorafobia sem história de perturbação de pânico, fobia específica, fobia social, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação pós-stress traumático, perturbação aguda de stress, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade secundária a um estado físico geral, perturbação de ansiedade induzida por substâncias e perturbação de ansiedade sem outra especificação (APA, 2002).

O distúrbio de ansiedade é estudado segundo diversas perspectivas. Na vertente comportamental, o factor ambiental é fundamental nesta questão, uma vez que, a ansiedade é vista como uma resposta adquirida ao stress. Por exemplo: uma criança é mordida por um cão, como reacção, quando esta vir um animal destes vai assustar-se e fugir, ou seja, vai passar a ter um comportamento defensivo como forma de atenuar a sua ansiedade (Feldman, 2007).

Frost e Steketee; Wang e Clark, em 2002, segundo uma perspectiva cognitiva defendem que a ansiedade ocorre de cognições e crenças disfuncionais, inapropriadas e/ou imprecisas, relativas a diversas situações (Feldman, 2007).

De acordo com Gelder, Gath, Mayou e Cowen, até ao final do século XIX, as perturbações de ansiedade e as perturbações de humor não se distinguiam. Os casos de menor gravidade denominavam-se neurastenia (citando em Pais-Ribeiro et al., 2004).

A ansiedade está muitas vezes associada à sintomatologia da depressão. Estas perturbações são consideradas independentes. No entanto, a sobreposição da ansiedade e depressão é reconhecida (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Investigadores como Clark e Watson (1991, 1995), Maser e Cloninger em 1990, Kendall e Watson em 1989, têm dado ênfase à dificuldade de diferenciar empiricamente a ansiedade e depressão (Watson et al., 1995).

Clark e Watson (1991), sugerem o modelo tripartido, em que sintomas da ansiedade e depressão surgem agrupados em três grupos básicos: distresse, ansiedade e depressão. O primeiro grupo contém o humor deprimido e ansioso, insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração. Encontram-se tanto em sujeitos deprimidos como ansiosos. O segundo menciona sintomas específicos da ansiedade, como a tensão somática e a

hiperactividade, sendo o último grupo relativo a sintomas específicos da depressão como anedonia, apatia e ausência de afecto positivo.

Lovibond e Lovibond, operacionalizaram a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress em que assumem as diferenças na ansiedade, depressão e stress. Segundo os autores essas diferenças são de grau, propondo uma classificação dimensional, de cinco graus, entre normal e muito grave. Caracterizam a depressão pela perda de auto-estima e perda de motivação. Está associada á probabilidade de baixa percepção individual em alcançar objectivos significativos. A ansiedade analisa-se entre as ligações da sua persistência e as respostas intensas de medo. Por último o stress é visto segundo o estado de excitação e a tensão persistente, com uma resiliência deficitária, baixa resistência à frustração e desilusão (Pais-Ribeiro et al., 2004).

3.2. Depressão

Segundo a OMS (2001) no seu relatório menciona a depressão como um transtorno mental comum, que provoca graves incapacidades, sendo a depressão grave, nos dias actuais uma das maiores causas de incapacidade mundial. Esta é influenciada por factores biopsicossociais.

Mais de 350 milhões de pessoas sofrem desta patologia independentemente da idade. O sexo feminino surge com valores superiores ao sexo masculino. Esta perturbação é a principal causa de incapacidade a nível mundial e uma das principais contribuintes para o desenvolvimento de outras doenças. Em casos extremos pode levar ao suicídio. Estima-se que a nível mundial existam 1 milhão de suicídios por ano (OMS, 2012).

Devido á sua complexidade, diversidade e percurso ao longo dos anos esta perturbação tem sido classificada de diversas formas. Pode classificar-se quanto á sua gravidade que pode ser ligeira, moderada ou grave. Ao tipo de episódio que pode ser depressivo, maníaco ou misto. A sua evolução, unipolar ou bipolar. À causa que pode ser reactiva, endógena ou ambas como acontece muitas vezes. Pode ter características mais específicas como os sintomas neuróticos, psicóticos, agitação e inibição. Pode ser de longa duração ou recorrente (Wikinson, Moore & Moore, 2003).

A perturbação depressiva pode-se classificar através da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionado com a saúde, décima revisão (CID-10) da OMS (2010) ou através da Associação Americana de Psiquiatria com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (APA, 2002).

No CID-10, a depressão, subdivide-se em três episódios, conforme o seu número ou a gravidade estes podem ser: leves, moderados ou graves e esta pode ser recorrente ou um transtorno persistente de humor. Esta perturbação pode apresentar sintomas como: uma diminuição de energia e actividade, muitas vezes associadas á fadiga, alteração ou diminuição de humor. Perda de interesse por actividades anteriormente consideradas agradáveis e de prazer, falta de concentração, perturbações de sono (inicial, intermédio ou com um acordar precoce), perturbações alimentares, perturbações de peso e perda da libido, diminuição de auto-estima, autoconfiança e com ideia de culpabilidade, lentificação psicomotora ou agitação, onde por vezes poderá haver um agravamento matinal da perturbação depressiva (OMS, 2010).

No DSM-IV-TR a depressão enquadra-se nas perturbações de humor, uma vez que, esta tem como características predominantes uma perturbação de humor. Esta perturbação pode-se dividir em: perturbação depressiva major, perturbação distímica, perturbação bipolar e perturbação depressiva sem outras especificações. Podem ainda surgir depressões pós-parto, sazonais e pré-menstruais. Estas podem ser classificadas segundo a sua duração: episódica, recorrente ou crónica (APA, 2002).

Esta perturbação pode ser designada por reactiva ou endógena. Designa-se depressão reactiva quando os sintomas são uma reacção a factores externos de stress. A depressão endógena denomina-se quando os sintomas parecem ocorrer independentemente das causas ambientais. No entanto, é difícil na maioria dos casos fazer esta distinção, uma vez que, os acontecimentos precipitantes precedem ambos os tipos da doença. Todavia a depressão endógena caracteriza-se pela tristeza, isolamento social, perda da libido, anorexia/perda de peso, inibição/agitação, acordar precoce, culpa, perda do prazer, variações diurnas do humor sem ter a ver com alterações do meio ambiente (Wikinson et al., 2003).

Com o evoluir da ciência surge a teoria da depressão fundamentada em investigação científica e observação clínica. O foco de atenção deixa de ser a teoria psicanalítica que se baseia em interpretações de factores inconscientes e recordações de infância, ganhando destaque a teoria comportamental, cognitiva e cognitiva comportamental. Estas passam a exercer sua influência no entendimento e terapia da perturbação depressiva. Destacando-se na década de 60, a terapia cognitiva comportamental de Beck (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1997).

O modelo cognitivo da depressão de Beck, o qual tem em atenção três conceitos fundamentais: A tríade cognitiva, os esquemas e os erros cognitivos. Na tríade cognitiva é

uma visão idiossincrática do sujeito. Este tem uma visão negativa de si mesmo, sente-se como inadequado ou inapto. Tem uma visão negativa do mundo, no qual se insere o trabalho, as relações ou outras actividades, e negativa do futuro. Quando pensa na sua vida a longo prazo apenas consegue antecipar sofrimento ou antever as dificuldades que está a passar e julga que vão persistir no tempo, não conseguindo ter uma visão positiva. Perante esta forma tão negativa de analisar tudo, existe a probabilidade de entrar em desespero, o que torna os pensamentos mais intensos levando a grande sofrimento psicológico. O desejo suicida por vezes é percebido pelos sujeitos deprimidos como um alívio á dor, ao sofrimento psicológico ou a uma situação que julga insolúvel ou intolerável. Ele pode ver-se como um inútil e chegar ao ponto de achar que seria melhor se morresse (Beck et al., 1997).

O esquema é um padrão cognitivo mais ou menos estável, que surge de regularidade de interpretações de um conjunto de situações específicas, que varia de sujeito para sujeito. Serve para explicar porque um deprimido apesar das evidências de fatos positivos em suas vidas continuam a ter atitudes autoderrotistas que os levam ao sofrimento. Os esquemas em sujeitos deprimidos são conceptualizações de situações específicas em que o sujeito distorce a situação para encaixar o esquema disfuncional prevalente. Com o passar do tempo estes esquemas levam á distorção da realidade e por sua vez a erros sistemáticos de cognição, que podem tornar-se repetitivos e perseverantes (Beck et al., 1997).

No último conceito, erros de cognição alguns dos mais usuais são: tirar conclusões antecipadas e sem grande evidência dos factos, a qual designou de inferência arbitrária. A tendência do deprimido em se desvalorizar, demonstrando seu mau desempenho, chamada de abstracção selectiva. Propensão para hipergeneralizar, uma vez que, um evento correu mal acha que irá acontecer mais vezes. A personalização que é a atribuição negativa de factos a si próprio sem que exista qualquer base para fazer essa conexão. O pensamento dicotómico absolutista, tendência para colocar todas as características de uma situação em duas características opostas, exemplo: impecável ou defeituoso, santo ou pecador. E por fim a magnificação e minimização, diz respeito aos erros de avaliação segundo a sua importância ou magnitude, que não são devidamente avaliados constituindo uma distorção (Beck et al., 1997).

