

**JOANA MARIA FARIA DE VASCONCELOS NETO
NOGUEIRA**

**CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS DO
DESEMPREGO**

Orientador: Miguel Faria

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2014

**JOANA MARIA FARIA DE VASCONCELOS NETO
NOGUEIRA**

**CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS DO
DESEMPREGO**

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

Orientador: Professor Doutor Miguel Faria

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2014

À minha família, pais e irmãos, que sempre me apoiaram em todos os momentos importantes da minha vida.

Ao meu marido e ao meu filho, que me acompanharam nesta jornada, com todo o apoio, compreensão e amor.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Professor Dr. Miguel Faria, a sua disponibilidade constante, a motivação dada, o apoio e acompanhamento que me deu ao longo destes meses, sem os quais, não teria sido possível chegar aqui.

A todos os professores que me ensinaram durante a minha passagem pela universidade, um especial agradecimento ao Professor Dr. Nuno Colaço, ao Professor Dr. José Brites e ao Professor Dr. Carlos Poiares, que sem saberem me inspiraram, motivaram e tanto me ensinaram.

Gostava também de agradecer aos meus pais, pelo acompanhamento de uma vida, apoio e amor incondicional em tudo o que fiz até hoje.

Aos meus irmãos agradeço a motivação, o acreditarem em mim, o apoio dado durante esta jornada.

A todos os amigos e família que estiveram presentes nesta fase e que me apoiaram.

Por fim, quero agradecer primeiro ao Bernardo pela incansável motivação, pelo apoio, pela partilha, pela presença nos bons e nos maus momentos, pela força que sempre me transmitiu, por nunca me ter deixado desistir, por acreditar em mim, pela paciência e pelo amor. E em segundo quero agradecer ao meu filho, Bernardo, pelo amor incondicional e pela força que me dá de querer fazer mais e melhor na minha vida.

Um Muito Obrigada a todos

Resumo

O presente estudo tem como principal objectivo perceber de que forma o desemprego afecta psicologicamente as pessoas, qual o impacto que tem na vida de cada um, na relação consigo próprio e com o outro. A população utilizada neste estudo foram 263 desempregados, com idades compreendidas entre os 18 e os 58 anos, esta amostra foi recolhida de forma aleatória. Para a elaboração deste estudo foram relacionadas as seguintes variáveis: Ansiedade e Depressão; Desesperança; Satisfação com a vida; Auto-estima e Suporte Social, através da utilização da seguinte bateria de avaliação: HADS – Snaith & Zigmond, 1983; BHS – Beck 1974; SWLS – Diener et al 1985; RSES – Rosenberg 1965; SSQ6 – Sarason et et al. 1983. Os resultados evidenciam que indivíduos desempregados há mais tempo apresentam valores mais elevados de desesperança, ansiedade e depressão assim como valores inferiores de satisfação com a vida. De acordo com os resultados podemos também afirmar que há uma relação significativa entre o Suporte Social e a Satisfação com a Vida.

Palavras-Chave: Desemprego, Ansiedade e Depressão, Desesperança, Satisfação com a vida, Suporte Social.

Abstract

This study main goal is to understand how unemployment affects people psychologically, what impact it has on their lives and how it affects the relationship with others and with themselves. The population used in this study was 263 unemployed, aged between 18 and 58, in a randomly collected sample. To perform this study we related the following variables - Anxiety and Depression, Hopelessness, Life satisfaction, Self-esteem and Social Support, using the following assessment battery HADS - Snaith & Zigmond, 1983; BHS - Beck 1974; SWLS – Diener et al 1985; SSRS - Rosenberg 1965; SSQ6 – Sarason et et al. 1983. The results demonstrated that longer time unemployed individuals have higher levels of hopelessness, anxiety and depression as well as reduced values of satisfaction with life. According to the results we can also say that there is a significant relation between Social Support and Satisfaction with Life.

Keywords: Unemployment, Anxiety and Depression, Hopelessness, Life Satisfaction, Social Support.

ABREVIATURAS

BHS – Beck Hopelessness Scale

DSM IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais, Texto Revisto

EUROSTAT – The Statistical Office of the European Union

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

RSES – Rosenberg Self-Esteem Scale

SSQ6 – Social Support Questionnaire – Short Form

SWLS - Satisfaction With Life Scale

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
I - DESEMPREGO	13
1.1. Conceito	14
1.2. Causas do desemprego em Portugal	15
1.3. Consequências Psicológicas do Desemprego	15
II – ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA	17
2.1. Ansiedade	18
2.1.1. Breve História	18
2.1.2. Conceito	18
2.1.3. Perturbações	19
2.2. Depressão	22
2.2.1. Breve História	22
2.2.2. Conceito	24
2.2.3. Perturbações	25
2.3. Relação entre Ansiedade e Depressão	26
2.4. Ansiedade e Depressão e a temática do Desemprego	27
2.5. Desesperança	28
2.5.1. Breve História	28
2.5.2. Conceito	29
2.5.3. Desesperança e a temática do Desemprego	30
III – AUTO-ESTIMA, SATISFAÇÃO COM A VIDA E SUPORTE SOCIAL	31
3.1. Auto-estima	32
3.1.1. Breve História	32
3.1.2. Conceito	32
3.1.3. Auto-estima e a temática do Desemprego	34
3.2. Satisfação com a vida	35
3.2.1. Breve História	35
3.2.2. Conceito	35
3.2.3. Satisfação com a vida e a temática do Desemprego	36
3.3. Suporte Social	37
3.3.1. Breve História	37

3.3.2. Conceito	38
3.3.3. Suporte Social e a temática do Desemprego	39
IV – MÉTODO	41
4.1. Objetivo do Estudo e Hipóteses	42
4.2. Amostra.....	42
4.3. Instrumentos.....	43
4.4. Procedimento	48
V – RESULTADOS	49
5.1. Análise de Resultados	50
5.2. Discussão dos Resultados	56
CONCLUSÃO.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	I

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1-Características Demográficas da Amostra	43
Tabela 2-Diferença de médias por sexo para as variáveis estudadas	50
Tabela 3-Diferença de médias por tempo de desemprego para as variáveis estudadas .	51
Tabela 4-Diferença de médias por nível de escolaridade para as variáveis estudadas...	52
Tabela 5-Diferença de médias segundo o estado civil para as variáveis estudadas	53
Tabela 6-Diferença de médias por meio de residência para as variáveis estudadas.....	53
Tabela 7-Correlações obtidas entre as variáveis estudadas	54
Tabela 8-Correlações obtidas entre as variáveis estudadas para o sexo masculino	55
Tabela 9-Correlações obtidas entre as variáveis estudadas para o sexo feminino	56

INTRODUÇÃO

De acordo com o relatório de 31 de Outubro de 2014 do Eurostat, Portugal apresenta uma taxa de desemprego de 13,6%, sendo o terceiro país da zona euro com a taxa de desemprego mais elevada.

Portugal é um dos países a sentir o forte impacto da crise. Atravessamos uma severa e prolongada recessão económica acompanhada de uma diminuição do rendimento das famílias e por um aumento das taxas de desemprego.

Desemprego é das palavras mais comentadas, ouvidas, faladas da actualidade. As suas consequências a nível político, económico/financeiro, social são muito faladas, discutidas, sendo do conhecimento geral, já as consequências a nível psicológico são negligenciadas não havendo grande incidência sobre este assunto, daí a minha preocupação e pertinência para este estudo.

Segundo o diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental, o impacto do desemprego a nível psicológico varia conforme a “situação económica”, “social” e sobretudo a “organização mental” de cada indivíduo. Diversos estudos têm verificado que o desemprego provoca mudanças, geralmente, negativas a nível psicológico, podendo conduzir a uma deterioração da saúde mental e física.

É de extrema importância perceber como o desemprego afecta as pessoas, qual o impacto que tem na vida de cada um, na relação consigo próprio e com o outro.

Esta dissertação está dividida em cinco capítulos I – Desemprego; II – Ansiedade, Depressão e Desesperança; III - Auto-estima, Satisfação com a Vida e Suporte Social; IV – Método e V – Resultados.

O primeiro capítulo trata a temática do desemprego, os dois capítulos seguintes abordam as variáveis em estudo, ansiedade e depressão, desesperança, auto-estima, satisfação com a vida e suporte social. Estes três primeiros capítulos ajudam na compreensão e clarificação dos diferentes temas abordados, como estes se relacionam, bem como alguns estudos realizados sobre a relação entre as diferentes temáticas.

O Método, quarto capítulo, aborda os Objetivos da Investigação onde incluímos a formulação das hipóteses em estudo. Segue-se a Amostra, os Instrumentos, o Procedimento utilizados neste estudo. Para terminar são apresentados os Resultados, através da sua análise e discussão.

A Conclusão contempla não só as principais conclusões como também as limitações do estudo. Também foram consideradas algumas orientações futuras.

I - DESEMPREGO

1.1. Conceito

Por desemprego entende-se a diferença entre a oferta e a procura no mercado de trabalho, aludindo à falta de trabalho. Este desfasamento poderá assumir dois formatos: a) *excesso de oferta* (desemprego pela oferta), sempre que a quantidade de trabalho oferecida pelas famílias seja superior à procura pelas empresas; b) *excesso de procura* (desemprego pela procura), quando a quantidade de trabalho procurada pelas empresas seja superior à oferecida pelas famílias.

Esta situação de desemprego poderá ser involuntária, ou seja, quando é uma decisão tomada por outro que não o desempregado, são exemplos deste caso as reformas forçadas (maioritariamente por invalidez), bem como os despedimentos pela entidade patronal. Quando esta situação é resultado de uma decisão tomada por iniciativa pessoal, podemos concluir que se trata de desemprego voluntário. Quando passamos para o estatuto de reformado, quando o próprio devido a tensões no local de trabalho se demite, quando muda de emprego, são alguns exemplos.

Dentro do desemprego distinguem-se quatro tipos:

- **Desemprego cíclico/conjuntural** - está associado às flutuações macroeconómicas de curto prazo, a realidade deste tipo de desemprego é involuntária, pois a sua principal causa é a ineficiência ou lentidão do ajustamento dos salários às variações na oferta e na procura de trabalho. A ausência de desemprego cíclico representa o pleno emprego.
- **Desemprego estrutural** - é o resultado de uma expansão da procura do fator trabalho. Ex.: empresas que têm postos de trabalho a mais, não conseguem preenchê-los por falta de trabalhadores. Subsiste na ausência de desemprego cíclico, involuntário, ou seja, no pleno emprego (à semelhança do desemprego friccional)
- **Desemprego friccional** - é o resultado de uma expansão da procura de fator de trabalho em virtude de um aumento dos custos de busca de emprego. Os custos de busca de emprego serão tanto maiores: a) quanto maior for o tecido produtivo; b) quanto maiores forem as oscilações dos salários reais; c) quanto maiores forem as alterações demográficas; d) quanto maiores forem as modificações estruturais.
- **Desemprego tecnológico** - está associado à diminuição relativa do emprego de trabalho humano na produção, em decorrência da crescente mecanização ou automação do processo produtivo, por exemplo o uso de robôs na produção industrial,

substituindo o trabalho direto dos operários. Alguns autores defendem que este tipo de desemprego se enquadra como subcategoria do desemprego estrutural.

1.2. Causas do desemprego em Portugal

Como já foi referido o desemprego é uma das maiores problemáticas que vivemos na atualidade, em Portugal o desemprego afeta cerca de 688.3 mil pessoas. São números assustadores, transparecendo uma realidade bastante preocupante.

De acordo com diversos autores são apontadas como principais causas do desemprego:

- a. A atual crise económica e financeira que o país atravessa.
- b. A concorrência de países produtores de bens a baixo custo (mão de obra barata), nomeadamente China e Índia.

De acordo com Mateus (2010) “a situação atual da economia portuguesa deve ser entendida num enquadramento rigoroso do contexto de crise e de transformação resultante, nomeadamente, do aprofundamento da globalização dos mercados, da aceleração do crescimento nas grandes economias emergentes e da manifestação de novos problemas da governação económica na Europa alargada”.

- c. A introdução de novas tecnologias por meio da globalização, ou seja, os avanços tecnológicos que levam à substituição do trabalho do homem por máquinas.
- d. A adesão de Portugal à moeda única europeia, e resultante perda de autonomia na condução da política cambial e monetária, combinada com o facto de Portugal ser uma pequena economia aberta originou uma menor competitividade e consequente diminuição das suas produções e posterior aumento do desemprego.
- e. O subsídio de desemprego. Investigadores afirmam que com este subsídio os desempregados tendem a permanecer no desemprego por mais tempo.
- f. O baixo nível de qualificação da população ativa.

1.3. Consequências Psicológicas do Desemprego

O desemprego, entendido como uma situação que envolve uma ausência de carga de trabalho, normalmente involuntária (Vaz Serra, 2007), constitui-se como uma condição potencialmente adversa de trabalho, com implicações ao nível pessoal e relacional da vida dos indivíduos. Contudo o seu impacto não é igual para todos e afeta distintamente o seu bem-estar individual e relacional, podendo para alguns indivíduos ser devastador.

Diversas investigações verificaram que, de forma geral, as pessoas desempregadas tendem a experienciar níveis elevados de depressão, ansiedade, stress e angustia, juntamente com baixa auto-estima e baixa confiança (Warr, Jackson & Banks, 1988). O desemprego origina sentimentos de culpa, derrotismo, desespero e perda de esperança. Segundo Cook (1991) o desemprego é uma montanha russa emocional caracterizada por perda, preocupação e reações de esgotamento de procura de emprego associado a um sentimento de inadequação, depressão, baixa auto-estima, aumento de stress, isolamento social e tendência crescente para doença psiquiátrica menos, mudanças de estado de espírito, ou disposição irregular, e uma perda progressiva de otimismo acerca de encontrar emprego”.

II – ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPRANÇA

2.1. Ansiedade

2.1.1. Breve História

Segundo Cordás (2004) a ansiedade, enquanto quadro patológico, só passa a constar da literatura médica a partir de finais do século XIX, contudo a descrição de ansiedade, enquanto sintoma clínico, encontra-se ligada à história do conceito de neurose. A noção de ansiedade, como relacionada a alterações orgânicas, decorrentes de um aumento ou diminuição da excitabilidade nervosa, surge a partir da segunda metade do século XIX. Em 1869, o médico Americano George Miller Beard, introduz o conceito de neurastenia, para designar graus menores de ansiedade e depressão (incluindo a presença profunda de exaustão nervosa, dificuldade de concentração, dores crônicas, insônia e dificuldades sexuais). Nos anos seguintes são descritos sintomas presentes em quadros fóbicos (posteriormente designado como “perturbação obsessivo-compulsiva) e quadros de agorafobia.

Contudo, foi com Sigmund Freud que a ansiedade obteve destaque na Psiquiatria, a sua popularização como quadro patológico teve origem nos pacientes clássicos tratados por Freud, que inspiraram uma série de classificações das perturbações ansiosas, entre elas, “Crise Aguda de Angústia” (hoje designado “ataques de pânico), “Neurose de Angústia”, “Expectativa Ansiosa”, a Neurose Obsessivo-compulsiva, Neurose Fóbica, e Neurose Traumática (ou Neurose de Guerra).

