



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Sintomatologia Depressiva e Estratégias de Coping em adultos em idade laboral

Ana Isabel Abrantes David Carvalho

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Luis Maia

Covilhã, outubro de 2012

Agradecimentos

Em primeiro lugar, os meus agradecimentos vão para o Professor Doutor Luis Maia, pela compreensão, pela disponibilidade, mesmo quando fora de horas, pelo exemplo de pertinência de críticas e sugestões.

Aos meus pais, por serem incansáveis, pela paciência, pela força transmitida, pela ajuda prestada e pelo apoio incondicional, hoje e sempre.

Às minhas colegas e amigas que me incentivaram e me deram ânimo nos momentos mais difíceis. Também pela ajuda prestada aquando dos momentos de maior dificuldade.

E a todos aqueles que incentivaram, respeitaram e compreenderam a razão deste trabalho.

Bem-haja!

Resumo

Este trabalho tem como objetivo verificar a presença da sintomatologia depressiva e das estratégias de coping em adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos.

Numa amostra de 153 participantes, foram utilizados os instrumentos de avaliação: o Questionário Sociodemográfico, Inventário de Resolução de Problemas (IRP) (Vaz Serra, 1987), o Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (Lipman, Derogatis e Covi, 1973) e o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) (Vaz Serra, 1994).

Os resultados estatísticos permitiram verificar qual a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, estatuto ocupacional e grau de escolaridade) e os três testes de avaliação acima mencionados.

Palavras-chave

Depressão, coping, avaliação, variáveis sociodemográficas, instrumentos de avaliação.

Abstract

This study aims to assess depressive symptomatology and coping strategies in adults with ages between 18 and 50 years old.

In a sample of 153 participants, the assessment instruments used were the following: Sociodemographic Questionnaire, Solution of Problems Inventory (Vaz Serra, 1987), Symptom Checklist-90-R (Lipman, Derogatis & Covi, 1973) and Clinical Assessment of Depression Inventory (Vaz Serra, 1994).

The statistical results show the relation between the sociodemographic variables (age, sex, occupational status and academic level) and the three assessment tests aforementioned.

Keywords

Depression, coping, assessment, sociodemographic variables, assessment instruments.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Índice	ix
Lista de tabelas	xi
Lista de acrónimos	xiii
CAPÍTULO 1. Introdução	1
CAPÍTULO 2. Enquadramento teórico	3
2.1. Estratégias de coping	3
2.1.1. Estilos e estratégias de coping	4
2.1.2. Eficácia das estratégias de coping	6
2.2. Depressão	7
2.3. Satisfação/insatisfação no trabalho	11
2.4. Crise económica/no mercado de trabalho	14
Capítulo 3. Metodologia	17
3.1. Pertinência, objetivos, variáveis e tipo de estudo	17
3.2. Instrumentos de avaliação	17
3.2.1. Caracterização dos instrumentos de avaliação	18
3.2.1.1. Questionário sociodemográfico	18
3.2.1.2. Inventário de Resolução de Problemas (IRP)	18
3.2.1.3. Symptom Checklist -90-R (SCL-90-R)	19
3.2.1.4. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)	20
3.3. Procedimento	21
3.4. Análise descritiva da amostra	21
CAPÍTULO 4. Apresentação dos resultados	23
4.1. Análise descritiva dos instrumentos	23
4.2. Análise estatística	28
CAPÍTULO 5. Discussão de resultados	38
CAPÍTULO 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
Referências bibliográficas	
Anexos	

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Estatística descritiva do Inventário de Resolução de Problemas	24
Tabela 2 – Estatística descritiva do SCL-90-R	25
Tabela 3 - Estatística descritiva do IACLIDE	26
Tabela 4 – Análise descritiva da variável dos graus de classificação da depressão	27
Tabela 5 – Estatística descritiva da variável grau de classificação da depressão	27
Tabela 6 – Teste Mann-Whitney para o IRP e a idade	28
Tabela 7 – Teste Mann-Whitney para o IRP e o gênero	29
Tabela 8 – Teste Mann-Whitney para o IRP e o estatuto ocupacional	29
Tabela 9 – Teste Mann-Whitney para o SCL-90-R e idade	30
Tabela 10 – Teste Mann-Whitney para o SCL-90-R e o gênero	30
Tabela 11 – Teste Mann-Whitney para o SCL-90-R e o estatuto ocupacional	31
Tabela 12 – Teste Mann-Whitney para o IACLIDE e idade	31
Tabela 13 – Teste Mann-Whitney para IACLIDE e gênero	32
Tabela 14 – Teste Mann-Whitney para o IACLIDE e o estatuto ocupacional	32
Tabela 15 – Teste Qui-quadrado para o IRP e grau de escolaridade	33
Tabela 16 – Valor do Qui-quadrado e nível de significância	33
Tabela 17 – Teste Qui-quadrado para o SCL-90-R e grau de escolaridade	34
Tabela 18 – Valor de Qui-quadrado e nível de significância	34
Tabela 19 – Teste Qui-quadrado para o IACLIDE e grau de escolaridade	35
Tabela 20 – Valor de Qui-quadrado e nível de significância	36
Tabela 21 – Correlação entre IRP e SCL-90-R	36
Tabela 22 – Correlação entre o IRP e IACLIDE	37