De uma forma geral um sujeito deprimido apresenta-se com um ar abatido, com andar lento, postura flectida, cabeça virada para o chão, ombros descaídos, os movimentos do corpo são lentos, com uma mímica triste e, mesmo em situações de humor raramente esboça um sorriso. O aspecto é muitas das vezes descuidado, sem grandes cuidados de higiene, tem uma aparência frágil, uma vez que, ao perderem o apetite ficam mais magros num curto

espaço de tempo. Evitam o contacto ocular ou fixam-no num determinado ponto (Afonso, 2004).

3.3. Stress

O primeiro investigador do conceito stress foi o fisiologista francês Claude Bernard, mencionando que um sujeito para se manter vivo, tem de ter a capacidade para manter uma homeostasia interna perante os confrontos externos com o outro. Tem de ter estratégia para lidar e se adaptar em situações de enfrentamento perante o outro ser. Pois os que melhor se souberem defender são aqueles que terão maiores possibilidades de sobreviver (Vaz Serra, 2007).

Walter Cannon, em 1932, desenvolveu um estudo relativo ao stress, o qual designou como modelo de luta e fuga. O sujeito perante uma ameaça externa, que envolve uma maior taxa de actividade e excitação, ou seja alterações fisiológicas, tem uma resposta de luta ou de fuga (Ogden, 2004).

Moruzi e Magoun, em 1949, ao descobrirem a existência de um “sistema de alarme” ou de “activação geral” no encéfalo contribuíram de forma significativa para a compreensão da resposta total de stress (Vaz Serra, 2007).

Hans Selye, em 1956, começou a investigar a síndrome geral de adaptação, na qual menciona três fases no processo de stress: reacção de alarme, estágio de resistência e fase de exaustão. A reacção de alarme é o aumento da actividade do eixo simpático – medular, ou seja, dá-se um aumento da produção da adrenalina e noradrenalina, devido á activação da medula supra-renal imediatamente após a exposição a um evento stressante, permitindo ao sujeito organizar as suas defesas biológicas de forma a estar preparado para a luta ou a fuga. A resistência é a fase em que se dá a activação do eixo hipotálamo-hipófiso-renal que surge para tranquilizar as muitas modificações induzidas na fase anterior. O sujeito prepara-se para usar as várias estratégias de coping para enfrentar e se adaptar ao problema que surgiu. Se estas se revelarem inadequadas ou os sujeitos estiverem expostos repetidamente a situações stressantes podem entrar na última fase, a exaustão. Na falta de uma resiliência adequada fase á situação surgem as consequências negativas como: doenças físicas, incapacidade de concentração, irritabilidade podendo chegar a situações mais graves, a desorientação ou perda de contacto com a realidade. Em casos extremos podem levar á morte devido á diminuição substancial da resistência a infecções (Ogden, 2004; Feldman, 2007; Vaz Serra, 2007).

Cannon e Selye, descrevem o stress num enquadramento simples. O sujeito responde de forma automática a um stressor externo, ou seja, na base do estímulo resposta (Feldman, 2007; Ogden, 2004).

Holmes e Rahe, em 1967, desenvolveram a teoria dos acontecimentos de vida, na qual pretendem estudar o stress e as mudanças com eles relacionados, ou seja, de que forma certos acontecimentos de vida como: morte de conjugue, gravidez, prisão, saída de casa de um filho entre outros, tem maior ou menor probabilidade de induzirem stress. Pretendem ainda verificar de que forma a saúde dum sujeito é influenciado por acontecimentos de vida penosos (Ogden, 2004; Vaz Serra, 2007).

Na década de 60, Richard Lazarus e colaboradores iniciaram as suas investigações que os levaram a uma perspectiva diferente. Defenderam a inexistência de situações, em que se possam afirmar com toda a certeza que as mesmas vão induzir stress, assim como, acreditaram que o sujeito sente stress ou não mediante a avaliação que faz sobre a situação perturbadora. Este resulta de uma transacção entre o indivíduo e o seu meio ambiente externo (Vaz Serra, 2007). Os processos cognitivos anteriores, que levam a avaliar a resposta estímulo são os responsáveis pelas respostas subjacentes. Com a continuação dos estudos, Lazarus e Folkman, em 1984, sugerem o modelo transaccional de stress, no qual consiste: uma avaliação primária, uma avaliação secundária e por fim uma reavaliação. A avaliação primária baseia-se na avaliação do impacto imediato do bem-estar do sujeito, avaliação do mundo exterior que pode ser: irrelevante, benigno e positivo ou nocivo e negativo. No momento seguinte a avaliação é feita segundo a apreciação dos prós e dos contra, avaliação do próprio sujeito. A resposta ao stress segundo este modelo pode ser feita de diversas formas: acção directa, procura de informação, não fazer nada ou desenvolver estratégias de coping, em termos de relaxamento ou mecanismos de defesa para com o stress (Ogden, 2004). A reavaliação é a avaliação interna do sujeito relativo às exigências surgidas pela situação e as estratégias e capacidade de respostas. Esta última fase é muito importante, uma vez que, a forma como o indivíduo reavalia toda a situação pode levar ao stress ou não. Os autores defenderam ainda que esta reavaliação não é um processo estático mas dinâmico. Este modifica-se com o evoluir da situação e do tempo. Vai sendo alterado através do feedback que o sujeito vai obtendo em função do êxito ou do fracasso das estratégias de coping para enfrentar a situação perturbadora. Se tiver êxito o significado da situação é alterado, o que auxilia na desdramatização da avaliação primária e reforça o seu sentido de competência. Se obtiver o fracasso verifica-se um efeito antagónico (Vaz Serra, 2007).

Brown, em 1993, menciona que na década de 70, houve necessidade de diferenciar os acontecimentos de vida e os factores de vulnerabilidade, uma vez que, influenciam na resposta. Por vulnerabilidade entenda-se o risco aumentado de reacção negativa perante um acontecimento de vida. A importância do apoio social é outro factor relevante. Estudos indicam que pessoas que pertencem ou crêem pertencer a uma rede social forte, que os ajudam em momentos complicados, atenua o impacto das situações indutoras de stress (Vaz Serra, 2007). Já em 1983, Sarason e colaboradores referiam que o apoio social era importante, mas não bastava averiguar o número de amigos que prestavam apoio mas a satisfação com o mesmo (Odgen, 2004).

Lazarus, em 1999, chama a atenção para os traços de personalidade e os processos que explicam as diferenças individuais, quando estas respondem a um estímulo desagradável, ou seja, para antever as reacções ao stress é importante ter estes factores em conta. Conforme já verificamos as situações prováveis de induzir o stress variam de sujeito para sujeito, excepto em situações pontuais como por exemplo: terremotos ou vulcões. O'Brien, em 1998, menciona que até mesmos em situações traumáticas que põem em causa a vida ou segurança das pessoas variam bastante de sujeito para sujeito. Conclui-se que as circunstâncias indutoras de stress variam em função do sujeito que o experiência. Vaz Serra vai mais longe, referindo que varia até mesmo com o próprio sujeito. Dependendo da altura da vida em que este ocorre, pode ocorrer um facto que se verifique stressante em determinada altura para aquele sujeito, no entanto, posteriormente o mesmo facto pode não o vir a ser noutra altura (Vaz Serra, 2007).

Vaz Serra (2007) menciona que existem circunstâncias de ordem interna e/ou externa que influenciam o stress, estas podem ser: físicas, sociais ou psicológicas. A título de exemplo, podemos referir como físicas o frio ou calor em excesso, a falta de alimentos ou a exposição prolongada a níveis altos de ruído. A nível social, as carências económicas, na falta de dinheiro para fazer face às despesas de necessidades pessoais. A nível psicológico, situações de conflitos interpessoais ou falar em público de assuntos que não se dominam. Contudo, as circunstâncias de ordem física e social podem elas também ser causadoras de stress. Em situações de stress intenso e /ou prolongado o sujeito descarta das suas actividades diárias em detrimento do acontecimento perturbador, passa a investir e preocupar-se em demasia com este. Assim como, o pode levar a perturbações mentais e físicas, lesando o seu bem-estar e qualidade de vida.

Com o prosseguir dos estudos, Lazarus em 1993, verifica que o conceito emoção é importante e deveria ser incluído nos estudos do stress. O stress psicológico está centrado nas

emoções negativas, este conceito deveria ser analisado de forma mais abrangente, incluindo as emoções positivas e negativas, pois estas interferem nas nossas cognições e reacções (Martins, 2004).

A maioria das pessoas ao ouvir o termo stress associa-o a emoções negativas ou experiências nocivas, as quais podem levar a problemas graves de saúde física ou mental. No entanto, não é bem assim, o stress pode ter efeitos positivos. Por vezes, é necessário algum stress para a sobrevivência enquanto ser humano, para efectuar e terminar tarefas ou para um desempenho eficaz em diversas áreas da vida. O stress torna-se nocivo quando experienciado em excesso e de difícil controlo (Martins, 2004).