No seu trabalho pioneiro sobre Angústia, Freud definiu de forma bastante clara as reações fisiológicas presentes na ansiedade. Neste estudo, definiu três tipos de angústia:

1. Angústia real, desencadeada pela presença de uma ameaça considerada real pelo indivíduo.
2. Angústia Automática, desencadeada quando o indivíduo se deparava com uma situação traumática
3. Angústia Sinal ou Sinal de Angústia, ação do ego diante uma situação de perigo, é um mecanismo psíquico, que funciona como símbolo mnésico.

2.1.2. Conceito

Citando Vaz Serra (1980) no dicionário conceituado de Cândido Figueiredo a *ansiedade* é definida como “angústia”, “ânsia”, “incerteza aflitiva” ou ainda “desejo ardente”. Durante bastante tempo e para muitos cientistas os termos ansiedade, angústia e medo, tiveram significado idêntico. Lewis (1967), concluiu que o termo “ansiedade”

se referia a “um estado emocional vivenciado com a qualidade subjetiva do medo ou de emoção a ela relacionada...desagradável...dirigida para o futuro...desproporcional (a uma ameaça reconhecível) ... (com) desconforto somático subjetivo...e alterações somáticas manifestas”.

Em psicologia, ou na literatura a ansiedade pode ser valorizada como uma emoção, em termos laboratoriais certos autores consideram-na como um impulso ou uma simples resposta emocional. Estes aspetos revelam que o mesmo conceito é considerado segundo diferentes formas:

- Como força propulsora de determinado comportamento;
- Como impulso desagregador de um comportamento adequado;
- Como resposta emocional desencadeada por certos estímulos;
- Como traço de personalidade básica;
- Como uma simples emoção.

No DSM-IV, a definição de Ansiedade é “Emoção complexa que aparece como um sinal de perigo perante uma qualquer eventualidade que ameaça a identidade e/ou a integridade do indivíduo ou que seja interpretado como tal. A ansiedade é uma reação adaptativa de urgência perante perigos imediatos, levando os indivíduos a desenvolver as máximas capacidades para sobreviver normalmente por mecanismo de luta e fuga.”

2.1.3. Perturbações

A ansiedade trata-se de um estado emocional que todos nós em algum momento da nossa vida, já experienciamos, e tem uma função adaptativa, contudo quando se torna incapacitante torna-se num real problema. O que distingue a ansiedade “normal” de uma perturbação de ansiedade é que a ansiedade excessiva (incapacitante), dura mais tempo, e interfere de modo expressivo nas tarefas do quotidiano e nas relações com os outros. Esta perturbação tem manifestações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas.

As perturbações relacionadas com a ansiedade podem ter início na adolescência ou mesmo na infância. A ansiedade manifesta-se em perturbações emocionais, tais como: ataques de pânico; obsessões; fobia social/ timidez; desvios de comportamentos alimentares e insónias. É comum as perturbações de ansiedade estar acompanhada de depressões, desordens alimentares, abuso de substâncias, ou outra perturbação de ansiedade.

O DSM IV-TR (2002) define diferentes Perturbações de Ansiedade:

- **Perturbações de Ansiedade Generalizada (PAG)** – caracterizada por uma preocupação excessiva e irrealista acerca de uma variedade de situações (ex.: assuntos da escola, desempenho, impressão que provoca nos outros, entre outros).
- Perturbação de Pânico** – é caracterizada por episódios espontâneos e recorrentes de pânico, seguidos da preocupação persistente, durante pelo menos 1 mês, de poder vir a ter outro ataque, ou acerca das consequências do ataque, ou de uma mudança no comportamento relacionada com o ataque (American Psychiatric Association, 1994)
- **Perturbação de Pânico com Agorafobia** – é caracterizada por ataques de pânico inesperados e recorrentes pela presença concomitante de agorafobia.
- **Agorafobia** – é a ansiedade ou evitamento de lugares ou situações nas quais a fuga pode ser difícil (ou embaraçosa), ou nas quais possa não ter ajuda, no caso de ter um ataque de pânico ou sintomas semelhantes ao pânico.
- **Agorafobia sem História de Perturbações de Pânico** – caracteriza-se pela presença de agorafobia e de sintomas semelhantes ao pânico, sem história de ataques de pânico inesperados.
- **Fobia Específica** – é definida como o medo excessivo e irrazoável de determinados objetos, ou situações específicas responsáveis por um elevado desconforto sentido nessas situações ou, ainda, por um evitamento das mesmas, o que provoca limitações funcionais.
- **Fobia Social (Perturbação de Ansiedade Social)** – é descrita como um medo marcado e persistente de situações sociais ou de desempenho nas quais a pessoa é exposta a pessoas não familiares ou ao escrutínio, o indivíduo receia agir de forma humilhante ou embaraçosa. Estudos efetuados entre 1995 e 2003 apontavam o mutismo seletivo, como um tipo de fobia social.
- **Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)** – é descrita por obsessões (pensamentos, impulsos ou imagens involuntárias) que ocorrem, frequentemente e repetidamente, originando grande desconforto ou ansiedade, e ou compulsões (comportamentos repetitivos ou atos mentais) que servem para neutralizar a ansiedade.
- **Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT)** – resulta da experiência ou testemunho de um acontecimento que é percebido como ameaçador ou perigoso e que envolve uma resposta de medo intenso, sentimento de desespero e impotência, bem como a manifestação de um comportamento desorganizado ou agitado.

A persistência de sintomas de ativação e de comportamentos de evitamento de estímulos associados ao acontecimento são características desta perturbação.

- **Perturbação Aguda de Stresse** – designa-se por sintomas semelhantes aos da PSPT que ocorrem imediatamente como consequência de um evento extremamente traumático.

- **Perturbação de Ansiedade Secundária a um Estado Físico Geral** – é caracterizada por sintomas proeminentes de ansiedade que se julgam como consequência fisiológica directa de um estado físico geral.

- **Perturbação da Ansiedade Induzida por substâncias** – caracteriza-se por sintomas proeminentes de ansiedade que se julgam como sendo uma consequência fisiológica directa do abuso de uma droga, medicamento ou exposição tóxica.

- **Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação** – é incluída para codificar perturbações com ansiedade proeminente ou evitamento fóbico que não cumprem critérios para nenhuma das perturbações de Ansiedade definidas no capítulo a elas inerente no DSM IV-TR.

Na mais recente edição do DSM, O DSM V (2013), o capítulo das Perturbações de Ansiedade foi reformulado, a Perturbação Aguda de Stresse, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e a Perturbação de Stress Pós-Traumático foram recolocadas em novos capítulos, as Perturbação de Pânico e a Agorafobia também sofreram alterações, foram separadas como diagnósticos independentes, no entanto, o Mutismo Seletivo e a Perturbação de Ansiedade de Separação foram inseridas neste capítulo.

Alguns dos sintomas da Ansiedade são:

- Inquietação,
- Fadiga e perda de energia,
- Irritabilidade,
- Tensão muscular
- Taquicardia
- Alterações gastrointestinais
- Náuseas e vômitos
- Modificação do padrão de apetite
- Medo de perder o controlo, medo de morrer
- Tonturas ou vertigens

- Falta de ar
- Sensação de descontrolo
- Angustia
- Dificuldade de concentração
- Perturbações do sono
- Preocupações constantes e exageradas
- Descontrolo sobre os próprios pensamentos (pensamentos negativos).
- Vazio emocional
- Etc.

2.2. Depressão

2.2.1. Breve História

A depressão tem sido registada desde a antiguidade, e as descrições do que agora chamamos perturbações do Humor, podem ser encontrados em textos muito antigos. Hipócrates, no séc.5 a.C. já conhecia e definia depressão com a denominada melancolia. Hipócrates considerou a melancolia como uma doença, através da teoria dos quatro humores corporais (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis preta) sendo o equilíbrio ou o desequilíbrio responsável pela saúde ou efemeridade e dor. Segundo Hipócrates a melancolia era “uma doença, sem febre, na qual o espírito triste permanece sem razão fixado numa ideia, constantemente abatido...”. Percebemos com esta definição que a melancolia era bastante similar à depressão como a contemplamos atualmente, inclusive os sintomas que Hipócrates descrevia, são bastante semelhantes “perda de sono, falta de apetite, desejo de morte (...). Essa bílis negra que ao nos invadir, age sobre o corpo e sobre a alma para criar tristeza e cansaço”.

Durante a idade média, a depressão (ainda denominada melancolia), era uma doença especialmente nociva, uma vez que o desespero do melancólico sugeria não estar ele embebido em alegria ante o conhecimento certo do amor, e da misericórdia divinos. A melancolia era considerada um afastamento de tudo o que era sagrado. Na época da inquisição a melancolia foi considerada um pecado, onde algumas pessoas eram multadas ou aprisionadas por carregarem esse mal na alma, que não tinha cura.

O Séc XIX trouxe descobertas na biologia, física, química, anatomia, neurologia, e bioquímica o que permitiu relacionar doenças mentais com patologias orgânicas do cérebro. Foi um período de classificações onde os teóricos debateram a natureza das doenças e seus parâmetros, redefinindo o que antes fora simplesmente

identificado como melancolia, em categorias e subcategorias. Wilhelm Griesinger interessou-se pelo trabalho de Hipócrates, dando grande ênfase aos seus estudos, e declara que as doenças mentais são doenças do cérebro, com este autor a depressão passou a ser medicada.

Emil Kraepelin (1856-1926), considerado o pai da psicobiologia, acreditava que toda doença tinha uma base bioquímica, na sua nosologia pretendia separar as doenças mentais adquiridas das hereditárias. Em 1889, Kraepelin integrou a melancolia, juntamente com mania e estados mistos na seção das Psicoses Maníaco-Depressivas. Kraepelin continuou a adotar o termo “melancolia” e os seus subtipos, utilizando o termo “depressão” para descrever afetos.

Com o desenvolvimento científico, no século XIX, houve uma preferência pelo termo “depressão” em detrimento do termo “melancolia”. Segundo Moreira (2002), a substituição de um termo pelo outro, ocorreu devido a uma tendência da psiquiatria do final do século XIX e durante a sua consolidação no século XX.

No início do século XX destacam-se duas correntes interpretativas que se desenvolveram de maneira concomitante no que se refere ao tratamento e à compreensão da depressão e da melancolia: a psiquiátrica e a psicanalítica

A Psiquiátrica enfatiza um déficit orgânico, ou deficiência inata. Esta corrente defende que a principal causa da depressão é a deficiência de neurotransmissores, em especial, serotonina, noradrenalina e dopamina. Aposta na observação e na descrição de síndromes e na enumeração de sintomas, o que costuma dirigir suas estratégias terapêuticas. Apostam na terapêutica farmacológica, mediante administração de antidepressivos que regulam a produção de neurotransmissores, podendo ser chamadas também de “psicobiológicas” (Peres, 2003). A psiquiatria compreende os afetos e estados afins da melancolia sob o nome de depressão e seus inúmeros subtipos, sendo sua causa compreendida, essencialmente, como uma disfunção neuro química que deve ser corrigida pela ação dos psicofármacos.

Em 1917 Sigmund Freud escreve o texto “Luto e melancolia”, no qual afirma que a melancolia é caracterizada por um desânimo profundamente penoso, falta de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, diminuição da auto-estima e empobrecimento e esvaziamento do ego. Uma forma de luto e onde surge uma sensação de perda da libido.

A visão psicanalítica, depois de Freud, estabeleceu uma distinção entre a melancolia e a depressão. Esta última seria um estado mais brando e que estaria

presente nas neuroses de forma geral, podendo ser o foco principal ou não da patologia. Num caso grave de neurose obsessiva, no qual a depressão permanece apenas como coadjuvante, ou assume o papel principal, quase mascarando os aspetos obsessivos. Já a melancolia seria uma forma aguda e acentuada de um estado depressivo presente nas psicoses (Peres, 2003).

2.2.2. Conceito

Depressão, hoje, significa uma patologia de humor, que de forma direta necessita ser identificada e tratada, e que não está relacionada ao caráter do indivíduo nem com a própria vontade do mesmo (Cordás & Sassi-Junior, 1998).

Segundo Roudinesco (2000) a depressão figura como uma das principais formas de manifestação do sofrimento psíquico presente na contemporaneidade, sendo comum a referência a este período como “era das depressões”, em comparação ao final do século XIX, que foi marcado pela histeria. A depressão é causada por um desequilíbrio nas concentrações de algumas substâncias do cérebro podendo ser desencadeada por fatores biológicos, psicológicos ou sociais.

Depressão é um sentimento de tristeza intenso; pode ocorrer depois de uma perda recente ou de outro facto triste, mas é desproporcionado relativamente à magnitude do facto e persiste para além de um período justificado (Manual Merck).

A palavra depressão provém do termo latim *depressus*, que significa “abatido” ou “aterrorizado”. Trata-se de uma perturbação emocional que se traduz num estado de abatimento e infelicidade, o qual pode ser transitório ou permanente.

Para a medicina e a psicologia, a depressão é um síndrome ou um conjunto de sintomas que afetam principalmente a área afetiva/emocional de uma pessoa. Posto isto, a tristeza patológica, o estado de fraqueza, a irritabilidade e as alterações de humor podem causar uma diminuição no rendimento profissional ou uma limitação na respetiva vida social.

A depressão também pode ser expressada através de afeção do tipo cognitivo, volitivo e, inclusive, somático. Na maioria dos casos, o diagnóstico é clínico.

Segundo a OMS, a Depressão Clínica é uma doença bem definida do ponto de vista médico, cujos sintomas são intensos, prolongados no tempo e interferem nas atividades diárias dos indivíduos (Kandhelwal, 2001).

Há vários tipos de depressão, podendo ser de maior gravidade (com um ou mais episódios em que a depressão é intensa, e se torna incapacitante), distímia ou

crónica (com menor intensidade, mas mais duradoura) ou ligeira (menor intensidade e persistência dos sintomas).

2.2.3. Perturbações

No DSM IV-TR (2002) a depressão está inserida nas Perturbações de Humor, as Perturbações Depressivas caracterizam-se por um humor depressivo e pela perda de interesse relativamente às diversas atividades do quotidiano, não se verificando, no entanto, episódios maníacos, mistos nem hipomaníacos (momento em que se verifica um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou instável), e são as seguintes:

- **Perturbação Depressiva Major** – consiste numa perturbação do humor, caracterizada por um padrão específico de sintomas que aparecem de forma simultânea e manifestam-se durante pelo menos duas semanas, com consequências significativas no dia-a-dia, sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos. É de extrema importância avaliar, no diagnóstico da perturbação depressiva major, se este é episódio único ou recorrente. É, também, importante referir os especificadores utilizados para descrever o episódio depressivo major atual: leve, moderado, severo sem aspetos psicóticos, severo com aspetos psicóticos, em remissão parcial, em remissão completa, crónico, com características catatónicas, com características melancólicas, com características atípicas, com início no pós parto. Os especificadores que se seguem podem ser usados para indicar o padrão de episódios e a presença de sintomatologia entre episódios: curso longitudinal, padrão sazonal.