Lista de Acrónimos

IRP	Inventário de Resolução de Problemas
SCL-90-R	Symptom Checklist - 90 - Revised
IACLIDE	Inventário de Avaliação Clínica da Depressão

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

“ E entre a nostalgia do paraíso perdido e a esperança da aventura sonhada, fica o vazio que a tristeza preenche. Vazio dolente que, no entanto, pode permitir uma reavaliação do passado e um questionar do futuro, que projetem o indivíduo para uma melhor compreensão de si e dos outros e uma inserção coerente no presente _ a depressão é, assim, um momento privilegiado de elaboração mental”.

(António Coimbra de Matos)

O stress constitui um fenómeno que invade a vida de qualquer ser humano, pelo que se tornou motivo de profunda investigação. Esta ajuda-nos a compreender a fronteira entre o normal e o patológico, a interligação entre o biológico, o psicológico e o social (Vaz Serra, 1999).

São vastas as definições de stress, as quais vão desde o senso comum às definições científicas. A definição mais comumente aceite foi desenvolvida por Lazarus e Folkman (1984), tendo estes considerado o stress como uma transação entre as pessoas e o meio ambiente. Assim, consideram que o mesmo está muito associado ao trabalho, pelo que constitui outro problema de saúde, denominado stress ocupacional. O stress no trabalho é um problema que atinge, praticamente, todos os grupos da população ativa, sendo considerado um dos maiores problemas de saúde no local de trabalho nos países altamente desenvolvidos.

Para Cassemeyer (1991), os fatores de stress são agentes que desafiam as capacidades de adaptação de um organismo ou pessoa. Ainda segundo o mesmo autor, estas forças geram uma tensão e determinam uma resposta ao stress e à doença.

O stress, a fadiga, o excesso de trabalho, entre vários outros fatores, podem levar a uma mudança no humor, provocando a depressão. (Silva, 1999).

Torna-se, assim, imperioso que cada indivíduo, por si só, aprenda a lidar com situações stressantes de forma a que as mesmas possam ser ultrapassadas de forma positiva. Cabe ao próprio uma grande parte de responsabilidade no reconhecimento do seu nível de stress, fatores desencadeantes e estratégias a utilizar, para evitar ou reduzir os efeitos nefastos e, assim, conseguir um equilíbrio entre o trabalho e a recreação (Breakwell,G,1991).

A depressão é uma doença com um índice bastante elevado, ocorrendo em pessoas de todas as idades, sendo considerada a grande vilã do século xx, originando uma das maiores ameaças do equilíbrio e do bem-estar. Detém um conjunto de manifestações que envolvem aspetos afetivos, motivacionais, cognitivos e neurovegetativos sendo, portanto, detentora de um forte impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos. Abrange pessoas de todas as idades (crianças, adolescentes, adultos e idosos). (Gameiro, Carona, Pereira, Canavarro, Simões, Rijo, Quartilho, Paredes & Vaz Serra, 2008; Aragão, Coutinho, Araújo & Castanha, 2009).

A depressão, bem como todos os transtornos a ela associados, constitui uma carga demasiado pesada para os indivíduos e respetivas famílias. Vai ter, também, repercussões na sociedade, pois a sua produtividade, enquanto cidadão ativo e enquanto cidadão com compromissos sociais, será bastante prejudicada. No entanto, devido aos novos conhecimentos e às novas opções terapêuticas, a depressão é considerada uma doença tratável e curável. Há uma série de fatores como a reordenação dos serviços de saúde, a introdução de novos antidepressivos, a participação mais ativa da comunidade, a preocupação com os custos pessoais e sociais da doença, entre outros, tornando-se essencial evidenciar o seu alcance e as suas consequências para a população atingida por este transtorno. (Furegato, Santos & Silva, 2010).