Vaz Serra (2007) defende o stress como uma ferramenta útil quando se torna um impulso para o sujeito tomar decisões e resolver problemas, ajudando-o a melhorar no seu funcionamento, nas suas aptidões, no incentivo á realização pessoal e profissional.

Edwards em 1988 e Selye em 1979, usam dois termos para diferenciar o tipo de stress: o “eustress”, que se refere a experiência em que o stress obtêm resultados e consequências positivas, usando um custo pessoal mínimo. Usa a estimulação e activação adequadas para atingir resultados favoráveis. Já o “distress” refere-se a situações e experiências desagradáveis, com consequências negativas que afectam o seu estado psicológico e físico (Martins, 2004).

Em 1984, Lazurus e Folman, classificam em três categorias as situações indutoras de stress: ameaça, dano e desafio. Ameaça é a antecipação de que algo desagradável pode acontecer, no entanto, ainda não aconteceu, pertence ao futuro. O dano refere-se a um facto penoso que já ocorreu e o qual o sujeito tem de aceitar ou reinterpretar de forma positiva o seu significado ou consequência, pertence ao passado. O desafio é quando o sujeito sente que as exigências podem ser alcançadas ou ultrapassadas, pertence ao presente (Vaz Serra, 2007).

As ocorrências psicológicas têm grande relevância perante o stress, segundo Sapolsky em 1998, estas são superiores a acontecimentos de ordem física. As respostas neurofisiológicas no ser humano não surgem apenas perante uma ameaça, basta acreditar na probabilidade de existir algo desagradável de ordem física ou psicológica, mesmo sem grandes razões para estas surgirem (Vaz Serra, 2007).

O Modelo Compreensivo do Stress de Vaz Serra, defende que para existir stress tem de haver circunstâncias a que o sujeito seja sensível. Incluem-se como principais e as mais

referidas: acontecimentos traumáticos ou significativos na vida, situações crónicas¹, macro², micro³ e indutores, acontecimentos desejados⁴ que não ocorrem e acontecimentos que surgiram no estágio de desenvolvimento. O sujeito avalia se tem capacidades de resiliência sobre a situação, se esta é importante para si. Depois de analisar estas questões, se o sujeito se sentir inapto e sem recursos pessoais e sociais para ultrapassar a situação entra em stress (Vaz Serra, 2007).

A intensidade do stress varia em função do apoio social que o sujeito tem acesso, que está disponível, que responde às suas necessidades e é considerado como suficiente. O stress pode ter uma resposta a nível biológico, cognitivo, do comportamento observável e emotivo. As emoções experimentadas podem inibir ou incentivar a acção. Muitas vezes as emoções negativas têm uma componente motivacional. Segundo o autor as estratégias de coping para lidar com o stress podem ser focadas na resolução do problema, no controlo das emoções ou na procura de auxílio da sua rede social. Estas estratégias podem revelar-se adequadas, o que de certa forma se diz “deixa de estar em stress” ou inadequadas, onde existe stress e pode ser prejudicial (Vaz Serra, 2007).

¹ Situações crónicas são assuntos e problemas perturbadores quotidianas que por vezes parecem continuas nas nossas actividades. Exemplo: conflito conjugal ou viver num bairro problemático (Vaz Serra, 2007).

² Macro tem haver com condições que o sistema sócio económico impõem ao sujeito. Exemplo: impostos altos ou campanhas de vacinação (Vaz Serra, 2007).

³ Micro situações quotidianas que geram perturbações nas relações pessoais. Exemplo: vizinhos incomodativos, filas de trânsito nas idas e voltas para o trabalho, fumadores que não tem em consideração os não fumadores (Vaz Serra, 2007).

⁴ Acontecimentos desejados, Contudo não ocorrem, relativos a “normas” tácitas aceites pelo grupo social em que o sujeito está inserido. Exemplo: Um casal sente-se mal por estar casado á 5 anos e não conseguir ter filhos (Vaz Serra, 2007).

CAPÍTULO 4 – MÉTODO

4.1. Objectivo e Hipótese

O presente estudo teve como objectivo principal analisar numa amostra de adultos a relação da auto-eficácia, ajustamento emocional e qualidade de vida.

Considerando a revisão da literatura efectuada é esperado neste estudo as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: ao nível da qualidade de vida é esperado encontrar diferenças nos estudantes quando comparados com os trabalhadores estudantes, nos sujeitos desportistas quando comparados com os não desportistas, nos que têm hobbies quando comparados com os que não têm hobbies, bem como, entre os sexos.

Hipótese 2: é esperado que a qualidade de vida se associe com a auto-eficácia de forma positiva e com o ajustamento emocional de forma negativa.

Hipótese 3: ao nível do ajustamento emocional é esperado que os sujeitos com mais habilitações literárias e os que praticam hobbies tenham melhor ajustamento emocional.

4.2. Participantes

A amostra foi constituída por 209 participantes, 100 (47.8%) do sexo masculino e 109 (52.2%) do sexo feminino. A idade dos participantes está compreendida entre os 18 e os 55 anos, havendo nos homens ($M=35,99$; $DP=11,08$) e nas mulheres ($36,97$; $DP=10,33$).

Tabela 1

Características da amostra por sexo

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Género				
Masculino	100	47.8	47.8	47.8
Feminino	109	52.2	52.2	100

Tabela 2

Comparação entre sexo para variáveis sociodemográficas

	Sexo				χ^2
	Masculino (N=100)		Feminino (N=109)		
	N	%	N	%	
Relacionamento					5.783
Solteiro	36	53.7	31	46.3	
Numa Relação Estável	23	57.5	17	42.5	
Casado/ União de Facto	34	42.0	47	58.0	
Divorciado/ Separado	7	35.0	13	65.0	
Viúvo	0	.0	1	100.0	
Situação Profissional					1.020
Trabalhador	40	51.9	37	48.1	
Trabalhador - Estudante	34	47.2	38	52.8	
Estudante	26	43.3	34	56.7	
Hobbies					1.578
Sim	68	51.1	65	48.9	
Não	32	42.1	44	57.9	
Desporto					7.531**
Sim	63	56.8	48	43.2	
Não	37	37.8	61	62.2	

Nota. ** $p \leq .01$

Como se pode observar na Tabela 2, os homens e as mulheres foram comparados no que respeita á distribuição ao nível do tipo de relacionamento que tem agora, da situação profissional, da existência ou não de hobbies, da prática ou não de desporto. No que diz respeito ao estado civil ou tipo de relacionamento, á situação profissional e aos hobbies não se verificaram distribuições estatisticamente significativas. No caso do desporto isso sim, foi verificado, sendo que no caso dos homens a maior parte pratica desporto (56,8%) comparativamente com (37,8%) das mulheres. Nestas existe uma proporção maior que não praticam desporto comparativamente com as que dizem que praticam.

Tabela 3

Comparação de médias da idade e habilitações literárias em função do sexo

	Participantes				t
	Masculino		Feminino		
	(N=100)		(N=109)		
	M	DP	M	DP	
Idade	35.99	11.08	36.97	10.33	-.664
Habilitações Literárias	13.89	2.59	15.24	2.19	-4.047***

Nota. *** $p \leq .001$

No que diz respeito á comparação de médias em função do sexo para a idade e habilitações literárias verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no que respeita às habilitações literárias sendo que as mulheres apresentaram uma média superior em número de anos de estudo 15,24 comparativamente com 13,89 dos homens ($T(195) = -4.047$; $p = .000$).

4.3. Instrumentos

4.3.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (cf. anexo 1) foi efectuado com o fim de obter dados relativamente á idade; sexo; habilitações literárias através do número de anos completos de escolaridade; relacionamento: solteiro(a), numa relação estável, casado (a) / união de facto, divorciado (a) / separado (a); viúvo (a); situação profissional: trabalhador, trabalhador estudante, estudante; caso trabalhe qual a sua actividade; tem hobbies: sim ou não e qual; pratica desporto: sim ou não.

4.3.2. Escala de Auto-Eficácia Geral

A Escala de Auto-Eficácia Geral de Schawarzer foi desenvolvida por Ralf Schawarzer e Matthias Jerusalem (1995) (cf. anexo 1) e adaptada para a população Portuguesa por Miguel Araújo e Octávio Moura (2011). É composta por 10 itens, com uma escala unidimensional. A forma de resposta consiste numa escala de Likert de quatro pontos: 1 – De modo nenhum é verdade; 2 – Dificilmente é verdade; 3 – Moderadamente verdade; 4 –

Exactamente verdade. Podendo obter uma pontuação total entre 10 e 40 pontos ou uma pontuação média entre 1 e 4 pontos. Todos os itens foram formulados no sentido positivo, ou seja, valores elevados na escala indicam uma presença elevada de auto-eficácia geral.

A escala apresenta propriedades psicométricas adequadas. Tem uma consistência interna através do alfa de Cronbach $\alpha = 0.87$.