- **Perturbação Distímica** – caracteriza-se por um humor cronicamente deprimido que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, durante pelo menos 2 anos. Os indivíduos podem notar a presença proeminente de baixo interesse e autocrítica, frequentemente vendo-se como desinteressados ou incapazes. É importante referir que o diagnóstico de perturbação distímica só pode ser feito se não houver episódios depressivos major. Nesta perturbação os especificadores são os seguintes: início precoce, início tardio, com características atípicas.

- **Perturbação depressiva sem outra especificação (SOE)** – inclui perturbações com características depressivas que não satisfazem os critérios para perturbação depressiva major, perturbação distímica, perturbação de ajustamento com humor deprimido ou perturbação de ajustamento misto de ansiedade e depressão (ou

sintomas depressivos acerca dos quais existem informações inadequadas ou contraditórias).

O capítulo das Perturbações Depressivas ganhou novos diagnósticos no DSM-5 (2013), a Perturbação Disruptiva de Desregulação do Humor é um novo diagnóstico, após uma série de estudos, o DSM-5 incluiu a Perturbação Disfórico Pré-Menstrual como um diagnóstico válido e, os diagnósticos de depressão crónica e distímia foram modificados passando a formar a Perturbação Depressiva Persistente. Os sintomas centrais da Perturbação Depressiva Major mantiveram-se, contudo houve algumas alterações: adição de novos especificadores como “com características mistas” e “com ansiedade”; o critério de exclusão “luto” foi eliminado.

A depressão diferencia-se das normais modificações de humor pela gravidade e permanência dos sintomas. Está associada, muitas vezes, a ansiedade e/ou pânico.

Os sintomas desenvolvem-se de forma gradual, os mais comuns são:

- Alteração do apetite (falta ou excesso de apetite);
- Perturbações do sono (sonolência ou insónia);
- Fadiga, cansaço e perda de energia;
- Sentimentos desvalorização pessoal ou culpa;
- Falta ou alterações da concentração;
- Dificuldade em pensar e tomar decisões
- Preocupação com o sentido da vida;
- Pensamentos recorrentes a propósito da morte, ideação, planos ou

tentativas de suicidas;

- Desinteresse, apatia e tristeza;
- Alterações do desejo sexual;
- Irritabilidade;
- Manifestação de sintomas físicos, como dor muscular, dor abdominal,

enjoo.

2.3. Relação entre Ansiedade e Depressão

A relação entre ansiedade e depressão tem sido tema de diversos estudos e propostas de classificação. A comorbidade entre ansiedade e depressão é comum.

De acordo com Fava et al (2000), sintomas ansiosos, incluindo ataques de pânico, medos patológicos e obsessões, são comuns durante episódios depressivos. Por outro lado, nos estados ansiosos o desenvolvimento de depressão é uma complicação

comum (Akiskal, 2000). Estudos demonstraram que pacientes deprimidos com sintomas ansiosos têm pior prognóstico que os pacientes que apresentem depressão sem sintomas ansiosos (depressão “pura”). Pacientes com pânico e depressão associada, também têm pior prognóstico que os que apenas apresentam pânico. Para Akiskal (2000), as manifestações cognitivas, seriam o melhor modo de diferenciar as formas “puras” de ansiedade e de depressão.

Ao longo de cinco anos, Kendell (1983), observou e constatou que o diagnóstico de Depressão passa para Ansiedade em 2% dos casos e, no sentido contrário, da Ansiedade para a Depressão em 24% dos casos. Estudos evidenciam que antigos quadros ansiosos costumam evoluir no sentido da Depressão (Roth e cols. 1972, 1982). Lesse (1982) sustenta ainda a ideia da evolução do stresse para ansiedade e em seguida para depressão.

A revisão sobre este tema acaba sempre contrapondo trabalhos de autores que defendem três tendências diferentes; a unidade das perturbações ansiosas e depressivas como sendo o mesmo fenómeno, a dualidade entre esses dois estados afirma tratar-se de perturbações diferentes e as formas mistas como uma entidade específica com sintomas depressivos e ansiosos. Tais diferenças são, sem dúvida, decorrentes das diversas maneiras de se conceituar esses estados emocionais e das diversas metodologias dos trabalhos científicos. As diferenças vão da conceituação semântica, até a interpretação metodológica das observações.

Diferentes pesquisas têm demonstrado não existir, até agora, uma posição clara para a questão da relação entre depressão e ansiedade. Embora não possamos saber ainda, com certeza, se ansiedade e depressão são a mesma doença, ao menos tem sido consensual o fato dos antidepressivos atuarem satisfatoriamente tanto nos quadros ansiosos como nos depressivos (Feighner, 1996). Ainda que o termo comorbidade de ansiedade e depressão satisfaça uma postura politicamente correta, a pouca diferença de resultados no tratamento desses quadros com antidepressivos, notadamente os ISRS, aponta para uma satisfatória solução clínica (Rodney e Cols, 1997).

2.4. Ansiedade e Depressão e a temática do Desemprego

Estudos têm mostrado que o indivíduo desempregado tende a experienciar níveis elevados de depressão, ansiedade, somatização, angústia e stresse, apresentando, igualmente, baixa auto-estima, baixa autoconfiança, inatividade e isolamento social (Kessler, Turner, & House, 1988; Warr, Jackson, & Banks, 1988). A literatura evidencia

que o emprego favorece a saúde mental, e pelo contrário, o desemprego contribui para a depressão, ansiedade e suicídio, sendo que os jovens desempregados têm um maior risco de desenvolver problemas de saúde mental do que os jovens empregados.

Diversos estudos têm sido realizados sobre a temática ansiedade e desemprego. Burgard, Brand & House efetuaram um estudo onde demonstraram que quando os trabalhadores percecionam instabilidade laboral têm uma maior probabilidade de desenvolver sintomas de ansiedade. Segundo Teodoro (2010) as pessoas com tendências auto depreciativas, muito exigentes consigo mesmas, com pensamentos pessimistas, inseguras e ansiosas têm maior probabilidade de desenvolver depressão quando desempregadas. Henriques (1997) ao comparar uma amostra de 150 desempregados de meia-idade, com um conjunto homólogo de indivíduos empregados, comprovou a existência de um largo espectro de psicopatologia (entre as quais perturbações do tipo ansioso e depressivo), nos indivíduos desempregados.

2.5. Desesperança

2.5.1. Breve História

Inicialmente o modelo cognitivo da depressão, tal como foi desenvolvido por Beck (Beck, 1967; 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), postula três conceitos específicos para explicar o funcionamento psicológico na depressão: tríade cognitiva; esquemas; e erros ou distorções cognitivas. O conceito de tríade cognitiva (Beck, 1967) pretende demonstrar o modo como estes conteúdos da consciência se podem observar na visão negativa que o deprimido exhibe acerca de si próprio, do mundo e do futuro, ou seja, esta tríade cognitiva representa um estilo cognitivo de pontos de vista e expectativas negativas e irrealistas em relação a si, às suas experiências e ao futuro.

Foi com esta alusão às expectativas negativas face ao futuro que Beck começou a referir-se à desesperança. A desesperança poderia estar relacionada com as expectativas negativas e com o sentimento de fracasso e derrota em relação a si próprio, face à vida futura (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). Seguindo esta definição Beck passou a desenvolver uma escala de desesperança, onde os três fatores para a validação desta escala foram: sentimentos sobre o futuro, perda de motivação e expectativas de futuro. Estes três fatores eram vistos como uma representação afetiva, comportamental e cognitiva da desesperança, contudo foram efetuados inúmeros estudos para testar estas teorias. Beck defende que a desesperança é uma característica fundamental da depressão e serve de ligação entre a depressão e o suicídio.

Abramson, Metalsky e Alloy (1989) têm uma perspectiva ligeiramente diferente da teoria de Beck sobre a desesperança, onde atribuem um papel mais significativo à desesperança. Para estes autores a desesperança não é apenas um sintoma da depressão mas a causa de um subtipo de depressão, que foi denominado como “depressão desesperançada.

Stotland formulou algumas hipóteses, que focalizam a desesperança como elemento chave do comportamento suicida, passando a ser teoricamente considerada como um elo básico entre depressão e suicídio. Contudo a definição de desesperança não pressupunha a existência de um continuum entre desesperança e esperança, nem hipóteses sobre traço ou estado.

A desesperança como constructo foi introduzida na literatura psicanalítica na década de 70, relacionada primariamente com a depressão. Desde então foi citada, por vezes, como um traço que se associaria com vulnerabilidade a certas perturbações mentais. Com a formulação teórica de constructo desesperança e suas consequências para a questão da ideação suicida e risco de suicídio começou-se a delinear, nos anos seguintes, trabalhos de pesquisa aos pressupostos teóricos (Cunha, 1996). A desesperança tornara-se um elemento chave da depressão, bem como um contribuinte para o suicídio (Beck, 1963), esquizofrenia (Laing & Esterson, 1965), alcoolismo (Smart, 1968), sociopatia (Melges & Bowlby, 1969) e doença física (Schmale, 1958).

2.5.2. Conceito

De acordo com os autores Beck, Rush, Shaw e Emery (1979) a desesperança caracteriza-se por pensamentos auto-derrotistas e uma visão pessimista e negativa face ao futuro, está também relacionada com o sentimento de fracasso e fortemente relacionada com a depressão.

Stotland (1969) definiu a desesperança como um sistema de esquemas cognitivos onde as expectativas negativas acerca do futuro são o denominador. Para Stotland, um sujeito que não tem esperança no futuro, acredita que nada lhe irá correr bem, que nunca terá sucesso em nada que faça, que não conseguirá alcançar os seus objectivos e que o seu problema mais significativo nunca será resolvido.

O conceito de desesperança, subentendendo um conjunto de expectativas negativas face ao futuro, foi o pano de fundo sobre o qual se delineou uma serie de pesquisas que marcaram os anos 80 e parte dos anos 90. Segundo autores mais atuais, desesperança engloba uma cadeia de causas próximas e distais de depressão,

culminando em uma causa próxima que corresponde à expectativa sobre ocorrência de resultados, ante os quais o indivíduo se sente desamparado e certo de que nada pode fazer.

2.5.3. Desesperança e a temática do Desemprego

Na revisão da literatura sobre a desesperança verificou-se que os adultos desocupados, desempregados, apresentam sentimentos de desesperança. Diversos estudos mostram que a desesperança e o desemprego têm uma relação muito próxima.

Feather e Barber (1983) realizaram um estudo onde os resultados evidenciam que a frustração na expectativa da procura de emprego está associada a um quadro depressivo minor ou ligeiro, contudo a desesperança está relacionada com um sofrimento emocional mais grave. O sentimento de desesperança na procura de trabalho está aglutinado à crítica e à atribuição de culpa a si próprio. O elevado nível de desesperança, raiva e alienação estão associados às elevadas taxas de desemprego e à falta de desenvolvimento económico na comunidade (Gibbs e Bankhead, 2000).

Malik e Khan, (2014) no estudo, sobre desesperança como preditor da saúde geral em adultos desempregados com formação, utilizaram uma amostra de 300 sujeitos, adultos, com formação em diversas áreas, desempregados. Os resultados demonstram que não há diferenças significativas entre a desesperança e a saúde geral nos adultos desempregados com formação, e que a desesperança afeta a saúde dos indivíduos e é um preditor significativo de saúde geral entre os adultos desempregados formados.

III – AUTO-ESTIMA, SATISFAÇÃO COM A VIDA E SUPORTE SOCIAL

3.1. Auto-estima

3.1.1. Breve História

A auto-estima não tem origens históricas claras ou óbvias. Nenhum grande teórico da psicologia fez dele o seu ponto fulcral, embora muitos psicólogos tenham enfatizado o “eu” (*self*) de diversas maneiras, focalizando a auto-realização ou a concretização do próprio potencial.

De acordo com os autores Gobbata e Guzzo, até ao início do século XX, o conceito de auto-estima parecia não ter sido debatido com profundidade, contudo fora estudada por diversos autores e diferentes correntes da psicologia, tais como George Herbert Mead, William James, Alfred Adler, e Gordon Allport, Carl Roger, Morris Rosenberg, Abraham Maslow ou Susan Harter.

William James (1890) defendia que a auto-estima englobava todos os atributos da pessoa, ou seja, o corpo, as habilidades sociais, a família, os bens, etc. Sendo que, se algum destes atributos fosse diminuído, consequentemente, a pessoa sentir-se-ia diminuída. O autor definiu a auto-estima como a razão entre o sucesso e as aspirações pessoais, enfatizando a forma de gerar auto-estima através do aumento do numerador – sucessos – ou o diminuir do denominador – as pretensões que aspiramos.

Rollo May (1953) e Carl Rogers (1961) defendem que o ambiente social é fundamental na origem da auto-estima, pessoas com uma abundância de aprovação e carinho no seu ambiente social, particularmente a partir de outros significativos, são mais propensas a desenvolver elevados níveis de auto-estima, do que aqueles que são provenientes de um ambiente social desfavorecido. Contudo, não se pode considerar apenas os factores psicológicos externos ao indivíduo (aprendizagem social e compensações ambientais), para compreender as origens da autoestima (Allport, 1937; Hamachek, 1978; James, 1918).

Abraham Maslow, incluiu a auto-estima na sua pirâmide de necessidades, para este autor a auto-estima era descrita como o bom sentimento de si próprio, que se divide em auto-estima e hetero-estima. A auto-estima deriva da capacidade e da competência de “se ser a pessoa que se é” gostar de si, acreditar em si e valorizar-se. Já a hetero-estima é o reconhecimento e a atenção que se recebe das outras pessoas.

Harter (1999) refere-se à auto-estima como um constructo dotado de carácter avaliativo, descritivo e susceptível de desenvolvimento. Rosenberg (1989) fundamenta que o julgamento pessoal é formado desde a infância.

3.1.2. Conceito

Algumas teorias apontam para auto-estima como sendo um traço, característica permanente, (relativamente) estável da personalidade do indivíduo. Dentro desta perspetiva, a auto-estima pode ser considerada como estável, pois é construída vagarosamente ao longo do tempo, através de experiências pessoais bem-sucedidas, sendo valorizada continuamente por pessoas significantes.

Outras teorias apontam para uma classificação variável, ou como uma condição psicológica temporária, isto é um estado de auto-estima, com a afirmação de que a auto-estima pode ser momentaneamente manipulada ou afetada. Entretanto, uma visão subsequente sustenta que a auto-estima pode ser considerada tanto como um estado quanto como um traço (Heatherton & Wyland, 2003).

A auto-estima pode ser específica de uma dimensão particular, unidimensional (por exemplo, “acredito que sou um bom cantor e estou muito feliz e orgulhoso com isso) ou pode traduzir-se no resultado da avaliação global que o sujeito faz das suas qualidades (Peixoto & Almeida, 1999).

Diversos autores como Leary e colaboradores (1995), Harter (1998) e Peixoto & Almeida (1999) afirmam que a auto-estima é, fundamentalmente, baseada em processos afectivos, nomeadamente os sentimentos positivos e negativos que a pessoa possui sobre si própria. Harter (1998), efectuou estudos para suportar esta ideia, da componente fundamentalmente afetiva da auto-estima, onde os resultados da correlação entre auto-estima e os afetos (ou o humor) variam entre .60 e .80.

Existem várias definições propostas para a auto-estima, Rosenberg (1965) define auto-estima como uma atitude positiva ou negativa relativamente a um objeto particular, a saber o *self*.