Atualmente, este transtorno depressivo é reconhecido como um problema de saúde pública, pela sua prevalência e pelo seu impacto no cotidiano de pacientes e familiares envolvidos (Fleck, Lima, Louzada, Schestasky, Henriques, Borges, Comey & Grupo LIDO, 2002

Uma das formas a que o indivíduo pode recorrer para debelar a depressão, são as denominadas estratégias de coping. Este conceito pode ser definido como um “conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas” (Antoniazzi, Dell’aglio & Bandeira, 1998).

Assim, o objetivo deste estudo centra-se na avaliação da presença de sintomatologia depressiva e estratégias de coping em adultos com idade compreendidas entre os 18 e os 50 anos de idade. O trabalho começa com uma contextualização teórica dos conceitos de depressão e coping, abordando, também, temas preocupantes na atualidade, como o desemprego e a satisfação no trabalho. De seguida, a metodologia abordará os instrumentos utilizados, o procedimento, a amostra e os resultados estatísticos. Por fim, serão discutidos os resultados e apresentadas as conclusões.

CAPITULO 2. Enquadramento teórico

2.1. Estratégias de Coping

A partir da década de 50 que as situações de stress vivenciadas pelas pessoas têm sido objeto de estudo. Lazarus e Folkman (1984; *cit. in* Damião, Rossato, Fabri & Dias, 2009) apresentam, talvez, a definição mais divulgada de enfrentamento, sendo este conceito visto como os esforços cognitivos ou comportamentais que mudam constantemente e que se desenvolvem para enfrentar demandas específicas externas e/ou internas que, segundo o indivíduo, sobrecarregam ou excedem os seus próprios recursos (Diniz & Zanini, 2010; Kohlsdorf & Junior, s.d.; Gomes & Pereira, 2008).

O processo de coping envolve quatro conceitos básicos:

1º) o coping é um processo que ocorre entre indivíduo e ambiente;

2º) a função do coping é administrar a situação stressora;

3º) o processo de coping pressupõe que o indivíduo percebeu, interpretou e representou cognitivamente a situação avaliada como stressante;

4º) o processo de coping constitui uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais para administrar o evento adverso, ou seja, para que ocorra a elaboração das estratégias de enfrentamento, o indivíduo deve perceber o evento stressante, avaliar as suas opções e, por fim, adequar a estratégia avaliada como a mais apropriada para o momento (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001, *cit. in* Diniz & Zanini, 2010; Barnabe & Dell'Acqua, 2008).

A teoria de Lazarus e Folkman (1984, *cit. in* Barnabe & Dell'Acqua, 2008). refere que uma dada situação pode ser apreciada como irrelevante, benigna ou stressante. No caso de se considerar esta última, a situação pode ser percebida pelo indivíduo como uma ameaça, um prejuízo ou um desafio. Este processo é chamado de avaliação primária. Com base nela, o indivíduo tende a buscar formas de administrar a situação, considerando o que pode ser feito sobre ela, qual é o custo emocional envolvido e quais são os resultados esperados desse processo. Esta é chamada avaliação secundária (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998, *cit. in* Barnabe & Dell'Acqua, 2008). O comportamento e as atitudes procedentes dessa reflexão são as estratégias de coping (Diniz & Zanini, 2010).

2.1.1. Estilos e estratégias de Coping

É importante distinguir entre estratégias de coping e estilos de coping. Os estilos de coping têm sido mais relacionados a características de personalidade ou a resultados de coping. Por sua vez, as estratégias referem-se a ações cognitivas ou de comportamento vivenciadas no decorrer de um episódio particular de stress. Embora os estilos possam influenciar a extensão das estratégias de coping selecionadas, eles são fenômenos distintos e têm diferentes origens teóricas (Ryan-Wenger, 1992, *cit. in* Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Chang, 2012).

Estilos de Coping

Segundo Carver e Scheier (1994, *cit. in* Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998), as pessoas desenvolvem formas habituais de lidar com stress e estes hábitos ou estilos de coping podem influenciar as suas reações noutras situações. A definição do estilo de coping que estes autores consideram refere-se à tendência a usar, em maior ou menor grau, perante situações de stress. No entanto, os estilos de coping não implicam, necessariamente, a presença de traços subjacentes de personalidade que predispõem a pessoa a responder de determinada forma. Ao contrário, eles podem refletir a tendência a responder de uma de forma particular quando confrontados com uma série específica de circunstâncias.