Os autores demonstraram que a escala tem a mesma estrutura factorial na população portuguesa e alemã.

4.3.3. Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-BREF), para português de Portugal (cf. anexo 1), foi desenvolvida pela OMS, através do grupo WHOQOL e validada para a população portuguesa. O WHOQOL-Bref destina-se á população adulta, com ou sem patologia, pode ser de auto preenchimento ou através de entrevista, desde que o sujeito tenha capacidade para compreender o seu conteúdo (Canavarro et al., 2007).

O questionário tem como objectivo avaliar a qualidade de vida de acordo com a definição da OMS. A sua estrutura é composta por 26 itens que estão organizados por 4 domínios, á excepção de 2 questões que avaliam a qualidade de vida em geral: o item 1, relativo á qualidade de vida em geral e o item 2, relativo á percepção geral da saúde; as restantes 24 questões avaliam o domínio I que corresponde ao físico com 7 itens: 3,4,10,15,16,17 e 18; o domínio II que corresponde ao psicológico com 6 itens: 5,6,7,11,19 e 26; o domínio III que corresponde às relações sociais com 3 itens: 20,21 e 22 e domínio IV referente ao ambiente com 8 itens: 8,9,12,13,14,23,24 e 25 (Canavarro et al., 2007).

A forma de resposta consiste numa escala de Likert de cinco pontos de 1 a 5 e de acordo com o tipo de escala de resposta: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Na escala de resposta de intensidade, pretende-se avaliar em que grau ou medida o sujeito experiencia um estado ou situação, ou seja, 1 muito insatisfeito, 2 pouco, 3 nem muito nem pouco, 4 muito e 5 muitíssimo. Na escala de resposta de capacidade, o objectivo é avaliar a disponibilidade pessoal para um sentimento, estado ou comportamento (1 nada, 2 pouco, 3 moderadamente, 4 bastante e 5 completamente). Na escala de resposta de frequência, pretende-se avaliar quantas vezes ocorre um estado ou comportamento, isto é: 1 nunca, 2 poucas vezes, 3 algumas vezes, 4 frequentemente e 5 sempre), por fim, a escala de resposta de avaliação, avalia a percepção de um estado, capacidade ou comportamento, de acordo com: 1

muito má ou muito insatisfeito, 2 má ou insatisfeito, 3 nem boa nem má ou nem satisfeito nem insatisfeito, 4 boa ou satisfeito e 5 muito boa ou muito satisfeito (Canavarro et al., 2007).

Na fidelidade todos os itens se correlacionam de modo estatisticamente significativo com o domínio a que pertencem, obtendo valores entre .55 e .84. A consistência interna avaliada através do coeficiente de alfa de Cronbach demonstrou ser aceitável. Quando avaliada na sua globalidade, ou seja, as 26 questões tem um alfa $\alpha=.92$. Quando avaliado o conjunto dos 4 domínios $\alpha=.79$ e de forma individual: físico $\alpha=.87$; psicológico $\alpha=.84$; relações sociais $\alpha=.64$ e o ambiente $\alpha=.78$. A estabilidade temporal efectuada através de teste-reteste, com um intervalo de 3 a 5 semanas, apresentou valores aceitáveis ou bons, com valores de correlação teste-reteste de Pearson no domínio: físico ($r=.79$, $p<.001$); psicológico ($r=.85$, $p<.001$); relações sociais ($r=.65$, $p<.001$) e o ambiente ($r=.66$, $p<.001$). Na validade discriminante, quer em sujeitos doentes ou “saúdáveis” existem diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios e nas questões gerais. Na validade de conteúdo, todas as correlações entre os domínios e questões gerais revelaram ser estatisticamente significativas, tendo o valor mais alto o domínio psicológico. A versão Bref tem qualidades psicométricas semelhantes á WHOQOL-100 (Canavarro et al., 2007).

A cotação da WHOQOL-Bref é efectuada da seguinte forma: cada pergunta é cotada de 1 a 5; no entanto, os itens 3,4 e 26 devem ser invertidos, ou seja, implica subtrair a cada um destes itens 6 valores. Todavia, a tendência é transformar os resultados numa escala de 0 a 100, apurando o resultado de cada domínio com a soma dos resultados de todos os itens, subtraindo o número de itens desse domínio, de seguida dividindo pelo valor correspondente a 4 e multiplicando pelo número de itens, no final, multiplica-se o resultado apurado por cem (Canavarro et al., 2007).

Os resultados mais altos indicam uma melhor qualidade de vida e estes devem ser analisados de forma individual pelos respectivos domínios não havendo uma pontuação global do instrumento. Contudo, a avaliação da qualidade de vida em geral pode ser apurada através das facetas correspondentes á qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde (Canavarro et al., 2007).

4.3.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) (cf. anexo 1) e adaptada para a população Portuguesa por Pais-Ribeiro, Ana

Honrado e Isabel Leal (2004). Esta escala é dirigida a sujeito maiores de 17 anos. É composta por 21 itens, organizada segundo três escalas: depressão, ansiedade e stress, incluindo cada uma delas sete itens. Cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas negativos. Solicitando ao sujeito que responda se esta se aplicou a ele na semana anterior. Cada escala inclui conceitos específicos: depressão inclui: 1 item de cada conceito: anedonia - item 3; inércia - item 5; desânimo - item 10; disforia - item 13; falta de interesse ou de envolvimento - item 16; auto-depreciação - item 17 e desvalorização da vida - item 21. Ansiedade inclui: 3 itens de excitação do sistema autónomo, ou seja, o item 2, 4 e 19; 1 item de efeitos músculos esqueléticos - item 7; 1 item de ansiedade situacional - item 9 e 2 itens de experiência subjectiva de ansiedade - item 15 e 20. Stress inclui: 2 itens de dificuldade em relaxar - item 1 e 12; 2 itens de irritável/reacção exagerada - item 6 e 11; 1 item de excitação nervosa - item 8; 1 item de impaciência - item 14 e o item 18 que corresponde a facilmente agitado, chateado. A forma de resposta consiste numa escala de Likert de 4 pontos de gravidade ou frequência, entre 0 e 3, isto é: 0 – Não se aplicou nada a mim; 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes; 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes; 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes. Os resultados de cada escala são a soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três valores, um por sub-escala. Podendo obter uma pontuação com o mínimo de 0 e o máximo de 21. As notas mais altas de cada escala correspondem aos estados afectivos mais negativos.

A escala apresentou propriedades psicométricas adequadas. Tem uma consistência interna apurada através do alfa de Cronbach para a escala de depressão de $\alpha = 0,85$; para a ansiedade um $\alpha = 0,74$; para o stress de $\alpha = 0,81$. O estudo da validade da escala foi efectuado através da correlação do item com a escala a que pertence, tendo os autores reportado que a sobreposição entre os constructos está de acordo com a teoria geral subjacente aos mesmos. Foi igualmente estudada a correlação com a escala de 42 itens tendo-se verificado elevada concordância entre os factores. Assim os autores reforçam a existência da validade da escala (Pais-Ribeiro et al., 2004).

4.4. Procedimento

A amostra não probabilística, de conveniência, foi recolhida em diversos locais da cidade de Lisboa. O estudo foi do tipo transversal. Os participantes foram voluntários, foram informados que podiam abandonar a qualquer momento, os dados foram anónimos, confidenciais e para fins de investigação tendo todos os participantes dado o seu

consentimento informado. Foram recolhidos 209 questionários devidamente preenchidos, tendo sido eliminados 48 devido a falhas no seu preenchimento. O preenchimento foi em média de 10 minutos. Depois de todos os dados recolhidos, foi efectuada uma base de dados no programa Excel, a qual á posteriori foi convertida para o programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 22, para a realização da análise estatística dos dados recolhidos.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS

5.1. Resultados

Tabela 4

Comparação de médias das variáveis psicológicas em função do estatuto de trabalhador

	Estatuto Trabalhador						
	Trabalhador (N = 77)		Trabalhador – Estudante (N = 72)		Estudante (N = 60)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Auto Eficácia Geral	31.86	3.78	32.11	4.32	31.15	3.99	.980
Depressão	2.35	2.76	2.28	2.62	2.98	3.60	1.086
Ansiedade	1.97	2.46	2.42	2.93	2.98	3.37	2.038
Stress	4.92	3.47	5.43	3.86	5.23	4.09	.341
Físico	4.05	.56	3.87	.59	3.95	.57	1.826
Psicológico	4.02	.52	4.01	.46	3.99	.55	.056
Relações Sociais	3.92	.68	3.97	.67	3.95	.74	.082
Meio Ambiente	3.60	.50	3.60	.52	3.69	.54	.660

No que diz respeito á comparação de médias no estatuto trabalhador, incluindo-se os trabalhadores, trabalhadores estudantes e estudantes. O estudo de comparação de diferenças entre médias não á existência de qualquer variável que fossem significativas, seja no que respeita á auto-eficácia, depressão, ansiedade, stress, bem como á qualidade de vida.