Burns (1990) descreve este conceito como o conjunto de atitudes do indivíduo para consigo próprio. As atitudes a que, globalmente, se denomina de auto-estima são determinadas pelas percepções, pensamentos, avaliações, sentimentos e tendências comportamentais dirigidos para nós mesmos, para a nossa maneira de ser e de nos comportarmos, para as características do nosso corpo e do nosso carácter. Afirma ainda que a auto-estima ou auto-avaliação é o processo em que cada indivíduo examina a sua performance, capacidades e atributos de acordo com os seus padrões e valores pessoais, que têm sido interiorizados pela sociedade e outros significativos, desenvolvendo assim um sentimento de estima positiva ou negativa para connosco, uma auto-estima, positiva ou negativa.

James (1989) refere-se à auto-estima como o resultado da divisão dos êxitos conseguidos pelas ambições iniciais do sujeito, ou seja, os sujeitos que apresentam uma auto-estima elevada são aqueles que experienciam elevados sentimentos de sucesso em domínios onde as suas ambições são elevadas. Se o sujeito não atribuir importância a um determinado domínio, os sentimentos de incompetência não lhe afetam a auto-estima.

Harter (1999) refere-se à auto-estima como um constructo dotado de carácter avaliativo, descritivo e suscetível de desenvolvimento.

Branden (2000) associa a auto-estima a dois conceitos fundamentais:

1. O sentimento de competência pessoal – que engloba a auto-confiança; capacidade de pensar e confiança no direito de vencer e ser feliz; sentimento de adequação à vida e depende da avaliação das experiências de sucessos e fracassos; aspirações e exigências que a pessoa se coloca para determinar o que é sucesso; a forma de reagir às críticas e às rejeições

2. O Sentimento de valor pessoal – refere-se ao auto-respeito; autorização interna para defender seus interesses e suas necessidades; sensação de ter valor e ser capaz de alcançar metas; o valor percebido dos outros em direção a si mesmo expresso em afeto, elogios e atenção.

A auto-estima é vista como um indicador crítico da adaptação da vida bem como do bem-estar emocional. Desempenha um papel importante nos estados emocionais e no sistema de atribuições, podendo o indivíduo, independentemente dos resultados obtidos numa dada tarefa, atribuir-se a si ou a outros, a responsabilidade nesses resultados (Simões, 2001).

3.1.3. Auto-estima e a temática do Desemprego

Feather em 1982 realizou um estudo onde comparava sujeitos (de ambos os sexos) desempregados e empregados, relacionando diversas variáveis, entre as quais sintomas depressivos e auto-estima. Os indivíduos desempregados (de ambos os sexos) apresentaram valores elevados nos sintomas depressivos e baixos níveis de auto-estima.

Tiggemann e Winefield (1984) desenvolveram um estudo cujo objetivo era estudar alguns efeitos psicológicos em sujeitos que tinham abandonado a escola, empregados e desempregados, e concluíram que as mulheres desempregadas apresentavam uma baixa auto-estima.

Melo (2005) comenta que entre os efeitos psicológicos identificados como ligados ao desemprego, incluem-se resignação, auto-estima negativa, desespero, vergonha, apatia, depressão, desesperança, sensação de futilidade, perda de objetivo, passividade, letargia e indiferença. Globalmente, os estudos têm mostrado que o indivíduo desempregado tende a experienciar uma baixa auto-estima.

3.2. Satisfação com a vida

3.2.1. Breve História

Durante um longo período, a psicologia focou a sua atenção em problemas como depressão, ansiedade e outros distúrbios (Diener e Biswas, 2000). Em oposição à psicologia tradicional focada nas emoções negativas, um grande número de investigadores começou a focar os seus esforços no espectro de emoções positivas (Pavot & Diener, 2008). No começo do século XX, Terman e Watson realizaram estudos empíricos, enquanto Maslow e Rogers dedicavam-se a estudos teóricos sobre esta temática mais positiva da psicologia, estes estudos abriram portas para a retoma de temas que, por muito tempo, foram esquecidos e negligenciados. Foi assim que a Psicologia Positiva foi emergindo e adquirindo um importante espaço na Psicologia.

O bem-estar subjectivo é um dos temas estudados sob essa nova visão da Psicologia (Noriega, Albuquerque, Alvarez e Braga, 2003). Resumidamente, o bem-estar subjectivo procura a compreensão da avaliação que as pessoas fazem das suas próprias vidas e pode ser definido como multifacetado, tendo uma componente afetiva e outra cognitiva (Diener, *et al*, 1999). O componente afetivo envolve aspetos emocionais ou sentimentos, que podem ser de tanto positivos como negativos. O componente cognitivo refere-se a aspetos racionais ou intelectuais acerca da satisfação com a vida que o indivíduo experiencia (Diener *et al* 1999), esta dimensão pode corresponder tanto a um julgamento cognitivo de algum domínio específico da vida da pessoa, quanto a um processo de juízo e avaliação geral da própria vida.

3.2.2. Conceito

Como já foi referido, a satisfação com a vida, é uma temática recente na Psicologia, a sua aceção não é de consenso geral, autores como Shin e Johnson (1978) definem satisfação com a vida como a avaliação global, do indivíduo, da sua qualidade de vida, considerando critérios escolhidos por si. Assim, elementos relevantes, como ter saúde e boas relações pessoais, podem obter pesos diferentes consoante o indivíduo

(Pavot & Diener, 1993). Outros autores, como Palys & Little (1983) classificam a satisfação com a vida como sendo uma das dimensões da qualidade de vida.

Em 1984 Diener definiu satisfação com a vida como sendo uma avaliação geral de sentimentos e atitudes sobre a vida, num ponto específico no tempo, variando de negativo para positivo. É, ainda, em conjunto com o afecto positivo e o afecto negativo, um dos três principais indicadores de bem-estar. Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) afirmaram que a satisfação com a vida é distinta da felicidade e do afecto positivo, pois felicidade pertence à componente afectiva e satisfação à componente cognitiva, contudo na literatura também verificamos que alguns autores entendem a satisfação com a vida como um indicador global da qualidade de vida e de boa saúde mental, considerando-a um sinónimo de bem-estar subjectivo, qualidade de vida e felicidade.

3.2.3. Satisfação com a vida e a temática do Desemprego

No bem-estar subjectivo os pesquisadores examinam as causas e correlações de satisfação com a vida, afecto positivo e afecto negativo (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). De acordo com as teorias de bem-estar subjectivo, as pessoas reagem aos eventos, mas, em seguida e com o passar do tempo, retomam aos níveis iniciais de felicidade e satisfação.

Diener e colaboradores realizaram um estudo longitudinal de 15 anos onde pretendiam examinar a reação e adaptação ao desemprego. Observaram que primeiramente as pessoas reagem fortemente ao desemprego mas em seguida, a tendência é voltar aos níveis iniciais de satisfação com a vida, contudo, em média, os indivíduos não retomam por completo os seus antigos níveis de satisfação com a vida, mesmo depois de reempregarem. As descobertas sugerem que até mesmo um curto período desempregado pode causar uma alteração a longo prazo numa pessoa. Esta investigação demonstrou, no entanto, que existem diferenças individuais consideráveis de reação e adaptação ao desemprego. Embora tenha havido uma grande estabilidade na satisfação com a vida ao longo dos anos, o desemprego influenciou os níveis a longo prazo, o que sugere que, além de personalidade, a longo prazo, também o bem-estar subjectivo pode também ser influenciada por circunstâncias da vida. Os resultados sugerem que a experiência de desemprego pode cicatrizar as pessoas, de alguma forma estas ficam menos satisfeitas com a vida. (Clark, Georgellis, Lucas & Diener, 2002)

Há uma grande estabilidade na satisfação com a vida na idade adulta, mas eventos como o desemprego ou a viuvez podem alterar a longo prazo o nível das

peessoas. É importante notar, que um evento como o desemprego não tem o mesmo significado ou influência sobre todos - existem diferenças individuais claras em reações a esses eventos, como foi observado noutros contextos de perda (Lehman, Lang, Wortman, e Sorenson, 1989)

3.3. Suporte Social

3.3.1. Breve História

Sempre ouvimos dizer que o homem é um ser relacional, faz parte da natureza humana a criação de vínculos com os seus semelhantes. Desde sempre o homem se organizou socialmente, estabelecendo relações interpessoais, através da constituição de família, grupos ou comunidades. O primeiro contacto que temos, a rede social básica, é a família. Segue-se então os parentes, vizinhos, colegas de escola ou de trabalho, etc. As relações preenchem as nossas necessidades de afeto, de inclusão, de valorização, de compreensão, de amar e ser amado, de brincar e de partilhar.

Por volta da década de 70 (século XX), Caplan introduziu o termo sistemas de suporte. Para este autor estes sistemas de suporte, incluem padrões constantes de vínculos que contribuem de maneira expressiva para a manutenção da integridade física e psicológica do sujeito. Abrangem não só o núcleo familiar e de amigos mas também os serviços informais baseados na vizinhança, a ajuda proporcionada pelos prestadores de serviços comunitários como os Centros Paroquiais, os Clubes, as Associações de Voluntários e outros (Ornelas, 1994).

Com a abordagem desta temática, diversos autores tais como Weiss (1974), Caplan (1976), Cobb (1976), House (1981), Sarason (1983) entre outros, inquietaram-se com o conceito suporte social, iniciando vários estudos nesta área.

O suporte social apresenta uma panóplia de definições que se complementam, apesar das diferenças os autores parecem concordar em alguns aspetos fundamentais, tais como a existência de interações sociais e o objetivo de promover bem-estar como fruto delas. De uma forma geral, podemos assumir o suporte social como sendo um conjunto de benefícios afetivos, comportamentais e de conhecimento, provenientes da qualidade e quantidade dos relacionamentos interpessoais que o indivíduo estabelece na sua rede social. Os relacionamentos e interações interpessoais (na família, nas relações amorosas, com os amigos) constituem, por excelência, as fontes de suporte social.

3.3.2. Conceito

O conceito de suporte social é amplo e abrangente, pode ser definido, analisado, considerado consoante as quantidades de relações sociais; as fontes principais do suporte social (formal ou informal); o conteúdo (estrutural ou funcional) das relações.

De acordo com Cobb (1976), o suporte social é o conjunto de informações que o sujeito tem e que o faz acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas (rede social) onde as pessoas se preocupam consigo, é amado, valorizado e apreciado. Para este autor são privilegiadas as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca entre as pessoas. Cobb realça três componentes fundamentais no suporte social: o emocional (sentimento de ser amado, cuidado e protegido); o valorativo (sentimento de auto-estima e valorização pessoal, consideração e respeito); o comunicacional (sentimento de pertença a uma rede de obrigações mútuas, onde todos partilham e têm acesso à informação). O resultado é um sentimento de apoio e coesão que faz com que o individuo possua recursos para enfrentar a realidade, agindo como fator moderador de stress.

House (1981) definiu o suporte social como uma transação interpessoal que envolve um ou mais dos seguintes aspetos: apoio emocional, ajuda instrumental, informação acerca do meio e feedback acerca de si.

Para Sarason e colaboradores (1983) o suporte social é a crença pessoal de que é possível adquirir empatia ou ajuda quando necessitamos. É a crença pessoal de que existem pessoas que se preocupam connosco, em quem podemos confiar, que nos valorizam e que gostam de nós. Outro aspeto que se deve ter em consideração, quando se fala em suporte social, é o grau de satisfação individual (parcial ou total) com o suporte percebido. Para estes autores a percepção do suporte social é um conjunto de expectativas de que o suporte existirá, caso seja necessário. De acordo com a revisão da literatura, Sarason e seus colaboradores, concluíram que o conceito de percepção de suporte social é constituído por duas componentes: a avaliação da percepção da disponibilidade (mais relacionada com as aptidões sociais e circunstâncias de vida) e da percepção da satisfação com o suporte social (mais associada às características da personalidade, como o nível de neuroticismo e extroversão). Podemos então concluir que o grau de satisfação em relação ao suporte disponível em conjunto com a percepção de que existe um número de pessoas disponíveis a quem se pode recorrer em caso de

necessidade são aspetos fundamentais para a conceptualização da percepção do suporte social.

De acordo com Brock e seus colaboradores (1998) o aspecto comunicacional também é relevante e de extrema importância na apreciação das relações interpessoais e, consequentemente, na percepção do suporte social. Estudos recentes têm focado a compreensão da percepção do suporte social como factor preditivo da saúde (Sarason et al., 1990) e da adaptação individual (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000).

3.3.3. Suporte Social e a temática do Desemprego

Segundo Cobb (1976) o suporte social emerge como elemento comum em fatores psicológicos, relacionados com a saúde e a doença, como por exemplo: ruturas domésticas, perda de emprego, luto, isolamento, etc. O desemprego constitui um evento de vida stressante, onde é relevante constatar o papel do suporte social no confronto do mesmo.

Diversos autores defendem o suporte social como sendo um importante moderador em eventos de vida causadores de sofrimento ou stress. Slabarska, Moser & Gunnesch-Luca (2009) em estudos realizados sobre a pertinência do suporte social durante o desemprego, concluíram que o suporte social funciona como uma variável: de recurso no combate contra a insegurança sobre si próprio nessa fase; moderadora dos efeitos negativos do desemprego, incluindo o seu possível impacto na saúde mental; facilitadora de medidas de enfrentamento da situação, como a procura de trabalho.

Um estudo efetuado em 1986 por Atkinson e seus colaboradores, intitulado “Os custos sociais do desemprego: Implicações no suporte social”, onde o suporte social foi avaliado em três formas diferentes: apoio conjugal e familiar; ajuda fora da família; o número e frequência dos contactos com os membros da rede social. O estudo revelou que o desemprego apresenta um efeito negativo no apoio conjugal e familiar, em parte, por consequência do seu efeito no bem-estar psicológico de quem está desempregado.

Como já foi referido anteriormente, a temática do desemprego é bastante atual, contudo as investigações efetuadas nesta área, não abordam tanto os fatores psicológicos, dando mais ênfase ao impacto social e económico deste fenómeno, motivo que nos levou a reconhecer esta temática interessante. Notamos que seria importante não nos debruçarmos apenas nas emoções negativas (ansiedade e depressão,

desesperança), realçando também aspectos mais positivas, nomeadamente a satisfação com a vida, o suporte social e auto-estima.

Na revisão da literatura não encontramos nenhum estudo efetuado, que analize em conjunto a temática do desemprego e as variáveis em estudo, contudo como já referimos anteriormente, analisamos vários estudos que relacionam independentemente as variáveis à temática do desemprego. Estudos efectuados por Warr, Jackson & Banks (1988) afirmam que o indivíduo desempregado tende a experienciar níveis mais elevados de ansiedade, assim como, de acordo com Oliveira et al (2006) os resultados evidenciam relação estatisticamente significativa entre ansiedade, depressão e desesperança. De acordo com a literatura, os níveis de auto-estima variam mais ou menos elevados consoante a durabilidade da ausência de emprego. Estudos comprovam que o suporte social tem uma forte relação com a Satisfação com a vida, concluindo que sujeitos com melhor percepção de suporte social apresentam uma avaliação global mais positiva sobre a vida.