Miller (1981, Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998) apresenta dois estilos de coping: monitorador e desatento. Os mesmos referem-se ao estilo de atenção do indivíduo em situação de stress. O indivíduo representante do estilo monitorador utiliza estratégias que envolvem estar alerta e sensibilizado a aspetos negativos de uma experiência, apresentando uma atenção vigilante, procurando informações e visualizando a situação para controlá-la. O estilo desatento envolve distração e proteção cognitiva de fontes de perigo. O indivíduo apresenta um comportamento de desatenção, tendendo a afastar-se da ameaça, distrair-se e evitar informações.

Band & Weisz. (1988, Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998) apresentam a tipologia de coping primário e secundário. Primário significa o coping utilizado com o objetivo de lidar com situações ou condições objetivas e o secundário envolve a capacidade de adaptação da pessoa às condições de stress. O estilo de coping passivo e ativo (Billings & Moss, 1984; Holahan & Moss, 1985, *cit. in* Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998) considera ativo o coping no qual há esforços de aproximação do foco de stress, enquanto o estilo passivo evitaria o foco de stress. Estes estilos são paralelos ao da tipologia aproximação versus evitação, que inclui vários tipos de estratégias de coping relacionadas aos comportamentos de aproximação e evitação da situação stressante, busca de informação e evitação de informação, focalização da atenção e distração e, ainda, passividade e atividade (Rudolph et al., 1995, *cit. in* Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Estratégias de Coping

Ao contrário dos estilos de coping, ligados a fatores disposicionais do indivíduo, as estratégias de coping ligam-se a fatores situacionais. Folkman e Lazarus (1980, *cit. in* Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998) destacam o papel das estratégias de coping, referindo que as mesmas podem mudar em qualquer momento, durante os estágios de uma situação stressante. Perante esta diversidade de reações individuais, estes autores defendem a impossibilidade de se tentar antecipar respostas situacionais a partir do estilo típico de coping de uma pessoa.

A forma com que o indivíduo escolhe as suas estratégias de coping está determinada, em parte, pelos seus recursos internos e externos, os quais incluem saúde, crenças, responsabilidade, suporte, habilidades sociais e recursos materiais (Guido, Linch, Pitthou & Umann, 2011).

Numa perspetiva cognitivista, foi proposto um modelo que divide o coping em duas categorias funcionais:

- coping focalizado na emoção;
- coping focalizado no problema (Rodrigues & Chaves, 2008; Pimentel, Vargas, Almeida, Mayarte & Figueiredo, 2012; Negromonte & Araujo, 2011; Tsaour & Tang, 2012; Tamayo & Trócoli, 2002; Sarafino & Smith, 2012).

No primeiro, há a procura de estratégias que derivam de processos defensivos como evitar, distanciar-se e buscar valores positivos em situações negativas como forma de diminuir a importância emocional do stressor. Relativamente ao segundo, coping focalizado no problema, a pessoa tenta definir o problema que vivencia, procurando soluções alternativas e optando entre elas (Rodrigues & Chaves, 2008; Pimentel, Vargas, Almeida, Mayarte & Figueiredo, 2012; Negromonte e Araujo, 2011; Tsaour & Tang, 2012; Tamayo & Trócoli, 2002; Sarafino & Smith, 2012).

Segundo a literatura, são os seguintes os fatores de coping: confronto, afastamento, autocontrolo, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva, resolução do problema e reavaliação positiva (Rodrigues & Chaves, 2008; Pimentel, Vargas, Almeida, Mayarte & Figueiredo, 2012; Negromonte e Araujo, 2011; Tsaour & Tang, 2012; Tamayo & Trócoli, 2002; Sarafino & Smith, 2012).

A ação de coping pode ser direcionada internamente ou externamente. Quando o coping focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa de stress, inclui estratégias tais como negociar, para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. O coping focalizado no problema, e dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento stressor (Antoniazzi, dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Em situações avaliadas como modificáveis, o coping focalizado no problema tende a ser empregue, enquanto o coping focalizado na emoção tende a ser mais utilizado nas

situações avaliadas como inalteráveis (Folkman & Lazarus, 1980, *cit. in Antoniazzi, dell'Aglio & Bandeira, 1998*).