Tabela 5

Comparação para as variáveis psicológicas em função da prática de desporto ou não

	Desporto				<i>t</i>
	Sim		Não		
	(N = 111)		(N = 98)		
	Média	DP	Média	DP	
Depressão	2.35	2.77	2.68	3.21	-.804
Ansiedade	2.39	2.85	2.45	3.01	-.152
Stress	5.39	3.70	4.96	3.87	.817
Físico	4.03	.55	3.88	.59	1.989*
Psicológico	4.07	.46	3.94	.55	1.837
Relações Sociais	4.05	.65	3.83	.72	2.238*
Meio Ambiente	3.70	.50	3.55	.52	2.114*

Nota. * $p \leq .05$

No que diz respeito ao estudo de comparação de médias em função de serem praticantes ou não do desporto, aqui também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quer ao nível da qualidade de vida física ($T(207)=1.989$; $p = .048$), das relações sociais ($T(207)=2.238$; $p=.026$) e do meio ambiente ($T(207)=2.114$; $p=.036$) e aqui em qualquer uma destas três dimensões foi o grupo dos sujeitos que pratica desporto que apresentou índices superiores.

Tabela 6

Comparações entre as variáveis psicológicas em função da existência de hobbies ou não

	Hobbies				<i>t</i>
	Sim		Não		
	(N = 133)		(N = 76)		
	M	DP	M	DP	
Auto-Eficácia Geral	31.93	4.31	31.41	3.49	.904
Depressão	2.19	2.76	3.06	3.28	-2.064*
Ansiedade	2.21	2.71	2.78	3.24	-1.351
Stress	5.45	3.84	4.72	3.65	1.342
Físico	3.99	.57	3.91	.59	.913
Psicológico	4.05	.50	3.93	.52	1.668
Relações Sociais	4.03	.63	3.80	.76	2.294*
Meio Ambiente	3.64	.51	3.61	.52	.507

Nota. * $p \leq .05$

No que diz respeito à Tabela 7 pode-se observar o estudo da comparação de médias entre indivíduos com hobbies e sem hobbies para as variáveis psicológicas em estudo. Encontraram-se diferenças ao nível da depressão ($T(207)= -2.064$; $p=.040$) sendo que os

sujeitos que não praticam hobbies têm um índice superior de depressão do que aqueles que praticam e esta diferença é estatisticamente significativa. No que diz respeito às relações sociais ($T(207)=2.294;p=.023$) também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas e são os indivíduos que praticam hobbies que apresentam valores nas relações sociais superiores comparativamente com os que não praticam.

Tabela 7

Comparação de médias das variáveis psicológicas em estudo em função do sexo

	Participantes				t
	Masculino		Feminino		
	(N = 100)		(N = 109)		
	M	DP	M	DP	
Auto Eficácia Geral	32.00	3.94	31.50	4.11	.887
Depressão	2.86	2.86	2.18	3.06	1.646
Ansiedade	2.67	2.83	2.18	2.99	1.205
Stress	5.08	3.58	5.28	3.96	-.390
Físico	4.05	.54	3.88	.60	2.090*
Psicológico	4.05	.50	3.97	.52	1.212
Relações Sociais	3.97	.73	3.92	.65	.486
Meio Ambiente	3.64	.55	3.62	.48	.357

Nota. * $p \leq .05$

No que respeita á diferença de médias em função do sexo para as variáveis psicológicas em estudo, como se pode observar na Tabela 4 verificaram-se diferenças estatisticamente significativas unicamente numa das variáveis. Qualidade de vida física ($T(207)=2.090;p=.038$), onde foram os elementos do sexo masculino que apresentaram uma média superior comparativamente com as mulheres.

Tabela 8

Correlação entre as variáveis em estudo para o total da amostra

	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Auto-Eficácia Geral	.254**	.476**	.380**	.235**
Depressão	-.381**	-.561**	-.442**	-.305**
Ansiedade	-.378**	-.250**	-.294**	-.288**
Stress	-.302**	-.283**	-.231**	-.303**

Nota. ** $p \leq .01$

Foi obtido um estudo das correlações para as variáveis psicológicas em estudo, como pode ser observado na Tabela 6 e verificou-se que a totalidade das correlações é estatisticamente significativa. De notar que a auto-eficácia correlaciona-se de forma positiva com a qualidade de vida e a qualidade de vida correlaciona-se de forma negativa com a ansiedade, depressão e o stress. Todos os valores são negativos entre o ajustamento emocional ou a ausência deste e a qualidade de vida.

Tabela 9

Correlações entre as variáveis psicológicas, a idade e habilitações literárias

	Habilitações Literárias	Idade
Auto-Eficácia Geral	.169*	.045
Depressão	-.200**	-.043
Ansiedade	-.184**	-.067
Stress	.002	.011
Físico	.125	-.015
Psicológico	.103	.029
Relações Sociais	.100	-.071
Meio Ambiente	.061	-.091

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Foram ainda correlacionadas as variáveis psicológicas em estudo com as variáveis demográficas com habilitações literárias e idade e na verdade o que se verificou foi que a sensação de auto-eficácia está associada de forma positiva e significativa com as habilitações literárias ($r = .169$; $p = .014$) significando quanto maior os estudos maior a sensação de auto-eficácia e as mesmas habilitações literárias associaram-se de forma negativa com a depressão ($r = -.200$; $p = .004$) e com a ansiedade ($r = -.184$; $p = .008$). Mostrando que quanto maior é o estudo pior é o ajustamento emocional.

Discussão

O estudo teve como objectivo analisar a relação existente numa amostra de adultos entre a auto-eficácia, o ajustamento emocional e a qualidade de vida.

Quanto à hipótese 1, ao nível da qualidade de vida, era esperado encontrar diferenças nos estudantes quando comparados com os trabalhadores estudantes, nos sujeitos desportistas quando comparados com os não desportistas, nos que têm hobbies quando comparados com os que não têm hobbies, bem como, entre os sexos.

Na presente investigação não existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre o grupo de estudante e trabalhadores estudantes. Portanto, não se confirmou a hipótese neste grupo.

Facto que se encontra em afinidade com o estudo de Tombolato (2005) que não encontrou diferenças entre estudante e trabalhadores estudantes, quanto à qualidade de vida nem à sintomatologia psicopatológica, no seu geral. No entanto, o grupo de trabalhadores-estudantes feminino revelou valores mais baixos no domínio do meio ambiente e domínio físico.

Ao contrário, Cardoso e colaboradores, em 2001, ao avaliar os trabalhadores estudantes quanto à sua saúde mental e qualidade de vida, inferiu que estes se encontravam em situação de stress psíquico e com distúrbios de sono, embora medida com uma escala diferente no ajustamento emocional. No que diz respeito à qualidade de vida, revelaram valores mais elevados no domínio das relações sociais, meio ambiente, seguido do psicológico. No mesmo ano, Nunes e colaboradores, demonstraram que o cansaço e o sono provocado por esta dupla função, ou seja, trabalhar e estudar, afectam as relações de convívio social, as relações familiares, as relações de companheirismo e de namoro. Em 2002, Iglesias na sua investigação com trabalhadores estudantes e estudantes sobre a qualidade de vida, concluiu que os trabalhadores estudantes apresentavam várias dificuldades como o desempenho escolar em virtude do cansaço, sonolência e stress (Tombolato, 2005).

Em 2001, Areias e Guimarães, nos seus estudos sobre a qualidade de vida com os trabalhadores estudantes obtiveram os melhores resultados no domínio físico e meio ambiente e os piores resultados no domínio das relações sociais (Tombolato, 2005).

A divergência dos resultados pode dever-se à diferença cultural, política de trabalho ou de educação que diferem de país para país, assim como, ao momento em que a amostra é

recolhida, ou seja, época de frequências/exames ou não; no início ou fim do ano académico (Tombalato, 2005).

No que respeita ao desporto, era esperado que os desportistas tivessem uma associação positiva com a qualidade de vida. O resultado deste estudo demonstrou, como era esperado, que os sujeitos que praticam desporto apresentam índices superiores na qualidade de vida. Esta revelou diferenças significativas no domínio físico, das relações sociais e do meio ambiente.

Este resultado está em consonância com Silva e colaboradores (2010) que apresentou no seu estudos os valores mais elevados nos domínios físico e meio ambiente embora também refira o psicológico.

Segundo Bize e colaboradores (2007) e Omorou e colaboradores (2013) existe uma associação positiva consistente entre a actividade física e a qualidade de vida. Este último investigador refere ainda que os domínios que apresentam concordância mais elevada nos estudos são: função física, saúde mental e vitalidade.

Numa investigação recente de Pucci e colaboradores (2012), também confirmaram a associação positiva entre a actividade física e a qualidade de vida, quer seja, em sujeitos sem patologia ou com diferentes condições de saúde. Na sua pesquisa pela literatura sobre a qualidade de vida apenas variam os resultados nos domínios. Facto que se atribuiu á metodologia usada, o WHOQOL ou outro, estas tem critérios de validade e fidelidade, no entanto, fazem variar os resultados em função dos domínios. Outro factor a ter em conta é a duração do desporto, o qual não deve ser praticado em excesso a fim de evitar prejuízos para a saúde mental (Peluso & Andrade, 2005). Quando efectuado de forma sistemática e conscienciosa a prática de desporto pode levar á ausência ou diminuição de perturbações de ansiedade ou de depressão (Boscolo et al., 2005).