IV – MÉTODO

4.1. Objetivo do Estudo e Hipóteses

A presente investigação foi concretizada tendo como objectivo geral compreender as consequências psicológicas do desemprego atendendo às seguintes variáveis: Ansiedade e Depressão, Desesperança, Auto-estima, Satisfação com a Vida e Suporte Social. Foi nossa intenção tentar perceber qual o impacto da durabilidade do desemprego a nível psicológico, analisar a influência de algumas características sócio-demográficas nas variáveis em estudo e por fim, compreender qual a relação entre as variáveis, neste contexto de falta de emprego.

Assim sendo foram colocadas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Existem diferenças significativas nas variáveis em estudo (Desesperança, Ansiedade, Depressão, Satisfação com a Vida, Auto-Estima e Suporte Social) em função do tempo de desemprego.

Hipótese 2: O nível de escolaridade obtido provoca diferenças nas variáveis em estudo (Desesperança, Ansiedade, Depressão, Satisfação com a Vida, Auto-Estima e Suporte Social).

Hipótese 3: O local de residência provoca diferenças nas variáveis em estudo (Desesperança, Ansiedade, Depressão, Satisfação com a Vida, Auto-Estima e Suporte Social).

Hipótese 4: O estado civil provoca diferenças nas variáveis em estudo (Desesperança, Ansiedade, Depressão, Satisfação com a Vida, Auto-Estima e Suporte Social).

Hipótese 5: A Satisfação com a Vida apresenta uma relação significativa com o Suporte Social.

4.2. Amostra

A amostra foi constituída por 263 indivíduos desempregados de ambos os sexos, sendo 19% do sexo masculino e 81% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 58 anos, ($M=32,43$; $DP=9,56$).

A maioria dos participantes vive em meio Urbano (70%). Relativamente ao Nível de Escolaridade, 47,5% possuem uma licenciatura e um número aproximado tem o Ensino Secundário ou Inferior (44,5%), (ver Tabela 1). Quanto ao estado civil, a maior parte dos sujeitos é solteiro/a (58,2%) O tempo médio de desemprego é de 15,61

meses (DP=18,39) e o número médio de empregos anteriores situou-se nos 3,44 (DP=2,68).

Tabela 1-Características Demográficas da Amostra (N = 263)

	N	%
Sexo		
Masculino	50	19,0
Feminino	213	81,0
Residência		
Meio Urbano	184	70,0
Meio Suburbano	25	9,5
Meio Rural	54	20,5
Estado Civil		
Solteiro	153	58,2
Casado/União de Facto	83	31,6
Separados/Divorciados	27	10,3
Nível Escolaridade		
Secundário ou Inferior	117	44,5
Licenciatura	125	47,5
Mestrado ou Superior	21	8,0

4.3. Instrumentos

Questionário Sociodemográfico - Foi elaborado um questionário no qual foram incluídos dados sociodemográficos com variáveis de caracterização pessoal, nomeadamente sexo, idade, nível de escolaridade, área de residência e estado civil e número de filhos. Foi igualmente inquirido há quanto tempo se encontravam desempregados, qual o número de empregos anteriores e se tinham mais algum familiar próximo em situação de desemprego.

Ansiedade e Depressão. Avaliadas através da versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2007) da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond & Snaith 1983).

A HADS foi desenvolvida em 1983 por Zigmond e Snaith com o objectivo de ajudar, em contexto clínico, no reconhecimento de componentes emocionais associados à doença física, mais especificamente, para identificar sintomatologia depressiva e ansiosa. “Como os sintomas de ansiedade e depressão podem ser resultado dos problemas físicos ou conduzir aos mesmos problemas, os itens foram construídos para que não constituíssem manifestações de problemas físicos” (Snaith, 2003). Segundo os autores esta escala demonstrou ser útil na avaliação de alterações nos estados emocionais dos pacientes (Pais Ribeiro). Apesar do termo “Hospital” no título, trabalhos posteriores demonstraram que a escala é válida, não só neste contexto, mas também em contexto de cuidados primários e comunitários, assim como também é útil em contexto de trabalho psicológico (tanto a nível psiquiátrico como clínico).

A HADS é uma escala de autopreenchimento com 14 itens, divididos em duas subescalas: 7 itens para avaliar depressão, (por ex: *Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico*) e 7 itens para avaliar ansiedade, (por ex: *De repente, tenho sensações de pânico*). Esta escala foi desenhada para a avaliação dos sintomas nos últimos 7 dias. As subescalas são cotadas separadamente. A pontuação de cada resposta varia entre 0 e 3, sendo que, quanto maior o resultado, maior a morbilidade psicológica. A pontuação total de cada subescala varia entre 0 e 21, onde resultados entre 0 e 7 correspondem a ausência de sintomatologia (é considerado “normal”); resultados entre 8 e 10 traduzem uma sintomatologia leve, resultados entre 11 e 14 significam que há uma sintomatologia moderada, e resultados entre 15 e 21 sugerem a existência de uma sintomatologia severa. Segundo Snaith (2003) uma pontuação superior ou igual a 11 indica, provavelmente, a presença de uma perturbação de humor, e uma pontuação entre 8 e 10 é, apenas, sugestiva da presença do respectivo estado.

Na versão original de Zigmond e Snaith, a consistência interna revelou-se aceitável, com valores dos alfas de Cronbach de .76 para a ansiedade e .72 para a depressão. Na versão portuguesa, de Pais Ribeiro e colaboradores (2007), relativamente à consistência interna, para a subescala da ansiedade o alfa foi de (.76) e para a subescala da depressão foi de (.81), o que revelou uma consistência interna aceitável.

Desesperança. Avaliada através da Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck, 1974). Este instrumento foi criado por Beck e colaboradores em 1974 para operacionalizar o componente “desesperança” do modelo cognitivo de Beck sobre a depressão. Este instrumento mede a dimensão do pessimismo ou “a extensão das

atitudes negativas face a si próprio e ao futuro”. A BHS aproxima-se da concepção de Stotland (1969) de desesperança como um sistema de esquemas cognitivos, nos quais o denominador comum é a expectativa negativa relativamente ao futuro, a curto prazo (Beck et al., 1988 cit. Por Soeiro, 1998).

Este instrumento é de fácil e rápida administração (demora cerca de 5 a 10 minutos e é de autopreenchimento). A BHS é composta por 20 itens com afirmações que envolvem cognições sobre a desesperança, (por ex: *Eu antevejo o futuro com esperança e entusiasmo* ou *Não consigo imaginar como será a minha vida daqui a 10 anos*). As opções de resposta são “verdadeiro/falso”, e das 20 afirmações, 11 são verdadeiras e 9 são falsas, para indicarem um aval de pessimismo sobre o futuro.

Cada afirmação é pontuada com 0 ou 1, e a pontuação total é obtida com a soma dos 20 itens, podendo assim variar entre 0 e 20, sendo que valores mais altos indicam uma maior desesperança. Resultados entre 0 e 3 estão dentro do nível normal ou assintomático, de 4 a 8 é leve, de 9 a 14 a desesperança é moderada e mais de 15 é considerado um pessimismo severo (Beck et al, cit. por Soeiro, 1998)

A BHS foi testada em amostras clínicas e na população geral, demonstrando dados satisfatórios de fidedignidade e validade (Cunha 2001). Ao nível da consistência interna, o nível de fidelidade Kuder-Richardson (KR-20) foi de (.92), (.93), (.91), (.82), (.92), (.92) para sujeitos com ideação suicida, com tentativa de suicídio, alcoólicos, dependentes de heroína, com um único episódio de Depressão Major, com episódios recorrentes de Depressão Major e Distúrbios Distímicos, respectivamente. A correlação teste-reteste com intervalo de 6 semanas entre as aplicações foi de .66 ($p < .001$). Estes resultados indicam que a BHS mantém uma alta consistência interna e uma boa estabilidade temporal.

Auto-Estima. Avaliada através da Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1989). Desenvolvida por Rosenberg para avaliar a auto-estima global, mais especificamente, o valor pessoal, a autoconfiança, a auto-depreciação, a auto-satisfação e o respeito por si próprio. O autor considera a auto-estima um componente do autoconceito e define-a como uma atitude positiva ou negativa relativamente a um objecto particular, a saber, o *self* (Rosenberg, 1965). Esta escala é uma das medidas mais utilizadas para a avaliação da auto-estima global, a nível mundial, devido à simplicidade da linguagem utilizada, ao reduzido número de itens e à facilidade e brevidade de aplicação e cotação.

A RSES é uma escala unidimensional, constituída por 10 itens, 5 formulados de forma positiva (por ex: *Sinto que tenho um bom número de qualidades*) e 5 formulados de forma negativa (por ex: *Sinto que não tenho muito de que me orgulhar*). Os itens são cotados numa escala de Likert de 4 pontos, e as opções de resposta variam entre o “Concordo fortemente” e o “Discordo fortemente”. A pontuação total varia entre 10 e 40, com valores mais elevados a significarem uma maior auto-estima.

Na versão original, esta escala apresenta propriedades psicométricas aceitáveis, revelando uma forte consistência interna com o alfa de Cronbach (.84), e bons níveis de estabilidade temporal (Blascovich & Tomaka, 1991). Diversos estudos evidenciam correlações significativas com outros instrumentos e metodologias de avaliação da auto-estima e com um conjunto de variáveis de natureza psicológica como a depressão (Fleming & Courtney, 1984), a satisfação com a vida (Diener & Diener, 1995; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) ou a percepção de apoio social (Prezza et al., 1997), comprovando, desta forma, a validade da escala (Santos e Maia, 2003).

Satisfação com a Vida. Avaliada através da versão portuguesa (Simões 1992) da Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener et al 1985). Esta escala foi desenvolvida por Diener e colaboradores com o objectivo de avaliar o bem-estar subjectivo, ou seja, a maneira positiva ou negativa como as pessoas experienciam a vida (Simões, 1992). Uma das vantagens desta escala é a brevidade, quando não se pretende avaliar a satisfação numa área específica da vida. Outra é a possibilidade de esta escala poder ser aplicada a diferentes grupos etários e culturais, possibilitando a comparação (Simões, 1992).

É uma escala unidimensional constituída por 5 itens (por exemplo: *A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse* ou *Estou satisfeito/a com a minha vida*) e surge com o intuito de avaliar apreciações cognitivas globais dos sujeitos acerca da sua própria vida. Na versão reduzida de Simões (1992), os itens são cotados numa escala de Likert de 5 pontos, que varia entre (1) “discordo muito” e (5) “concordo muito”, oscilando a pontuação final entre 5 e 25 pontos. Pontuações mais baixas correspondem a uma menor satisfação com a vida enquanto pontuações mais elevadas são indicativas de uma maior satisfação com a vida.

Na versão original, a consistência interna apresenta um alfa de Cronbach de (.87), valor bastante aceitável, uma vez que esta escala é constituída por apenas 5 itens. Na versão portuguesa, de Simões (1992), a SWLS revela propriedades psicométricas

adequadas, apresentando uma boa consistência interna, (alfa de Cronbach = .77). Também demonstrou uma boa validade preditiva, correlacionando-se positivamente com tarefa de recordação diferencial, baseando-se no pressuposto de que os indivíduos com maior satisfação com a vida tenderão a recordar mais eventos positivos que negativos (Simões, 1992).

Suporte Social. Avaliado pela versão portuguesa (Pinheiro & Ferreira, 2002) da Social Support Questionnaire – Short Form (SSQ6; Sarason et al. 1987). Este instrumento foi desenvolvido por Sarason e colaboradores em 1987 com o objectivo de avaliar dois elementos básicos da percepção do suporte social: o número/disponibilidade e a satisfação. Esta concepção bidimensional da percepção do suporte social é uma das grandes vantagens deste instrumento. A possibilidade de poder identificar a composição da rede social percebida como disponível pelos indivíduos, é apontada como outra vantagem do SSQ6. Este instrumento abreviado deriva do *Social Support Questionnaire* (SSQ) de 27 itens (Sarason et al. 1983).

O SSQ6, é constituído por 6 itens (por ex: *Com quem pode realmente contar quando precisa de ajuda?* ou *Com quem é que pode realmente contar para se preocupar contigo, independente da situação?*). Cada item está dividido em duas partes, que promovem resultados parciais: a primeira parte mede a percepção do número de pessoas que cada sujeito percebe como estando disponíveis para o apoiarem e ajudarem numa determinada situação (SSQ6N), com opções de resposta que variam entre “Ninguém (0)” e “Todos (9)”, passando por “Mãe (1)”, Irmãos (4)”, “Amigos (6)”, etc. O grau de satisfação com a globalidade do suporte percebido (SSQ6S), nessa mesma situação, é avaliado na segunda parte de cada item, utilizando uma escala de Likert de 6 pontos, que varia do “Muito Insatisfeito (1)” a “Muito Satisfeito (6)”. Cada um destes resultados parciais é obtido dividindo a soma das pontuações nos itens por seis, obtendo-se assim um valor médio que os autores designam por índice numérico (SSQ6N) e índice de satisfação (SSQ6S) (Saranson et. al., 1987; Pinheiro & Ferreira, 2002; Pinheiro, 2003). Valores mais elevados indicam uma maior satisfação com o suporte social.

A versão original do SSQ6, de Sarason, demonstrou ser um instrumento bastante estável e com elevada consistência interna, com um valor do alfa de Cronbach em ambas as dimensões superior a .90 - na subescala Satisfação (SSQ6S) é de (.94) e na subescala Número (SSQ6N) é de (.97). Os valores para o teste-reteste foram de (.90)

SSQ6N e (.83) SSQ6S. Do ponto de vista psicométrico, “podemos concluir que o SSQ6 é um instrumento satisfatório, que se apresenta como uma boa alternativa à forma longa do SSQ, e que pela sua natureza e conteúdos reflecte, de uma maneira geral, os aspectos afectivos das relações interpessoais de suporte social” (Pinheiro, 2003, p.277). Na versão Portuguesa do SSQ6 (Pinheiro e Ferreira 2002), os índices de consistência interna são bastante satisfatórios, com o alfa de Cronbach de .90 em ambas as dimensões, Número (SSQ6N) e Satisfação (SSQ6S). Foram encontradas correlações positivas entre as duas dimensões do SSQ6 com variáveis de bem-estar psicológico, em especial com as relações positivas com os outros, o desenvolvimento pessoal e a aceitação de si próprio (Pinheiro & Ferreira, 2001).

4.4. Procedimento

Antes do preenchimento do questionário, os participantes foram informados do objectivo do estudo, sendo referido que a sua participação era voluntária e que em qualquer altura poderiam desistir da participação. Não foi exigido qualquer tempo de resposta no preenchimento dos questionários, foi apenas pedido que respondessem a todas as questões. Foi igualmente garantida a confidencialidade dos dados fornecidos.

O tempo médio de resposta ao protocolo completo situou-se nos 15 minutos.

V – RESULTADOS

5.1. Análise de Resultados

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados de Excel e os procedimentos estatísticos foram efectuados pelo Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows).

Diferença de Médias

Foi efectuado um teste t de Student com objectivo de comparar a média entre os sexos para as variáveis psicológicas.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis em estudo (ver Tabela 2), à excepção de valores marginais para a variável Ansiedade ($t=-1,86$; $p=0,06$), com valores mais elevados para o sexo masculino ($M=10,01$; $DP=4,24$) quando comparados com os valores obtidos para o sexo feminino ($M=8,8$; $DP=3,8$).