A importância do coping quer focalizado no problema quer na emoção pode variar em resposta a diferentes tipos de stress ou diferentes momentos no tempo. O coping focado na emoção pode facilitar o coping focado no problema por remover a tensão e, da mesma forma, o coping focado no problema pode diminuir a ameaça reduzindo, assim, a tensão emocional. Os estudos indicam que ambas as estratégias de coping são usadas durante, praticamente, todos os episódios stressantes, e que o uso de uma ou de outra pode variar em eficácia, dependendo dos diferentes tipos de stressores envolvidos (Compas, 1987, *cit. in Antoniazzi, dell'Aglio & Bandeira, 1998*).

Quando a pessoa procura apoio e conselhos entre os amigos ou familiares, as estratégias de coping de apoio social estão a ser dirigidas para o problema; porém, se a pessoa apenas necessita expressar os seus sentimentos não esperando conselhos, mas sim a compreensão dos outros, então esses esforços estão a ser orientados para um apoio emocional (Pereira, 1991, 1999, *cit. in Gomes & Pereira, 2008*). Por seu lado Vaz-Serra (2002, *cit. in Gomes & Pereira, 2008*), considera que, mesmo sendo estas modalidades bem-sucedidas, verifica-se uma redução do stress, pois caso contrário a situação mantém-se. Contudo, não há estratégias modelo, pois o nível de eficácia é determinado pelo tipo de recursos que o indivíduo apresenta, assim como pelo tipo de problemas com que se defronta. Neste sentido, o desenvolvimento do processo de coping é influenciado pelas características da personalidade, pela influência cultural e pelos fatores situacionais.

2.1.2. Eficácia das estratégias de coping

Outro aspeto controverso na literatura do coping tem a ver com a eficácia das estratégias utilizadas pelos indivíduos durante as situações de coping. Na perspetiva de Beresford (1994, *cit. in Antoniazzi, dell'Aglio & Bandeira, 1998*), embora o julgamento sobre a eficácia ou adaptabilidade das estratégias de coping se tenha mostrado extremamente subjetivo em muitas pesquisas, coping deve ser visto como independente do seu resultado. Na perspetiva de Lazarus e Folkman (1984, *cit. in Antoniazzi, dell'Aglio & Bandeira, 1998*), qualquer tentativa de administrar o stressor é considerado coping, tenha ela ou não sucesso no resultado. Assim sendo, qualquer estratégia de coping não pode ser considerada boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa. Dever-se-à considerar a natureza do stressor, a disponibilidade de recursos de coping e o resultado do esforço de coping.

Sabe-se que os fatores psicológicos e sociais podem causar efeitos negativos na saúde orgânica dos indivíduos (Krantz, 2002, *cit. in Câmara & Carlotto, 2007*). É nesse sentido que as estratégias de coping diante de situações stressantes têm impacto, não somente sobre a saúde mental mas, também, sobre a saúde física e o bem-estar social (Byrne, 2000, *cit. in Câmara & Carlotto, 2007*).

Folkman e Lazarus (1980, *cit. in* Câmara & Carlotto, 2007), consideram que, para fazer frente às situações stressantes da vida, há a necessidade de encontrar recursos ao nível das dimensões cognitiva e comportamental tendo, como base, a orientação do indivíduo sobre o problema. Blalock e Joiner (2000, *cit. in* Câmara & Carlotto, 2007) transformaram estas duas dimensões iniciais em quatro categorias:

- aproximação comportamental (realização de uma ação concreta para fazer face a uma situação stressante ou suas consequências);
- aproximação cognitiva (realização de uma análise lógica da situação, reavaliação positiva ou ensaio mental de ações alternativas);
- evitação comportamental (envolvimento em comportamentos impulsivos, redutores de tensão);
- evitação cognitiva (pensamentos ou respostas que objetivam negar ou minimizar a gravidade da situação de crise ou suas consequências) (Câmara & Carlotto, 2007).

A utilização destas dimensões relaciona-se com os recursos pessoais de coping (habilidades aprendidas no e do ambiente) e com recursos socio ecológicos (condições e recursos do ambiente em interação com o indivíduo). A partir destas disposições, a ocorrência geradora de stress é submetida a uma avaliação, na qual o sujeito procura estratégias com o objetivo de equilibrar favoravelmente a relação custo-benefício (Antoniazzi, Dell' Aglio & Bandeira, 1998, *cit. in* Câmara & Carlotto, 2007).