No que se refere ao grupo dos sujeitos com hobbies e sem hobbies, a qualidade de vida apresentou valores mais elevados nos sujeitos que praticam hobbies, sendo o domínio das relações sociais o que apresentou diferenças estatisticamente significativas. No grupo que não pratica hobbies verificou-se um índice elevado de depressão com diferenças significativas.

Júnior e colaboradores (2012) referem que os hobbies têm um contributo fundamental na qualidade de vida do ser humano, uma vez que, são importantes para o equilíbrio emocional.

A prática de hobbies revelou ser benéfica e contribuir para o aumento da saúde e qualidade de vida (Júnior et al., 2012 e Marcelino, 2002).

Podemos concluir que “se a vida é o bem mais precioso que o ser humano tem” (Júnior et al., 2012; p.13) é fundamental que seja vivida de forma a obter a melhor qualidade de vida, se os hobbies e o desporto, demonstram ter um papel significativo na mesma, com especial incidência nas relações sociais, estes serão factores a ter em conta na prevenção e manutenção de um melhor ajustamento emocional e qualidade de vida.

No que diz respeito ao sexo, era esperado encontrar na qualidade de vida diferenças entre homens e mulheres. O estudo confirmou a diferença entre sexos na qualidade de vida, no que respeita ao domínio físico, tendo o sexo masculino apresentado valores superiores ao feminino. O que se encontra de acordo com Contente (2012) com os resultados mais elevados no sexo masculino no domínio físico. Facto confirmado com os resultados obtido também no domínio físico (Bayram et al., 2007; Izutsu et al., 2005; Tsutsumi et al., 2006; citado por Simões, et al., 2010). No entanto, foram efectuados estudos que demonstraram valores superiores no sexo masculino, contudo em domínios diferentes: no psicológico (Brayram et al., 2007; Izutsu et al., 2005; Skevington, 1999; citado Simões et al., 2010) e no nível de dependência (Bayram et al., 2007 citado Simões et al., 2010).

O contrário também foi verificado, o sexo feminino demonstrou ter melhor qualidade de vida no domínio físico e meio ambiente (com Tsutsumi e colaboradores, em 2006), no domínio das relações sociais (com Izutsu e colaboradores; Masthoff e colaboradores, em 2005), e na espiritualidade (Simões et al., 2010).

Podemos concluir que a qualidade de vida em função do sexo apresenta valores diferenciados e em vários domínios.

Na hipótese 2, era esperado que a qualidade de vida se correlacionasse com a auto-eficácia de forma positiva e com o ajustamento emocional de forma negativa.

Os resultados demonstram que a auto-eficácia se correlaciona de forma positiva com a qualidade de vida. Está de acordo com Araújo e Moura (2011), ao referir que a auto-eficácia é empregue como um bom preditor da qualidade de vida. De acordo com O’Leary (1992, citado por Pais-Ribeiro, s.d.) sujeitos com elevada auto-eficácia tem maior facilidade em adoptar comportamentos de promoção de saúde e alterar outros para beneficiar a mesma. O mesmo autor defende que a auto-eficácia influencia a resposta fisiológica ao stress, diminuindo o seu impacto negativo. Bandura, 1997 citado por Pervin e John (2004) também refere que o aumento da auto-eficácia leva ao aumento das estratégias que aperfeiçoam a performance. O conjunto de todos estes factores levam a um aumento da qualidade de vida.

No presente estudo os valores mais elevados na correlação entre a auto-eficácia e a qualidade de vida encontram-se no domínio psicológico e no domínio das relações sociais. Sendo o primeiro domínio referente a forma como o sujeito se sente em relação a si próprio, á sua aparência física, e ao gosto que tem pela vida e o segundo relativo á satisfação com as suas relações pessoais, vida sexual e o apoio que recebe dos amigos. Estes dois domínios podem ter uma grande influência através das fontes da auto-eficácia, como por exemplo: a persuasão social/verbal, muitas vezes adquirida através de interacções com as pessoas que estão mais próximas, com expressões como “você consegue fazer isto” entre outras, o que faz com que os sujeitos persistam mais nos seus objectivos e acreditem neles. O apoio das suas relações sociais é muito importante para afastar pensamentos negativos e obstáculos que possam surgir. Todos estes factos podem influenciar e aumentar as crenças de auto-eficácia e por sua vez melhorar a qualidade de vida (Bandura, 1994; Bandura et al., 2008).

No diz respeito á qualidade de vida e ao ajustamento emocional, era esperado que a qualidade de vida se correlacionasse de forma negativa com a ansiedade, depressão e o stress, o que se confirmou tendo a depressão apresentado os valores mais elevados, no domínio psicológico, relações sociais seguido do físico. Tal está de acordo com Spitzer e colaboradores, em 1995, ao referir que as perturbações de humor causam grande deterioração em todos os domínios da qualidade de vida, sendo a depressão a apresentar os piores resultados. Do mesmo modo, Demyttenaere, De Fruty e Huygens e Papakostas (2002; 2004 citado por Gameiro et al., 2010) afirmaram que a depressão apresenta défices significativos no seu funcionamento interpessoal, psicológico e físico.

Facto que se encontra em concordância com o estudo que comparou doentes com depressão major e a população em geral de Gameiro e colaboradores (2010), no qual concluiu que o aumento da frequência, intensidade e duração dos sintomas depressivos diminuem a qualidade de vida, independentemente da amostra ser clínica ou não. Mesmo no grupo da população geral o coeficiente de correlação é elevado. Apresentando os valores mais altos também nos domínios psicológico, físico e relações sociais. A autora no seu estudo menciona ainda que a associação entre a depressão e a qualidade de vida está de acordo com os estudos operacionalizados em 2001 por Skevington e Wright; Rapaport e colaboradores (2005), assim como, os efectuados em contexto terapêutico em 2006 por Diehr e colaboradores. É evidente a sensibilidade da qualidade de vida e a existência e intensidade de perturbações de humor (Gameiro et al., 2010).

A ansiedade no presente estudo, embora com valores mais baixos quando comparada com a depressão apresenta também uma correlação negativa com a qualidade de vida. O que corrobora com os estudos já efectuados, onde a qualidade de vida se relaciona de forma negativa com a ansiedade. (Den Oudsten et al., 2009; Magalhães, 2008; Unalan et al., 2008; citado por Simões et al., 2010).

Rapaport e colaboradores (2005), nos seus estudos relativos á qualidade de vida comparando sujeitos com perturbações de humor e ansiedade, concluíram que os sujeitos com perturbação de humor apresentam valores mais elevados. Facto que se encontra em consonância com o presente estudo. Embora a ansiedade se correlacione da mesma forma que a depressão esta última também apresenta valores mais elevados. Segundo Gameiro e colaboradores (2008) no seu estudo da qualidade de vida com a população em geral, no qual tem um grupo com e outro sem depressão, concluíram que a sintomatologia depressiva se associava de forma negativa com a qualidade de vida em todos os domínios. Os mais afectados foram o domínio psicológico, físico e relações sociais. Realça ainda que independentemente da presença ou ausência do diagnóstico de uma perturbação de humor a depressão tem um impacto negativo na qualidade de vida.

Este estudo corrobora também com a investigação de Contente (2012) em que o menor ajustamento emocional, ou seja, elevados níveis na depressão, ansiedade e stress, apresentam menor qualidade de vida. Revelando os valores mais altos no domínio físico seguido do psicológico e tendo também o domínio do meio ambiente com o valor mais baixo.

Torna-se importante o estudo da temática relativa á auto-eficácia, qualidade de vida e ajustamento emocional, para compreender e actuar na prevenção de forma a minimizar os efeitos negativos do ajustamento emocional na qualidade de vida. Assim como, é relevante a promoção de crenças de auto-eficácia nos seres humanos, uma vez que, estes têm capacidade para alterar os seus pensamentos e sentimentos e, desta forma os estados fisiológicos, minimizando o desajustamento emocional e melhorando a qualidade de vida.

Na hipótese 3, ao nível do ajustamento emocional era esperado que os sujeitos com mais habilitações literárias e os que praticam hobbies tenham melhor ajustamento emocional.

Neste estudo os resultados demonstraram que as habilitações literárias se associam de forma negativa com o ajustamento emocional, ou seja, quanto mais anos de estudo menor é o ajustamento emocional, tendo a depressão o valor mais elevado seguido da ansiedade, o que se revelou contraditório com o estudo de Contente (2012). Este estudou a depressão, ansiedade e stress em diferentes níveis de escolaridade, concluindo que os sujeitos com

menores habilitações literárias possuíam valores mais elevados no ajustamento emocional. Quando analisado em separado o grupo com menor escolaridade foi o que revelou os valores mais elevados na depressão, ansiedade e stress e os níveis universitários os mais baixos na depressão e ansiedade. No stress embora se mantenha a diminuição com o aumento da escolaridade, verificou-se no penúltimo grupo, o universitário, valores um pouco mais altos que o último grupo da formação pós graduada.