Tabela 2-Diferença de médias por sexo para as variáveis estudadas (N = 261)

	Feminino (N=211)		Masculino (N=50)		t	p
	M	DP	M	DP		
Desesperança	10,5	2,1	10,34	1,95	0,59	0,56
Ansiedade	8,8	3,8	10,01	4,24	-1,86	0,06
Depressão	7,8	3,9	8,11	3,89	-0,54	0,59
Satisfação com a Vida	11,9	4,5	12,84	5,03	-1,20	0,23
Auto-Estima	25,1	7,7	23,79	7,48	1,11	0,27
SS_Numero	1,8	0,7	1,87	0,66	-0,67	0,51
SS_Satisfação	4,7	1,3	4,82	1,19	-0,46	0,65

Em seguida, as mesmas variáveis foram comparadas, mas desta vez tomando como factor o tempo de desemprego. Para o efeito, a esta variável foi dicotomizada pela mediana, resultando assim dois grupos, um com menor tempo de desemprego (até 10 meses) e outro, com maior tempo de desemprego (11 ou mais meses). Os resultados obtidos nesta comparação estão representados na Tabela 3.

Podemos constatar que o tempo de desemprego é um factor influente na maioria das dimensões utilizadas. Assim, o grupo com maior tempo de desemprego apresenta valores significativamente superiores de Desesperança ($t=-2,28$; $p=.023$),

Ansiedade ($t=-2,76$; $p=.006$) e Depressão ($t=-2,20$; $p=.029$) relativamente ao grupo que está desempregado há menos tempo.

Tabela 3-Diferença de médias por tempo de desemprego para as variáveis estudadas
(N = 259)

	Menos tempo (N=130)		Mais tempo (N=129)		t	p
	M	DP	M	DP		
Desesperança	10,12	1,89	10,67	2,00	-2,28	,023
Ansiedade	9,04	3,79	10,45	4,42	-2,76	,006
Depressão	7,48	3,75	8,53	3,94	-2,20	,029
Satisfação com a Vida	13,48	4,72	11,80	5,07	2,76	,006
Auto-Estima	24,03	7,44	24,24	7,67	-,22	,824
SS_Numero	1,95	0,63	1,73	0,71	2,63	,009
SS_Satisfação	4,89	1,15	4,70	1,29	1,20	,231

Por outro lado, o grupo com menor tempo de desemprego apresenta significativamente ($t=2,76$; $p=.006$) mais satisfação com a vida ($M=13,48$; $DP=4,72$) do que os desempregados há mais tempo ($M=11,80$; $DP=5,07$). Na Auto-Estima não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos.

Foram em seguida analisadas as diferenças de médias entre as variáveis utilizadas, tomando como factor de comparação outras variáveis demográficas, nomeadamente o nível de escolaridade, estado civil dos participantes e zona de residência. Uma vez que estes factores eram todos constituídos por mais de duas categorias, foram efectuadas Análises de Variância para detectar as possíveis diferenças.

Deste modo, é possível verificar que em função do nível de escolaridade algumas variáveis apresentam diferenças significativas, mais concretamente a Ansiedade, Satisfação com a Vida, Auto-Estima e a componente numérica do Suporte Social (ver Tabela 4). A nível da Ansiedade as diferenças¹ ocorrem entre os participantes com Mestrado ou Superior e os que têm menores habilitações, apresentando os primeiros valores inferiores de Ansiedade. Na Satisfação com a Vida e na Auto-Estima, o perfil das diferenças entre grupos é idêntico, uma vez que em ambos

¹ Foi utilizado o teste de Tukey para os testes *post-hoc* das ANOVAs.

os casos os grupos que se diferenciam significativamente são os que possuem Mestrado ou Superior (mais satisfação com a vida e mais auto-estima) e os que têm Ensino Secundário ou Inferior (valores mais baixos de satisfação com a vida e auto-estima). Por último, o número de pessoas referidas a nível do Suporte Social é significativamente maior no grupo com mais habilitações do que nos outros dois, com menor nível de escolaridade.

Tabela 4-Diferença de médias por nível de escolaridade para as variáveis estudadas
(N = 263)

	Secund. ou Inferior (N=117)		Licenciatura (N=125)		Mestrado ou Sup. (N=21)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Desesperança	10,56	2,02	10,26	2,00	9,95	1,47	1,22	0,30
Ansiedade	10,14 ^a	4,40	9,77 ^a	3,91	7,90 ^b	4,12	2,99	0,04
Depressão	8,51	4,06	7,78	3,63	7,05	4,18	1,86	0,16
Satisfação com a Vida	12,16 ^a	4,96	12,68 ^{a,b}	5,02	14,67 ^b	4,00	2,38	0,04
Auto-Estima	22,99 ^a	7,47	24,42 ^{a,b}	7,63	27,62 ^b	6,20	3,74	0,03
SS_Numero	1,72 ^a	0,69	1,91 ^a	0,65	2,25 ^b	0,57	6,52	0,00
SS_Satisfação	4,69	1,25	4,82	1,22	5,36	0,87	2,69	0,07

Nota: Os índices diferentes referem-se a grupos significativamente diferentes ($p < .05$)

Quando o factor de comparação foi o estado civil, foram observadas diferenças significativas entre os grupos a nível das variáveis Desesperança, Satisfação com a Vida, Auto-Estima e no número de pessoas do Suporte Social (ver Tabela 5).

Os participantes casados/em união de facto apresentam níveis médios mais baixos na variável Desesperança do que os solteiros e os separados/divorciados. Na Auto-Estima as diferenças ocorrem entre os casados/em união de facto (valores mais elevados) e os participantes solteiros (valores mais baixos), enquanto na Satisfação com a Vida essa diferença ocorre relativamente aos separados/divorciados (menor satisfação com a vida) e os casados/em união de facto, que apresentam níveis superiores de satisfação com a vida. Por último, são os indivíduos separados/divorciados quem refere um número significativamente menos de pessoas no suporte social, quando comparados com os restantes grupos.

Tabela 5-Diferença de médias segundo o estado civil para as variáveis estudada
(N= 263)

	Solteiro (N=153)		Casado/UF (N=83)		Sep./Div. (27)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Desesperança	10,54 ^a	1,90	9,44 ^b	2,03	10,78 ^a	2,06	3,13	0,04
Ansiedade	9,43	4,03	10,06	4,35	10,93	4,36	1,75	0,18
Depressão	7,68	3,63	8,35	4,29	9,19	3,76	2,12	0,12
Satisfação com a Vida	12,33 ^{a,b}	4,75	13,95 ^b	5,11	12,07 ^a	5,45	3,98	0,02
Auto-Estima	23,10 ^a	6,70	25,76 ^b	8,54	24,04 ^{a,b}	8,03	3,40	0,04
SS_Numero	1,93 ^a	0,66	1,82 ^a	0,64	1,52 ^b	0,77	4,33	0,01
SS_Satisfação	4,82	1,23	4,95	1,15	4,31	1,32	2,84	0,06

Nota: Os índices diferentes referem-se a grupos significativamente diferentes ($p < .05$)

Quando o factor de comparação foi o local de residência, não se verificaram quaisquer diferenças significativas entre as dimensões em estudo, conforme pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6-Diferença de médias por meio de residência para as variáveis estudadas
(N = 263)

	Urbano (N=184)		Suburbano (N=25)		Rural (N=54)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Desesperança	10,40	1,92	10,64	2,81	10,17	1,71	0,53	0,59
Ansiedade	9,79	4,06	10,60	4,77	9,37	4,30	0,74	0,48
Depressão	8,11	3,89	8,36	4,09	7,69	3,81	0,34	0,71
Satisfação com a Vida	12,64	4,98	12,80	5,50	12,65	4,65	0,01	0,99
Auto-Estima	24,04	7,38	22,84	6,96	24,57	8,34	0,45	0,64
SS_Numero	1,90	0,67	1,75	0,71	1,76	0,70	1,16	0,31
SS_Satisfação	4,85	1,18	4,33	1,63	4,89	1,10	2,13	0,12

Correlações

Foi efectuado o cálculo das correlações para o conjunto das variáveis estudadas, na totalidade dos participantes, utilizando o coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados obtidos estão representados na Tabela 7.

Através da análise da tabela podemos ver que a Desesperança apresentou correlações moderadas e positivas com a Ansiedade ($r = .37$) e com a Depressão ($r = .29$), e correlações negativas com a Auto-Estima ($r = -.15$) e as componentes do Suporte Social, o número ($r = -.27$) e o grau de satisfação ($r = -.24$). Observou-se igualmente uma correlação forte e positiva entre Ansiedade e Depressão ($r = .75$). Estas duas variáveis apresentaram valores de correlação moderados e negativos com a Satisfação com a Vida ($r = -.59$ e $r = -.47$) e com a Auto-Estima ($r = -.44$ e $r = -.43$) respectivamente. De referir por fim que as duas componentes do Suporte Social se correlacionaram positivamente entre si ($r = .54$), e de forma inversa com a Ansiedade e a Depressão, e de forma positiva com a Auto-Estima e a Satisfação com a Vida. Todas as correlações foram significativas ao nível de .01, excepto a observada entre a Desesperança e a Auto-Estima ($p < .05$).

Tabela 7-Correlações obtidas entre as variáveis estudadas (N = 263)

	Ansiedade	Depressão	Satisf. Vida	Auto- Estima	SS_Numero	SS_Satisfação
Desesperança	,37**	,29**	-,34**	-,15*	-,27**	-,24**
Ansiedade		,75**	-,59**	-,44**	-,35**	-,39**
Depressão			-,47**	-,43**	-,37**	-,34**
Satisfação com a Vida				,29**	,34**	,36**
Auto-Estima					,22**	,29**
SS_Numero						,54**

Nota: ** - $p < .01$; * - $p < .05$

Face ao baixo número de diferenças significativas obtido na comparação das variáveis por sexo dos participantes, foi decidido efectuar uma análise das correlações em separado para os participantes masculinos e femininos, com o intuito de avaliar se o seu perfil de relações entre variáveis seria igualmente semelhante ou não. Nesta análise foram igualmente incluídas outras variáveis que nos pareceram pertinentes, nomeadamente o número de filhos, a idade e o tempo de desemprego.

A primeira evidência que resulta desta análise é a grande diferença de correlações significativas entre os participantes masculinos e femininos, sendo que estes últimos apresentam um número de correlações significativas muito superior aos do sexo masculino.

Assim, na Tabela 8, correspondente aos participantes do sexo masculino podemos observar que a Desesperança está directamente correlacionada com o tempo de desemprego ($r = .44$, $p < .01$), não se relacionando de forma significativa com mais nenhuma.

Tabela 8-Correlações obtidas entre as variáveis estudadas para o sexo masculino
(N = 50)

	Satisf.	Auto-	SS_	SS_					
	Ansied.	Depress.	Vida	Estima	Numero	Satisfação	Filhos	Tempo_Des	Idade
Desesperança	,27	,21	-,26	,06	-,26	-,12	-,05	,44**	,02
Ansiedade		,74**	-,48**	-,35*	-,02	-,13	-,04	-,04	,13
Depressão			-,33*	-,38**	-,17	-,15	-,07	,18	,21
Satisf. Vida				,12	,10	,32*	,02	-,16	-,08
Auto-Estima					,02	,16	,04	,02	-,08
SS_Numero						,61**	-,20	-,25	-,28*
SS_Satisfação							-,33*	-,26	-,26
Filhos								,10	,57**
Tempo_Des									,35*

Nota: ** - $p < .01$; * - $p < .05$

Na Tabela 9, estão representadas as correlações obtidas pelas participantes do sexo feminino.

Tabela 9-Correlações obtidas entre as variáveis estudadas para o sexo feminino
(N = 213)

	Satisf.	Auto-	SS_	SS_				
	Ansied.	Depress.	Vida	Estima	Numero	Satisfação	Filhos	Tempo_Des
Idade								
Desesperança	,40**	,31**	-,35**	-,21**	-,28**	-,27**	,00	-,01
Ansiedade		,81**	-,63**	-,45**	-,44**	-,45**	,14*	,22**
Depressão			-,50**	-,44**	-,42**	-,39**	,17*	,19**
Satisf. Vida				,33**	,39**	,37**	-,06	-,18**
Auto-Estima					,28**	,33**	,05	-,03
SS_Numero						,51**	-,17*	,10
SS_Satisfação							-,10	-,05
Filhos								,08
Tempo_Des								

Nota: ** - $p < .01$; * - $p < .05$

Ao contrário do caso anterior, a Desesperança não apresenta correlação significativa com o tempo de desemprego, observando-se em contrapartida relações significativas com as variáveis do estudo, sendo essa relação positiva com a Ansiedade e a Depressão ($r = .40$, $p < .01$ e $r = .31$, $p < .01$) e negativa com a Auto-Estima ($r = -.21$, $p < .01$), Satisfação com a Vida ($r = -.35$, $p < .01$) e Suporte Social. De referir ainda a presença de correlações positivas entre a Idade e a Ansiedade ($r = .15$, $p < .05$) e a Depressão ($r = .17$, $p < .05$), o que não se observava nos participantes masculinos.

5.2. Discussão dos Resultados

Como já foi referido, pretendíamos com o presente estudo perceber quais as consequências psicológicas do desemprego. Assim, várias hipóteses foram colocadas, as quais passamos agora a analisar.

Relativamente à primeira hipótese, segundo a qual o tempo de desemprego teria uma influência significativa nas variáveis em estudo, foi parcialmente confirmada, já que ocorreram diferenças a nível da Desesperança, Ansiedade, Depressão e Satisfação com a Vida. Essas diferenças verificaram-se no sentido esperado, isto é, os indivíduos com mais tempo de desemprego apresentaram mais desesperança, mais ansiedade, mais depressão e menor satisfação com a vida do que aqueles cujo tempo de desemprego é menor. Quanto ao suporte social, também se verificaram diferenças a nível do número de indivíduos referidos, mas não se verificaram diferenças quanto ao

grau de satisfação com esse suporte. Por último, a nível da Auto-Estima não foram observadas diferenças entre os grupos. O que quer dizer que um maior tempo de desemprego influencia negativamente os sujeitos, aumentando as emoções negativas (ansiedade, depressão e desesperança) em detrimento das positivas (satisfação com a vida), o que está de acordo com os resultados de Mossakowski (2009) que num estudo efetuado com jovens adultos nos Estados Unidos, cujo objectivo era perceber a influência da duração do desemprego anterior nos sintomas depressivos, concluiu que períodos mais longos de desemprego prevêm níveis mais elevados no sintomas depressivos entre os jovens adultos. A revisão da literatura demonstra que a resposta psicológica pessoal ao desemprego é representada pela diversidade, embora os aspectos negativos aparentem ser mais usuais. Ao contrário do que era por nós esperado, a auto-estima não apresentou diferenças entre os desempregados de longa ou curta duração, o que parece indicar que não há na auto-estima qualquer influência do tempo de desemprego. Um relatório efectuado pela OCDE em Setembro de 2011, “Employment Outlook 2011” salienta relativamente ao desemprego de longa duração, que o abandono ou afastamento definitivo do mercado de trabalho, pode acontecer devido à degradação das competências e da perda de motivação e auto-estima.