Em suma, pode-se concluir que o tipo de situação pode influenciar as estratégias de coping as quais, por sua vez, não são uniformes. Nalguns casos, a pessoa tenta resolver o problema, enquanto que noutros altera o significado da situação ou o significado das consequências (Vaz Serra, 1988).

2.2. Depressão

Desde o final do século XX que se tem vindo a verificar, cada vez mais, um elevado número de pessoas que se queixam de um mal-estar generalizado, o qual abrange todas as fchas etárias (crianças, adolescentes, adultos e idosos) (Gameiro, Carona, Pereira, Canavarro, Simões, Rijo, Quartilho, Paredes & Vaz Serra, 2008; Aragão, Coutinho, Araújo & Castanha, 2009).

Teoricamente, os quadros da depressão, caracterizados por transtornos de humor multifatorial (Lemos, Baptista & Carneiro, 2011), possuem esquemas estruturais bastante claros. No entanto, na prática, nem sempre esses esquemas se revelam com tanta clareza, devido à pluralidade da sua etiologia e à complexidade da sua sintomatologia, as quais dificultam o reconhecimento precoce prejudicando, conseqüentemente, o desenvolvimento preventivo do diagnóstico/prognóstico (Aragão, Coutinho, Araújo & Castanha, 2009).

Deste modo, e segundo o DSM-IV-TR (2002), fala-se de Episódio Depressivo Major quando, num período de pelo menos duas semanas, existe humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades. Mais ainda, deve haver a existência de quatro sintomas adicionais, entre os quais se encontram alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização ou culpa, dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões, presença de pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação e planos ou tentativas suicidas. Estes sintomas devem persistir durante a maior parte do dia e quase todos os dias. Consequentemente, considera-se uma Perturbação Depressiva major quando existe uma evolução clínica com a presença de um ou mais Episódios Depressivos Major.

Os transtornos depressivos constituem um “pesado fardo” não só para a pessoa mas, também, para a sua família e, conseqüentemente, para a sociedade, uma vez que aqueles se vão refletir na produtividade da pessoa enquanto cidadão ativo e enquanto cidadão com compromissos sociais. Todavia, considera-se que a depressão é uma doença tratável e curável, devido aos novos conhecimentos e às novas opções terapêuticas. Aliada a uma série de fatores como a desinstitucionalização, a reordenação dos serviços de saúde, o deslocamento político do foco decisório, a introdução de novos antidepressivos, a participação mais ativa da comunidade, a preocupação com os custos pessoais e sociais da doença, bem como os custos com os tratamentos, acresce a necessidade de evidenciar o alcance desse conjunto de fatores e as suas conseqüências para a população atingida pela doença mental (Furegato, Santos & Silva, 2010).

Parece existir uma relação entre a presença, a intensidade e o comprometimento da depressão, com o funcionamento físico, psicológico, social e ambiental, de acordo com estudos recentes (Okasha, 2005, *cit. in* Furegato, Santos & Silva, 2010). Atendendo aos fatores acima mencionados, há que relevar a ligação da depressão com a qualidade de vida das pessoas afetadas (Rosenbaum & Hylan, 2005, *cit. in* Furegato, Santos & Silva, 2010)

Ela manifesta uma forte influência negativa na qualidade de vida relacionada com a saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida geral, revelando-se mais forte do que noutros quadros clínicos crónicos, como sejam a hipertensão, a diabetes, a artrite e os problemas gastrointestinais (Coulehan, Schulberg, Block, Madonia, & Rodriguez, 1997; Wells et al., 1989, *cit. in* Gameiro et al, 2008). Foram realizados estudos que nos revelam que a depressão sub-sindromal, que é aquela em que são observados, apenas, alguns dos sintomas depressivos considerados necessários para o diagnóstico de uma depressão clínica, tem um impacto funcional negativo e significativo (Judd, Schettler, & Akiskal, 2002; Wells et al., 1989, *cit. in* Gameiro et al, 2008). Outros estudos, ainda, verificaram que os doentes que apresentavam uma sintomatologia depressiva de menor gravidade, apresentavam níveis superiores de funcionamento e de satisfação nas atividades de vida diária, bem como no desempenho dos seus papéis ao nível das relações sociais (Huchner, 2002; Huppert, Weiss, Lim, Pratt, & Smith, 2001; Saarijarvi, Salminen, Toikka, & Raitasalo, 2002, *cit. in* Gameiro et al, 2008).