Segundo Hunt, em 1975, um sujeito com maiores habilitações possui uma estrutura mais complexa, por sua vez, têm capacidade para tomar decisões mais responsáveis e maior resiliência perante as dificuldades ou mudanças do que os sujeitos com menor habilitação. Em 1986, Rodin, também mencionou que o estilo cognitivo associa-se a maior capacidade de controlo e de responsabilidade, factos que levam a indicadores superiores de saúde (Pais-Ribeiro, 1996).

Em relação ao ajustamento emocional e aos hobbies, os resultados demonstraram que os sujeitos que praticam hobbies tem melhor ajustamento emocional do que os que não praticam. Estes últimos, tem valores superiores de depressão e ansiedade, embora só a depressão revele uma diferença estatisticamente significativa.

Os hobbies afectam de forma positiva o equilíbrio emocional, a saúde e o desenvolvimento pessoal. A prática de alguns hobbies proporcionam o alívio de tensão e stress (Júnior et al., 2012). Quando estes são praticados de forma responsável e consciente facilitam no relaxamento e bem-estar. Marcelino (2002) refere que estes diminuem o stress, ajudam a adquirir homeostasia e na manutenção da saúde.

Foi ainda demonstrado pelos resultados deste estudo que a auto-eficácia se associa de forma positiva e significativa com as habilitações literárias, ou seja, quanto mais elevados os estudos maior é a percepção que o sujeito tem da sua auto-eficácia.

O que contraria a investigação de Barros e colaboradores (2010), uma vez que, não encontraram diferenças significativas entre a auto-eficácia e as habilitações literárias, assim como, Ferreira (2008) na sua investigação também não apurou diferença entre a percepção de auto-eficácia e o grau académico.

Tendo em conta os resultados da presente investigação e das investigações que foram discutidos ou encontrados na literatura, torna-se pertinente investigar no futuro a qualidade de vida e a variável sexo, estatuto trabalhador, em virtude da escassa literatura relativa á qualidade de vida em adultos sem patologias, de modo a reunir um consenso.

Conclusão

Este estudo teve como objectivo principal analisar a relação entre a auto-eficácia, o ajustamento emocional e a qualidade de vida numa amostra de adultos.

Foi mensurada com base na seguinte metodologia: escala de auto-eficácia geral para avaliar e analisar a auto-eficácia, a EADS-21 para aferir o ajustamento emocional e a aplicação da WHOQOL-Bref para avaliar e analisar a qualidade de vida e um questionário sociodemográfico.

Os resultados demonstraram a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e o grupo dos estudantes e trabalhadores estudantes. No grupo do desporto e dos hobbies o estudo confirmou que os sujeitos que praticam hobbies e desporto apresentam índices superiores na qualidade de vida, evidenciando um aumento no domínio das relações sociais, tendo o desporto evidenciado também um aumento no domínio físico e no meio ambiente. Estas duas últimas variáveis quando praticadas de modo responsável e consciencioso melhoram a depressão, ansiedade e o stress. Ao avaliar a qualidade de vida em função do sexo a investigação revelou diferenças estatisticamente significativas no domínio físico, sendo o sexo masculino que apresentou a média superior.

A auto-eficácia correlaciona-se de modo positivo com a qualidade de vida encontrando-se os valores mais altos no domínio psicológico e das relações sociais.

A qualidade de vida correlaciona-se de forma negativa com o ajustamento emocional, apresentando a depressão os valores mais elevados, no domínio psicológico, relações sociais e físico.

Ao contrário do que era esperado, este estudo revelou que quanto mais elevado o nível académico menor o ajustamento emocional. Os valores mais elevados surgiram na depressão seguidos da ansiedade. Já no grupo dos sujeitos que praticam hobbies verificou-se existir melhor ajustamento emocional, apresentando valores superiores nas relações sociais. No entanto, os sujeitos que não praticam hobbies apresentam índices superiores de depressão.

O presente estudo tem como limitações a escassa literatura da qualidade de vida na população em geral, sem patologias, com variáveis sociodemográficas. Outra limitação pode dever-se ao pequeno número de participantes de estatuto trabalhador. Motivo pelo qual se entende não poder ser generalizado à população em geral.

Torna-se pertinente no futuro investigar a qualidade de vida em função dos factores sociodemográficos como sexo ou estatuto trabalhador na população em geral.

Contudo, julgo que o presente estudo contribui para a compreensão da relação entre a auto-eficácia, o ajustamento emocional a qualidade de vida nos adultos e poderá servir como base para o desenvolvimento de estudos mais aprofundados e alargados desta temática na população portuguesa.

Referências

- Afonso, P. (2004). *Será Depressão ou Simplesmente Tristeza?*. Cascais. Principia.
- American Psychological Association. (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura Factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) Numa Amostra de Professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9 (1), pp. 95-105. Retirado a 16 de Novembro, 2013, em <http://publicacoes.ispa.pt/publicacoes/index.php/lp/article/view/638/626>.
- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. In Ramachaudran, V. S. (Ed.). *Encyclopedia of human behavior*. v. 4, p. 71-81. New York: Academic Press. Reprinted In: FRIEDMAN, H. (Ed.). *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998. p. 15-41. <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>.
- Bandura, A., Azzi, R. G., Polydoro, S. e Colaboradores (2008). *Teoria Social Cognitiva Conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Barros, M. A., Oliveira, J. A., Spyrides, M. H. C. (2010). Um Estudo Sobre Autoeficácia no Trabalho e Características Sociodemográficas de Servidores de uma Universidade Federal. *Revista de Gestão*, 19 (4) pp. 571-588. Retirado em 16 de Novembro, 2014, em <http://www.regeusp.com.br/arquivos/1121.pdf>.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Biaggio, A. M. B., Natalício, L., Spielberger, C. D. (1977). Desenvolvimento da Forma Experimental em Português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 29 (3), 31-44. Retirado a 11 de Novembro, 2013, em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827/16571>.
- Bize, R., Johnson, J. A., Plotnikoff, R. C. (2007). Physical Activity Level and Health-Related Quality of Life. In *The General Adult Population: A Systematic Review*. *PubMed*, 45(6), 401-415. Retirado a 7 de Dezembro, 2013, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17707498>.
- Boscolo, R. A., Esteves, A. M., Mello, M. T., Tufik, S. (2005). O Exercício Físico e os

- Aspectos Psicobiológicos. *Ver Bras Med Esporte* 11(3) pp.203-207.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., et al., (2007). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de Vida: Significados e Níveis de Análise. In Canavarro, M. C. & Vaz Serra, A. (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem Na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (cap.1, pp. 4-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, et al., (2010). WHOQOL Disponível para Portugal: Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL 100 e WHOQOL-BREF). In Canavarro, M. C. & Vaz Serra, A. *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (cap. 5, pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Clark, L., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), pp. 316-336.
- Contente (2012). Bem-estar, Qualidade de Vida e Saúde Mental: Estudo Descritivo na Cidade da Horta. Dissertação Apresentada á Faculdade Lusófona para Obtenção do Grau Mestre, Orientada por Nuno Colaço, Lisboa.
- Fleck, M., Lima, A., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V., et al. (2002). Associação Entre Sintomas Depressivos e Funcionamento Social em Cuidados de Saúde Primários de Saúde. *Revista Saúde Pública*, 36 (4), 431-438.
- Fleck, M. P. A. & Colaboradores (2008). *A Avaliação da Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Feldman, R. S. (2007). *Introdução à Psicologia*. (6ª ed). São Paulo: McGraw-Hill.
- Ferreira, H. M. M. G. (2008). O Clima Sócio-Emocional no Contexto de Trabalho: Suas Implicações sobre as Percepções de Auto-Eficácia dos Trabalhadores. Dissertação Apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto para Obtenção do Grau Mestre.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, et. al., (2008).

- Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida na População Geral. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 9 (1), 103-112.
- Gameiro, S., Canavarro, M. C., Pereira, M., Vaz Serra, A., Paredes, T., Carona, C., et al., (2010). Factores Sociais e Demográficos de Variabilidade da Qualidade de Vida na População Geral. In Canavarro, M. C. & Vaz Serra, A. (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. (cap.9, pp. 251-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gameiro, S., Carona, C., Silva, S., Canavarro, M. C., (2010). Qualidade de Vida e Depressão: Um Estudo Comparativo com Doentes com Diagnóstico Clínico de Depressão Major; Utentes de Centros de Saúde e Indivíduos da População Geral. In Canavarro, M. C. & Vaz Serra, A. (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (cap.12, pp. 251-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Graziani, P. (2005). *Ansiedade e Perturbações da Ansiedade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hallstrom, C. e McClure, N. (2000). *Ansiedade e Depressão: Perguntas e Respostas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- International Society for Quality of Life Research. (2014). *Acedido em 9 de Janeiro, 2014, em* <http://www.isoqol.org>.
- Júnior, M. A. B. T., Sferra, L. F. B., Bottcher, L. B. (2012). A Importância do Lazer Para a Qualidade de Vida do Trabalhador. *Revista Conexão Electrónica*, 9 (1-2) p. 1-15, Retirado a 17 de Novembro, 2013, em <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2012/downloads/2012/saud e/A%20IMPORT%C3%82NCIA%20DO%20LAZER%20PARA%20A%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20DO%20TRABALHADOR.pdf>.
- Macedo, E. (2012). Domínio Relações Sociais da Qualidade de Vida: Um Foco de Intervenção em Pessoas com Doenças do Humor. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 19-24.
- Marcelino, N. C. (2002). *Estudo do Lazer: Uma Introdução*. Campinas: Editora Autores Associados.
- Martinez, I., Salanova, M. (2006). Autoeficácia en el Trabajo: El Poder de Creer que tu Puedes. *Estudios Financieros*, 279, pp. 175-202.
- Martins, M. C. A. (2004). Factores de Risco Psicossociais Para a Saúde Mental. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, nº 29 pp. 255-268.

- Martins, A. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2008). Desenvolvimento e Validação da Escala de Auto-Eficácia para Utilizadores de Cadeiras de Rodas. *Análise Psicológica*, 1(XXVI): 135-145.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª. ed). Lisboa: Climepsi
- Omorou, Y. A., Erpelding, M. L., Escalon, H., Vuillemin, A. (2013). Contribution of Taking Part in Sport to the Association Between Physical Activity and Quality of Life, *PubMed*, 22(8), pp.2021-2029, Doi: 10.1007/s11136-013-0355-3.
- Organização Mundial de Saúde. (1948). *Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS)*, Retirado a 10 de Outubro, 2013, em <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>.
- Organização Mundial de Saúde. (1994). Development of the WHOQOL:Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- Organização Mundial de Saúde. (1998). Versão em Português dos Instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL). In <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html#1>. Acedido em 11 de Novembro, 2013.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Acedido a 11 de Novembro, 2013, em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Retirado a 19 de Novembro, 2013, em <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V>.
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Depression*, (Fact Sheet 369), Acedido a 11 de Dezembro, 2013, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
- Pais-Ribeiro, J. L. (s.d.). Adaptação de uma Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral. Retirado em 20 de Outubro, 2013, em <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm>.
- Pais Ribeiro, J. L. (1996). Saúde e Desenvolvimentos. *Análise Psicológica* (série XIV (2/3), pp. 177-190.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), pp. 229-239.
- Pais-Ribeiro, J. L., Martins, A. C. (2008). Desenvolvimento e Validação da Escala de Auto

- Eficácia para Utilizadores de Cadeiras de Rodas. *Análise psicológica*, 1 (xxvi), pp. 135-145.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2009). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. In J., P. Cruz, S., N. Jesus, & C., Nunes (Coord.), *Bem-Estar e Qualidade de Vida – Contributos da Psicologia da Saúde* (1 ed., pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Pajares, F. (2002). Overview of Social Cognitive Theory and of Self-efficacy. Retirado a 16 de Novembro, 2013, em <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/eff.html>.
- Parreira, A. (2006). *Gestão de Stress e da Qualidade de Vida – Um Guia para a Acção*. Lisboa: Monitor.
- Peluso, M. A. M. & Andrade, L. H. S. G. (2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, 60 (1) pp.61-70.
- Pervin & John. (2004). *Personalidade - Teoria e Pesquisa*. (8ª ed.). Porto Alegre: Armed.
- Primo, J. & Mateus, D. (2008). *Normas para a Elaboração e Apresentação de Teses de Doutoramento – Aplicáveis às Dissertações de Mestrado*. Manuscrito não Publicado. Lisboa. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Reitoria.
- Pucci, G. C. M. F.; Rech, C. R.; Fermino, R. C. & Reis, R. S.(2012). Associação entre Actividade Física e Qualidade de Vida em Adultos. *Revista de Saúde Pública*, 46 (1), 166-179.
- Quartilho, M. J. R. (2010). Qualidade de Vida, Felicidade, Saúde, Bem-estar, Satisfação. Pessoas, Sociedade, Culturas. O que importa?. In Canavarro, M. C. & Vaz Serra, A. (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (cap.3, pp. 56-126). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rapaport, M., Clary, R., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-Life Impairment In Depressive and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 132 (6) pp. 1171-1173.
- Schultz, D. P, Schultz, S. E. (2004). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Silva, R. S., Silva, I., Silva, R. A., Souza, L. Tomasi, E. (2010). Actividade Física e Qualidade de Vida. *Ciência Saúde Colectiva*. 15(1) pp. 115-120.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Vilar, M.; Paredes, T. (2010). A Avaliação da Qualidade de Vida: Uma Breve Revisão de Estudos Psicométricos com WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. In Canavarro, M. C. & Vaz Serra, A. (Coord.), *Qualidade de Vida e*

- Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 129-151). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Souza, T. R., Lacerda, A. L. T. (2013). Depressão ao Longo da História. In Quevedo, J., Silva, A. G. (Eds.), *Depressão: Teoria e Clínica* (cap.1, pp.17-28). Porto Alegre: Artemed.
- Tombolato, M. C. R. (2005). Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos do Estudante Universitário Trabalhador. Dissertação Apresentada á Pontifica Universidade Católica para Obtenção do Grau Mestre, Orientada por Elisa Medici Pizão Yoshida, Campinas.
- Vaz Serra, A. (2007). *O Stress na Vida de Todos os Dias* (3ª ed.). Coimbra: Minerva
- Vaz Serra, A. (2010). Qualidade de Vida e Saúde. In In Canavarro, M. C. & Vaz Serra, A. (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (cap.2, pp. 24-53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J., Clark, L., Staruss, M., & McCormick, R. (1995b). Testing A Tripartide Model: I. Evaluating The Convergenct and Discriminant Validity of Anxiety and Depression Symptom Scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 3-14.
- Wikinson, G., Moore, B., Moore, P. (2003). *Tratar a Depressão*. Lisboa: Climepsi.

ANEXOS

Anexo 1 – Protocolo de Investigação

Caro (a) Participante,

Solicito a sua colaboração para uma investigação que tem como objetivo estudar a relação da auto-eficácia, ajustamento emocional e qualidade de vida em adultos. A sua participação é voluntária. Não existem respostas certas ou erradas, apenas pretendemos a sua opinião pessoal. Os dados são confidenciais e anónimos, têm como fim o tratamento estatístico desta investigação. Por isso peço que não coloque o seu nome, nem qualquer dado pessoal que o possa identificar. Sendo livre de desistir a qualquer momento.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Dados Sócio - Demográficos

Idade: _____ Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Habilitações Literárias: (nº de anos completos) _____

Relacionamento: Solteiro (a) ☐ Numa relação estável ☐ Casado(a) / União de fato ☐
Divorciado (a) / Separado (a) ☐ Viúvo ☐

Situação profissional: Trabalhador ☐ Trabalhador Estudante ☐ Estudante ☐

Caso trabalhe qual a sua atividade: _____

Tem Hobbies: Sim ☐ Não ☐ Qual: _____ Pratica desporto: Sim ☐ Não ☐

**Escala de Auto - Eficácia Geral de Schawarzer, R., e Jerusalem, M. (1995)
Versão Portuguesa de Miguel Araújo e Octávio Moura (2011)**

Tendo em consideração as quatro alternativas de resposta, responda a cada afirmação assinalando com uma cruz (X) a resposta que melhor exprime a forma como lida com as situações:

	1	2	3	4
	De modo nenhum é verdade	Difícilmente é verdade	Moderadamente verdade	Exactamente verdade
1	Consigo resolver sempre os problemas difíceis se for persistente.			
2	Se alguém se opuser, consigo encontrar os meios e as formas de alcançar o que quero.			
3	Para mim é fácil agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objectivos.			
4	Estou confiante que poderia lidar eficientemente com acontecimentos inesperados.			
5	Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevistas.			
6	Consigo resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.			
7	Perante dificuldades consigo manter a calma porque confio nas minhas capacidades.			
8	Quando confrontado com um problema, consigo geralmente encontrar várias soluções			
9	Se estiver com problemas, consigo geralmente pensar numa solução.			
10	Consigo geralmente lidar com tudo aquilo que me surge pelo caminho.			

WHOQOL-BREF de Canavarro e colaboradores (2007)

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 parece 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 de 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 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	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	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	Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9	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	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5
		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
15	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 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	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	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	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Até que ponto está satisfeito (a) consigo próprio?	1	2	3	4	5
20	Até que ponto está satisfeito (a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Até que ponto está satisfeito (a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Até que ponto está satisfeito(a) com os transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

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

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

EADS-21 de Pais Ribeiro, Honrado, e Leal (2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0,1,2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

0	1	2	3
Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldade em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar a iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