A segunda hipótese afirmava a existência de diferenças nas diversas variáveis em função do nível de escolaridade obtido. A hipótese foi confirmada para a Ansiedade, Satisfação com a Vida, Auto-Estima e Suporte Social, onde se verificou, de forma consistente que os indivíduos com mais habilitações apresentavam menor Ansiedade e níveis mais elevados de Satisfação com a Vida, Auto-Estima e de Suporte Social, quer no número quer no grau de satisfação, enquanto os participantes com menos habilitações apresentavam um comportamento inverso. Consideramos que, provavelmente, tal se verifica pois os indivíduos menos escolarizados têm menos expectativas face ao trabalho, sendo consequentemente menos exigentes e tendo menos expectativas face ao futuro. Os mais escolarizados, que provavelmente por causa disso têm maiores probabilidades de vir a arranjar trabalho, são quem apresenta uma atitude mais positiva e maior grau de satisfação.

A terceira hipótese afirmava a existência de diferenças nas variáveis estudadas em função do estado civil dos participantes. A hipótese foi parcialmente confirmada, uma vez que os participantes casados ou em união de facto apresentaram níveis

significativamente inferiores de Desesperança e mais elevados de Auto-Estima e Satisfação com a Vida. A nível do Suporte Social, as diferenças ocorrem a nível do componente numérica, onde os participantes separados ou divorciados referem um número significativamente menor de pessoas com quem podem contar. Esta variável sócio-demográfica, reporta-nos um pouco ao suporte social, já que investigações demonstraram que o suporte social tende a aumentar a auto-estima, promover o humor positivo, sentimentos positivos e a diminuir sentimentos mais negativos tais como solidão, fracasso, entre outros. Estes resultados, provavelmente, devem-se ao facto de os participantes casados ou em união de facto terem alguém que os ama, que os apoia, com quem podem partilhar as suas preocupações, alegrias, tristezas ou até mesmo as contas, daí estes sujeitos apresentarem valores mais baixos de desesperança, e mais elevados de Auto-estima e Satisfação com a vida. Ornelas (1994) relatou um estudo desenvolvido em 1986 onde os níveis de suporte social foram comparados, conforme o Estado Civil (casados, divorciados, separados, viúvos e solteiros), as conclusões apontavam para níveis mais elevados de suporte social em indivíduos casados, níveis intermédios para os separados e solteiros, e os níveis mais baixos de suporte social eram mencionados pelos divorciados.

A quarta hipótese afirmava a existência de diferenças nas variáveis estudadas em função do local de residência dos participantes. Ao contrário das anteriores, esta hipótese não foi confirmada, uma vez que não se registaram diferenças significativas em qualquer das variáveis estudadas.

A última hipótese afirmava a existência de uma relação significativa entre o Suporte Social e a Satisfação com a Vida. Esta hipótese foi igualmente confirmada, uma vez que a Satisfação com a vida apresentou correlações positivas e significativas ($p < .01$) com ambas as dimensões do Suporte Social. De referir que esta associação é mais evidente no sexo feminino do que no masculino, onde a satisfação com a vida apenas mostrou uma relação com o grau de satisfação mas não com o número de indivíduos a quem se pode recorrer. A literatura evidencia que quando as pessoas apresentam uma menor percepção do suporte social, frequentemente apresentam cognições e comportamentos mal-adaptativos, o que quer dizer que o suporte social constitui um recurso promotor de bem estar e saúde do indivíduo, e se estamos bem física e psicologicamente, apresentamos também um elevado grau de satisfação com a

vida. Segundo Andrade e Vaitsman (2002) o suporte social é indispensável para o aumento da auto-estima, da vontade de viver e da satisfação com a vida. A afirmação desta hipótese vai ao encontro da afirmação da terceira hipótese. Podemos observar que os sujeitos que apresentam uma maior satisfação com a vida são aqueles que têm maior suporte social (nas dimensões de número e satisfação).

CONCLUSÃO

A motivação para a elaboração deste estudo deveu-se em parte à carência de estudos que analisassem a temática do desemprego com as variáveis escolhidas. A baixa relevância na abordagem às emoções positivas, em estudos sobre a temática, também nos despertou algum interesse e motivação, como já foi referido anteriormente. A percepção de que um evento como o desemprego não tem o mesmo sentido ou significado para todos, ou que a influência que exerce sobre cada indivíduo varia consoante as suas características, pareceu-nos mais do que suficientes para justificar a pertinência e relevância do presente estudo para a compreensão das consequências psicológicas do desemprego.

Os resultados evidenciaram que, tal como esperado, as variáveis apresentaram níveis adequados de correlação entre si. A ansiedade, depressão e desesperança apresentam uma correlação positiva e significativa, sendo a correlação entre ansiedade e depressão a mais forte o que está de acordo com Oliveira (2006), que afirma que a relação entre estas três variáveis é positiva, sendo a correlação mais elevada entre ansiedade e depressão. Sujeitos que apresentam ansiedade, também apresentam depressão e desesperança. De acordo com Beck (1974) já tinha sido demonstrado esta relação entre a desesperança e depressão, sendo igualmente as correlações entre a auto-estima, satisfação com a vida e suporte social positivas e significativas. Estes resultados vão ao encontro da revisão da literatura que nos diz que o suporte social e a satisfação com a vida têm uma relação significativa e positiva, o que nos faz todo o sentido uma vez que o suporte social apresenta um papel moderador em acontecimentos de impacto negativo. Os sujeitos com maior suporte social, sentem-se mais felizes, compreendidos, apoiados, e conseqüentemente apresentam valores mais elevados de satisfação com a vida e auto-estima, o que se também confirmou neste estudo. A presença de pessoas que se preocupam connosco e cuidam de nós pode ser uma das chaves para a promoção do bem-estar e da saúde psicológica e física. O tempo de desemprego é também um factor relevante, já que os resultados evidenciaram que os sujeitos desempregados há mais tempo apresentam níveis mais elevados de emoções negativas. As hipóteses foram quase todas confirmadas, ou parcialmente confirmadas, à excepção da que afirmava a existência de diferenças nas variáveis estudadas em função do local de residência dos participantes.

A conjuntura atual, onde os sujeitos desempregados beneficiam de subsídios sociais, designadamente o subsídio de reinserção social ou o subsídio de desemprego, a possibilidade de ocuparem o tempo com outras atividades, os cursos destinados a

desempregados, ou a redução das incertezas relativamente ao cumprimento das responsabilidades financeiros e satisfação das necessidades diárias poderão ajudar na compreensão dos resultados obtidos. Queremos com isto dizer que embora o tempo de desemprego seja um mau preditor para o bem-estar psicológico dos desempregados, há características e factores externos, nomeadamente o apoio do suporte social, que ajudam na manutenção desse mesmo bem-estar, ou na facilitação de emoções mais positivas face à situação em que se encontram.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto de ser um estudo transversal, onde existiu apenas um momento de avaliação, não havendo oportunidade de análise no processo de ajustamento à situação de desemprego. O facto de não existir um grupo de controlo, de sujeitos empregados, de modo a realizar comparações entre os grupos também pode ser apontado como uma limitação desta investigação. Para estudos futuros, pensamos que seria benéfico contrariar estas limitações, avaliando os sujeitos em dois ou mais momentos distintos de modo a avaliar o processo de ajustamento à falta de emprego. Contudo, esperamos que esta investigação contribua para uma melhor compreensão das consequências psicológicas do desemprego.

Para terminar, é importante defender a necessidade de intervenção ou apoio psicológico em sujeitos desempregados, principalmente os desempregados de longa duração, uma vez que foi verificado que o tempo de desemprego é um preditor de desesperança, ansiedade e depressão. Devemos também realçar a importância de trabalhar ao nível da prevenção, de modo a desenvolver recursos e apoiar nas dificuldades que surgem com este evento de vida tão dramático e real.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). *Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression*. *Psychological Review*, 96, p. 358–372.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haefel, G. J., MacCoon, D. G., & Gibb, B. E. (2002). *Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory, psychobiological context*. Cit in. Gotlib & Hammen (Eds.), *Handbook of depression*. New York: Guilford.
- Allport, G. W. (1937). *Personality – A Psychological interpretation*. New York: Henry Hold and Company.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais*. (4.^a ed., texto revisto, J. N. Almeida, trad.). Lisboa: Climepsi Editores, trabalho original publicado em 2000.
- Akiskal, H.S. (2000). *Mood Disorders: Clinical*. *The Harvard Mental Health Letter* 16, p. 5-6.
- Beck, A. T. (1967) - «Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects». New York. Harper and Row.
- Beck, A. T. (1976) - «Cognitive Therapy and the Emotional Disorders», Meridian Books, New York.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F., Eery, G. (1979) - «Cognitive Therapy of Depression», Guilford Press, New York
- Banks, M., Jackson, P.(1982). *Unemployment and risk of minor psychiatric disorder in young people*. *Psychological Medicine*, 12, p.789-798.
- Bartley, M. (1994). *Unemployment and ill health: understanding the Relationship* *Journal of Epidemiology and Community Health*; 48: p.333-337.
- Beck, A., Beamesderfer, A. (1974). *Assessment of depression: The Depression Inventory*. In P. Pichot (ed.), *Psychological Measurements in Psychopharmacology*, vol. 7. Paris: Karger-Basel.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1988). *Beck Hopelessness Scale – Manual*. The Psychological Corporation. U.S.A.: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

- Burgard, S., Brand, J., House, S. (2007). *Toward a Better Estimation of the Effect of Job Loss on Health*, Journal of Health and Social Behavior, 48(4), p. 369-384.
- Cole, D. A. (1989). Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, coping beliefs, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(3), p. 248-255.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, p.309-319.
- Cobb S. *Social support as a moderator of life stress*. Psychosom. Med. 38, p. 300-14.
- Cole, M., & Cole, S. R. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. Porto Alegre: Artmed.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press, acedido em Outubro de 2014 no site <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Publications.html>
- Cordás TA, Sassi-Junior E. 1998. *Depressão: Como diagnosticar e tratar*. Revista Brasileira de Medicina; 54 (edição especial), p. 61-8.
- Cook, E. P. (1991). Annual Review: Practice and Research in career counseling and development. *The career development quarterly*, 40(2), p. 99-131.
- Cunha, J. et al. (2007). *Psicodiagnóstico V*, 5ª ed. Artmed.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Findings on subjective well-being and their implications for empowerment. acedido em Setembro 2014, de www.siteresources.worldbank.org/intempowerment/resources/4863121095970750368/529763-1095970803335/diener.pdf
- Diener, E., & Diener, M. (1995). *Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, p. 653-663.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, p. 49, 71-75
- Diener, Ed, Eunkook M. Suh, Robert E. Lucas and Heidi L. Smith (1999). '*Subjective WellBeing: Three Decades of Progress*.' *Psychological Bulletin*, 125 (2), p.276-302.

- Dimas, I., Pereira M. & Canavarro, M. (2013). Ajustamento psicossocial, ajustamento diádico e resiliência no contexto de desemprego. *Análise Psicológica*, 2013,1 (XXXI) p.3-16.
- Fava M, Kendler K. (2000) *Major depressive disorder*. Neuron, 28, p. 335–341.
- Feather, N. T. 1982. *Unemployment and its psychological correlates: A study of depressive symptoms, self-esteem, Protestant ethic values, attributional style and apathy*. Australian Journal of Psychology, 34(3), p. 309-323.
- Feather, N. T & Barber, J. G. (1983). *Depressive reactions and unemployment*. Journal of Abnormal Psychology, 92, p. 185-195.
- Feather, N. T. (1990). *The psychological impact of unemployment*. New York: Springer.
- Feather, N. T., & O'Brien, G. E. (1986). A longitudinal analyses of the patters of employment and unemployment among school-leavers. British Journal of Psychology, 77, p. 459–479.
- Feather, N. T., & O'Brien, G. E. (1987). Looking for employment: An expectancy valence analyses of job-seeking behaviour among young people. British Journal.
- Fonseca, A. M., Paúl, C., & Martin, I. (2008). *Life satisfaction and quality of life amongst elderly Portuguese living in the community*. Portuguese Journal of Social Science, 2, p. 87-102.
- Freud, S. (1936). *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias e outros textos*. Companhia das Letras of Psychology, 78, p. 251–27.
- Kendell RE. (1968). *The Classification of Depressive Illness*, Maudsley Monographs 18. 1. Oxford; Oxford Unversity.
- Gibbs, J.T., Bankhead, T. (2000). *Joblessness and hopelessness: The case of African American youth in South Central Los Angeles*. Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work, 9, p. 1-20.
- Gottlieb, B. H. (2000). *Selecting and planning support interventions*, acedido em Setembro de 2014, no site [http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=I_0HZQXQk2gC&oi=fnd&pg=PA195&dq=Gottlieb,+B.+H.+\(2000\).+Selecting+and+planning+support+interventions&ots=URDAxYWC7K&sig=4WW6t-f3KljnhRv4USk4yWPXIYc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=I_0HZQXQk2gC&oi=fnd&pg=PA195&dq=Gottlieb,+B.+H.+(2000).+Selecting+and+planning+support+interventions&ots=URDAxYWC7K&sig=4WW6t-f3KljnhRv4USk4yWPXIYc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

- Grubits, S. & Magalhães, L. (2004) *Serie Saúde Mental e Trabalho*, volume 2, Casa do Psicólogo – Universidade Católica Dom Bosco.
- Hanish, K. (1999). *Job loss and unemployment research from 1994 to 1998: a review and recommendations for research and intervention*. Journal of Vocational Behavior.
- Harter, S. (1998). *The development of self-representation*. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional and personality development* (5th ed., pp. 553-617). New York: Wiley.
- Henriques, M. (1997). *Capital Humano: Evolução e futuro do emprego, competitividade e flexibilidade*. Porto: Vida Económica.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology* (Vol. 1). New York: Holt.
- Kessler, R., Turner, J., House, J. (1988). Effects of unemployment on health in a community survey: Main, modifying, and mediating effects. *Journal of Social Issues*, 44(4), p. 69-85.
- Lehman, D. R., Lang, E. L., Wortman, C. B., & Sorenson, S. B. (1989). *Long-term effects of sudden bereavement: Marital and parent-child relationships and children's reaction*. Journal of Family Psychology, 2, p. 344-367.
- Maia, A., (1998). *Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão*, Tese de Doutoramento, Universidade do Minho.
- Malik, M., Khan, I., (2014). *Hopelessness as the Predictor of General Health among Unemployed Educated Adults*, International Journal of Innovative Research & Studies, vol.3. Acedido em Dezembro de 2014, no site http://www.ijirs.com/vol3_issue-4/67.pdf
- Mateus, Augusto (Coord.) (2010) *Desenvolvimento da Economia Portuguesa*, Relatórios CGD, N.º1, Gabinete de Estudos, CGD.
- Maslow, A. (1970). *A theory of human motivation*. Motivation and Personality (2ª Edição). New York: Harper & Row.
- Mello Filho, J., (2004). *Doença e família*, Casa do Psicólogo.