Atualmente, este transtorno depressivo é reconhecido como um problema de saúde pública, pela sua prevalência e pelo seu impacto no cotidiano de pacientes e familiares envolvidos (Fleck, Lima, Louzada, Schestasky, Henriques, Borges, Comey & Grupo LIDO, 2002)

Como foi, anteriormente, referido, a depressão tem um forte impacto negativo na vida do paciente, não se limitando aos sintomas apresentados pela doença. É sabido que os pacientes depressivos utilizam os serviços médicos com maior frequência, apresentando níveis inferiores de produtividade no trabalho e prejuízo da qualidade de vida quando comparados a portadores de outras doenças de caráter crônico (Fleck, Lima, Louzada, Schestasky, Henriques, Borges, Comey & Grupo LIDO, 2002).

Geralmente, o seu início parece ser gradual, aparecendo os sintomas durante dias ou semanas. Vários fatores podem levar a uma mudança no humor provocando a depressão, como sejam fadiga, stress, decepção, excesso de trabalho, perda de um amigo ou familiar (Silva, 1999).

Abrange uma vasta área que vai da infelicidade, que pode ser expressa pela tristeza, até à psicose. Estudos epidemiológicos revelam que se verifica uma maior incidência da depressão nas mulheres, sendo nelas duas vezes mais comum do que nos homens (Silva, 1999).

A psicodinâmica do trabalho dá primazia à centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores, analisando os aspetos dessa atividade que podem favorecer quer a saúde quer a doença. Dejours (1986, *cit. in* Glina, Rocha, Batista & Mendonça, 2001), ao analisar a inter-relação entre saúde mental e trabalho, dá relevância ao papel da organização do trabalho, no que diz respeito aos efeitos negativos ou positivos que aquela possa exercer sobre o funcionamento psíquico e, também, à vida mental do trabalhador. Este autor considera a organização do trabalho como a divisão das tarefas e a divisão dos homens. A divisão das tarefas engloba o conteúdo das mesmas, o modo operativo e tudo que é prescrito pela organização do trabalho. A divisão dos homens compreende a forma pela qual as pessoas são divididas numa empresa e as relações humanas que aí se estabelecem.

A inevitabilidade da inter-relação saúde mental e trabalho abrange, assim, desde o mal-estar ao quadro psiquiátrico, incluindo o sofrimento mental. Para Dejours et al. (1994, *cit. in* Glina, Rocha, Batista & Mendonça, 2001), o sofrimento mental pode ser concebido como a experiência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto (ou bem-estar) psíquico. É fundamental que se considere que o trabalho pode funcionar como agravante ou desencadeante de distúrbios psíquicos, uma vez que pode causar prejuízos, não só à qualidade e à eficácia do tratamento, como aos direitos legais do trabalhador, que pode deixar de usufruir de benefícios previdenciários aos quais, eventualmente, tenha direito. É, pois, relevante a caracterização do papel do trabalho.

O afastamento do trabalho acontece quando a pessoa é considerada incapacitada para trabalhar, seja por motivos relacionados com acidentes ou com doenças de caráter físico ou psíquico. Quanto às possibilidades de afastamento do trabalho relacionadas à saúde mental, a American Medical Association (AMA, 1995, *cit. in* Cavalheiro & Tolfo, 2011) define disfunção e

incapacidade causadas pelos transtornos mentais e comportamentais relacionadas com o trabalho em quatro áreas:

- limitações em atividades da vida diária da pessoa (autocuidado, higiene pessoal, comunicação, repouso e sono);
- funções sociais (capacidade de interagir apropriadamente e comunicar-se com outras pessoas);
- concentração, persistência e ritmo (capacidade de completar ou realizar as tarefas);
- deterioração ou descompensação no trabalho (falhas repetidas na adaptação a circunstâncias estressantes) (Campos, 2006, *cit. in* Cavalheiro & Tolfo, 2011).

Segundo Brant e Minayo-Gomez (2004, *cit. in* Cavalheiro & Tolfo, 2011), no mundo do trabalho existe uma tendência em rejeitar o sofrimento. Todavia, consideram que existe um adoecimento, ou seja, é possível constatar a tristeza e ela poderá ser considerada como depressão. Esse movimento de rotulação contribui para discriminação, estigma e exclusão de trabalhadores e permite a medicação das manifestações do sofrimento por meio da prescrição indiscriminada de antidepressivos e ansiolíticos.