- Mossakowski, K. (2009). *The influence of past unemployment duration on symptoms of depression among youth women and men in the United States*. American Journal of Public Health, 99, P. 1826-1832.
- Noriega, J. A. V., Albuquerque, F. J. B., Alvarez, J. F., & Braga, I. N. (2003). *Bem-estar subjetivo em uma população do Nordeste brasileiro*. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB
- OECD “Employment Outlook 2011”, retirado do site <http://www.oecd.org/els/oecdemploymentoutlook2011.htm> , acedido em Novembro de 2014.
- Oliveira et al (2006). *Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos*. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359,
- Ornelas, J., (1994). *Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação*, Análise Psicológica 2-3 (XII), p. 333-339.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, p. 164-171.
- Pais Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M., (2007). *Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale*, Psychology, Health & Medicine, 12(2): p. 225 – 237
- Pinheiro, M. R. & Ferreira, J. A. (2002). *O Questionário de Suporte Social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6)*. Psychologica, 30, p. 315-333.
- Pinheiro, Ribeiro Souto, L., & Monteiro, J.K. (2007). *Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental*. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 10(2), p. 35-45.
- Rogers, C. R. (1957). *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*. Journal of Consulting Psychology, 21 (2), p. 95-103.
- Rogers, C. R. (1961/1980). *Tornar-se pessoa* (Eds.). Lisboa: Moraes Editores.
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a Psicanálise ?*, Rio de Janeiro, Zahar,
- Rush, A. J, & Beck, A. T. (1978). *Cognitive therapy of depression and suicide*. American Journal of Psychotherapy, 32(2), p. 201-219.

- Santos, J. M. (1998). *Suicídio e autópsia psicológica: estudo compreensivo e redefinição das estratégias de categorização das mortes auto-infligidas*. Lisboa: Faculdade de Medicina Lisboa.
- Santos, M. J. (2006). Modelos psicológicos do suicídio. In Peixoto, B., Saraiva, C. B. & Sampaio, D. (Ed.) *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise fatorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, p. 253-268.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI, 3, p.503-515.
- Simões, M. (2001). O interesse do Auto-Conceito em Educação. Plátano Edições Técnicas: Lisboa;
- Sarason, I., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), p.127-139.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G., and Pierce, G.R. (1990). *Social Support: An Interactional View*, p. 127-139. New York: John Wiley & Sons.
- Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). *Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life*. *Social Indicators Research*, 5, p. 475-492.
- Slebarska, K.; Moser, K. & Gunnesch-Luca, G. (2009). *Unemployment, social support, individual resources, and job search behavior*. *Journal of employment counseling*, 46, p. 159-170.
- Tiggemann M., Winefield A.H. (1984). *The effects of unemployment on the mood, self-esteem, locus of control, and depressive affect of school-leavers*. *Journal of Occupational Psychology* Volume 57, p. 33-42.
- Teodoro, W. (2010). *Depressão: corpo, mente e alma* (3ª ed.), Uberlândia – MG.
- Vaz Serra, A. (1980) *O que é a ansiedade?* *Psiquiatria Clínica*.1980;1 (2), p. 93-104.
- Vaz-Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Minerva

- Vansteenkiste, M., Lens, W., Witte, H., Feather, N.T. (2005). *Understanding unemployed people's job search behaviour, unemployment experience and wellbeing: A comparison of expectancy-value theory and self-determination theory*, British Journal of Social Psychology, 44, p. 269–287.
- Viana, M., (2010). *Mudanças nos conceitos de Ansiedade nos séculos XIX e XX: da "Angstneurose" ao DSM- IV*, tese de doutoramento, São Carlos, S.P., Brasil.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Oxford: Clarendon.
- Warr, P., Jackson, P., & Banks, M. H. (1988). *Unemployment and mental health: Some British studies*. Journal of Social Issues, 44, p.47–68.

Sites da Internet

- <http://www.antiochne.edu/wp-content/uploads/2012/08/sarahbaker.pdf>
- <http://www.yorku.ca/rokada/psyctest/rosenbrg.pdf>
- <http://www.macses.ucsf.edu/research/psychosocial/selfesteem.php>
- http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self_Measures_for_Love_and_Compassion_Research_SOCIAL_SUPPORT.pdf
- <http://observador.pt/2014/10/31/taxa-de-desemprego-em-portugal-desce-para-136-em-setembro/>
- <http://www.manualmerck.net>
- <https://www.utexas.edu/nursing/norr/docs/rosenberg.pdf>
- <http://psicomonograficos.blogspot.pt/2007/11/bhs-beck-holpelessness-scale.html>
- <http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimp.aspx?area=NO/LerNoticia&idNoticia=76>
- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000400023&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-812320020004000
- <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/659/406>
- <https://books.google.pt/books?id=RDbWLXTmnX4C&pg=PA278&dq=Desemprego+tipos&hl=ptPT&sa=X&ei=tV63VPvIEMT6ULnFgoAF&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q=Desemprego%20tipos&f=false>

ANEXOS

ESTUDO ANÓNIMO
“Consequências Psicológicas do Desemprego”

Está-lhe a ser pedido para participar num estudo preenchendo um inquérito anónimo. A sua participação é inteiramente voluntária. Caso não compreenda algo não hesite em colocar a(s) sua(s) dúvida(s).

Porque é que este estudo está a ser realizado:

Este estudo insere-se no âmbito da elaboração da tese de mestrado em Psicologia Clínica, Aconselhamento e Psicoterapia, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Tem como objectivo perceber quais as consequências, a nível psicológico, do desemprego.

O que é que este estudo envolve:

O estudo envolve o preenchimento anónimo de um questionário. O preenchimento deste questionário deve demorar aproximadamente 10 a 15 min. É pedido a todos os participantes que completem o mesmo questionário. Assim que devolver o seu questionário, a sua participação estará finalizada.

Confidencialidade:

A sua participação é completamente anónima, não pedimos qualquer identificação. Não existe qualquer forma de saber qual dos questionários completou.

A sua participação é importante:

Solicita-se que responda com a maior honestidade possível. Não existem respostas certas, nem erradas, pelo que qualquer resposta é considerada correta, o importante é que responda com sinceridade.

Quem devo contactar se tiver questões ou problemas relacionados com o estudo:

Questões sobre este estudo devem ser dirigidas a Joana Vasconcelos Nogueira

joaninaa@hotmail.com

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Data: ____/____/____

Dados Demográficos

1. Sexo

Feminino ☐

Masculino ☐

2. Idade _____ anos.

3. Habilitações Literárias

1º Ciclo (4ª classe) ☐

2º Ciclo ☐

3º Ciclo ☐

Secundário ☐

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Pós-Graduação ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

Curso Tecnológico ☐

4. Estado Civil

Solteiro(a) ☐

Casado(a)/União de Facto ☐

Divorciado(a)/Separado(a) ☐

Viúvo(a) ☐

5. Número de Filhos _____

6. Em que tipo de área vive atualmente (assinale uma das opções)

Urbana ☐

Sub-Urbana ☐

Rural ☐

7. Nacionalidade

Portuguesa ☐

Outra ☐

8. Durante quanto tempo esteve empregado _____ anos _____ meses

9. Há quanto tempo está desempregado _____ anos _____ meses

10. Quantos empregos já teve _____

11. No seu agregado Familiar há mais alguém desempregado

Sim ☐

Não ☐

BHS – Beck 1974

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor leia, as afirmações, cuidadosamente uma a uma. Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor expressa a sua atitude nesta última semana, incluindo o dia de hoje. Cada item tem duas possibilidades de resposta:

Verdadeiro	Falso
------------	-------

	Verdadeiro	Falso
1. Eu antevejo o futuro com esperança e entusiasmo.		
2. Posso desde já desistir porque não há nada que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.		
3. Quando as coisas estão a correr mal, ajuda-me saber que elas não podem ficar assim para sempre.		
4. Não consigo imaginar como será a minha vida daqui a 10 anos.		
5. Tenho tempo suficiente para realizar aquilo que quero fazer.		
6. No futuro, eu espero ter sucesso no que me preocupa mais.		
7. O meu futuro parece-me negro.		
8. Acontece que eu sou particularmente sortudo, e espero obter mais das coisas boas da vida do que a média das pessoas.		
9. Eu simplesmente não consigo as oportunidades, e não há razão para que eu as consiga no futuro.		
10. As minhas experiências passadas prepararam-me bem para o futuro.		
11. Tudo o que consigo ver no futuro é desagradável em vez de agradável.		
12. Eu não espero ter o que realmente quero.		
13. Quando eu penso no futuro, eu espero vir a ser mais feliz do que sou agora.		
14. As coisas simplesmente não resultam da maneira que eu quero.		
15. Eu tenho grande fé no futuro.		
16. Eu nunca tenho o que quero, por isso é tolice querer alguma coisa.		
17. É muito improvável que eu venha a obter alguma verdadeira satisfação no futuro.		
18. O futuro parece-me vago e incerto.		
19. Eu posso contar com mais bons momentos do que com maus momentos.		
20. É inútil tentar esforçar-me por qualquer coisa que eu queira, porque provavelmente não vou conseguir tê-la.		

HADS - – Snaith & Zigmond, 1983

Este questionário foi concebido de a forma a ajudar-nos a saber o modo como se sente. Leia atentamente todas as frases de cada pergunta e coloque uma cruz (X) à frente da frase que melhor corresponde ao modo como se tem sentido durante a última semana. Não demore muito tempo a pensar para responder. A sua reação imediata a cada frase será provavelmente mais exata do que uma resposta muito refletida. *Faça apenas uma cruz (X) por cada pergunta.*

1.Sinto-me tenso/a ou nervoso/a ☐ Quase sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca	8.Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar ☐ Quase sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca
2.Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar ☐ Tanto como Antes ☐ Não tanto Agora ☐ Só um Pouco ☐ Quase Nada	9.Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago ☐ Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes ☐ Quase sempre
3.Tenho uma sensação de medo como se algo terrível estivesse para acontecer ☐ Sim e muito forte ☐ Sim, mas não muito forte ☐ Um pouco, mas não me aflige ☐ De modo algum	10.Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto ☐ Completamente ☐ Não dou a atenção que devia ☐ Talvez cuide menos que antes ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre
4.Sou capaz de rir e de ver o lado divertido das situações ☐ Tanto como antes ☐ Não tanto como antes ☐ Muito menos agora ☐ Nunca	11.Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a ☐ Muito ☐ Bastante ☐ Não muito ☐ Nada
5.Tenho a cabeça cheia de preocupações ☐ A maior parte do tempo ☐ Muitas vezes ☐ De vez em quando ☐ Quase nunca	12.Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro ☐ Tanto como antes ☐ Não tanto como antes ☐ Bastante menos agora ☐ Quase nunca
6.Sinto-me animado/a ☐ Nunca ☐ Por vezes ☐ De vez em quando ☐ Quase Sempre	13.De repente, tenho sensações de pânico ☐ Muitas vezes ☐ Bastantes vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca
7.Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e a sentir-me relaxado/a ☐ Quase sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca	14.Sou capaz de apreciar um bom livro, um programa de rádio ou tv. ☐ Muitas vezes ☐ De vez em quando ☐ Poucas vezes ☐ Quase nunca

SWLS – Diener et al 1985

Este questionário consiste em 5 afirmações, relativas ao modo como encara a sua vida, com as quais poderá concordar ou discordar. Usando a escala de 1 a 5 que se segue, indique o seu grau de acordo com cada item.

1	Discordo muito
2	Discordo pouco
3	Não concordo nem discordo
4	Concordo pouco
5	Concordo muito

1. A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse.	
2. As minhas condições de vida são muito boas.	
3. Estou satisfeito com a minha vida.	
4. Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.	
5. Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	

RSES – Rosenberg 1965

Este questionário consiste em 10 afirmações, correspondentes à concepção de valor que tem por si próprio(a). Usando a escala de 1 a 4 que se segue, indique o seu grau de acordo com cada item.

A	Concordo Completamente
B	Concordo
C	Discordo
D	Discordo Completamente

1. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros	
2. Sinto que tenho um bom número de qualidades.	
3. Em termos gerais estou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a).	
4. Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	
6. Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a).	
7. No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).	
8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).	
9. Sinto-me por vezes inútil.	
10. Por vezes penso que não sou nada bom (a)	

SSQ6 – Sarason et al. 1987

Anexo I – Protocolo utilizado na recolha dos dados

As 6 questões que seguem são acerca das pessoas que no seu meio lhe disponibilizam ajuda ou apoio. Cada questão tem duas partes. Na primeira marque com uma cruz (X), todas as pessoas que você conhece, com quem pode contar para lhe ajudar ou apoiar nas situações que lhe são apresentadas. Pode marcar mais de uma pessoa nesta primeira parte.

Na segunda parte marque entre 1 e 6 o seu nível de satisfação em relação ao tipo de apoio que recebe em cada situação perguntada, ou seja, vai avaliar o grau de satisfação em relação à globalidade de apoio ou ajuda que tem.

1	Muito Insatisfeito
2	Insatisfeito
3	Algo Insatisfeito
4	Pouco Satisfeito
5	Satisfeito
6	Muito Satisfeito

QUESTÕES

1. Com quem pode realmente contar quando precisa de ajuda?

Ninguém	Mãe	Pai	Namorado(a)	Irmão/ Irmã	Esposo(a)/ Companheiro(a)	Amigo(a)	Colega	Outra pessoa (Especifique)	Todos
Qual o seu nível de satisfação				1	2	3	4	5	6

2. Com quem é que pode realmente contar para lhe ajudar a sentir-se mais relaxado quando está tenso ou sobre pressão?

Ninguém	Mãe	Pai	Namorado(a)	Irmão/ Irmã	Esposo(a)/ Companheiro(a)	Amigo(a)	Colega	Outra pessoa (Especifique)	Todos
Qual o seu nível de satisfação				1	2	3	4	5	6

3. Quem é que o aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?

Ninguém	Mãe	Pai	Namorado(a)	Irmão/ Irmã	Esposo(a)/ Companheiro(a)	Amigo(a)	Colega	Outra pessoa (Especifique)	Todos
Qual o seu nível de satisfação				1	2	3	4	5	6

4. Com quem é que pode realmente contar para se preocupar contigo, independente da situação?

Ninguém	Mãe	Pai	Namorado(a)	Irmão/ Irmã	Esposo(a)/ Companheiro(a)	Amigo(a)	Colega	Outra pessoa (Especifique)	Todos
Qual o seu nível de satisfação				1	2	3	4	5	6

5. Com quem é que pode realmente contar para lhe ajudar a sentir-se melhor quando se sente para baixo?

Ninguém	Mãe	Pai	Namorado(a)	Irmão/ Irmã	Esposo(a)/ Companheiro(a)	Amigo(a)	Colega	Outra pessoa (Especifique)	Todos
Qual o seu nível de satisfação				1	2	3	4	5	6

6. Com quem é que realmente pode contar para lhe consolar quando está muito preocupado?

Ninguém	Mãe	Pai	Namorado(a)	Irmão/ Irmã	Esposo(a)/ Companheiro(a)	Amigo(a)	Colega	Outra pessoa	Todos

Anexo I – Protocolo utilizado na recolha dos dados

								(Especifique)	
Qual o seu nível de satisfação				1	2	3	4	5	6