Beck (1963, *cit. in* Bahls, 1999) argumenta que a cognição é o fator determinante da doença, o transtorno cognitivo é elemento primário na patologia e as construções negativistas do pensamento são o fato primeiro na cadeia sintomatológica. Bandura (1969, *cit. in* Bahls, 1999) destaca que as pessoas deprimidas apresentam expectativas de desempenho excessivamente elevadas, o que as conduz a experimentar pouco sucesso e muitos fracassos. Lembra, ainda, Bandura (1977, *cit. in* Bahls, 1999), o ciclo vicioso dos deprimidos, com a sua teoria do comportamento que influencia e é influenciado, uma vez que as pessoas depressivas, estando pessimistas, facilmente despertam rejeição, o que intensifica a sua auto - desaprovação, tornando-as mais negativas e, assim, alimentando o ciclo doentio. Seligman (1977, *cit. in* Bahls, 1999), com a sua teoria do desamparo aprendido, colabora com os conceitos cognitivistas através da compreensão de que a aprendizagem da impotência perante os acontecimentos, que se estabelece em determinadas pessoas no início da vida, é responsável pela representação cognitiva de fracasso existente nos pacientes deprimidos. Schreiber (1978, *cit. in* Bahls, 1999) chega a afirmar que as distorções negativistas dos pacientes depressivos podem ser igualadas em importância aos sintomas básicos da depressão.

Beck (1976, *cit. in* Bahls, 1999) considera a necessidade da existência de uma predisposição cognitiva para a depressão, cuja origem está nas experiências iniciais das pessoas, formando os conceitos ou esquemas negativistas sobre si mesmas e sobre a vida. Guidano e Liotti (1983, *cit. in* Bahls, 1999) consideram que os esquemas disfuncionais dos pacientes depressivos têm origem nas experiências de perdas ou desapontamentos durante a infância ou adolescência, causando distorções que moldam a percepção da realidade dentro de um quadro negativista. A experiência pessoal forma pressupostos cognitivos que estabelecem sistemas de valores e crenças que, por sua vez, dão sentido e previsão aos acontecimentos.

Devido à forma e intensidade das experiências iniciais, alguns desses pressupostos podem ser disfuncionais, que por si só não causam a depressão mas, uma vez ativados, desencadeiam os chamados pensamentos negativos automáticos que interferem diretamente na interpretação de tudo que ocorre com os indivíduos. Portanto, na depressão há uma distorção patológica de um processo que existe em qualquer pessoa (Shinohara, 1998, *cit. in* Bahls, 1999).

O modelo cognitivo propõe três conceitos clássicos para explicar o substrato psicológico da depressão:

- tríade cognitiva;
- esquemas cognitivos disfuncionais;
- distorções ou erros cognitivos (Bahls, 1999).

A tríade cognitiva consiste no fato de o paciente apresentar uma visão negativa e persistente em relação a três aspectos fundamentais que são: sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro. Através dessa falsa interpretação, a pessoa com depressão sente-se encurralada, envolvida por situações nas quais só podem ocorrer decepções, sofrimento, desamparo e desesperança (Bahls, 1999)

Os esquemas cognitivos dizem respeito à forma sistemática como a pessoa interpreta as situações adequando-as a suas referências vivenciais. Na organização estrutural do paciente deprimido, esses padrões estáveis, que servem de base para transformar os dados em cognições, encontram-se disfuncionais gerando percepções distorcidas da realidade que se encaixam nos esquemas previamente ativados (Goldrajch, 1996, *cit. in* Bahls, 1999). O paciente perde grande parte do controle sobre os seus pensamentos. À medida que a depressão se intensifica mais automático se torna o pensamento. A pessoa pode vir a ser, então, inteiramente dominada pelo esquema disfuncional, ficando a organização cognitiva autônoma e independente de fatores externos (Ito, 1997). Os erros cognitivos representam as distorções que acontecem no processamento das informações, no sentido de adaptar a realidade aos esquemas negativistas. Segundo Burns (1980, *cit. in* Bahls, 1999), os principais erros cognitivos são: pensamento dicotômico, sobregeneralização, abstração seletiva, inferência arbitrária, magnificação e minimização e personalização.

2.3. Satisfação/Insatisfação no trabalho

Segundo a literatura, a satisfação no trabalho é um estado emocional que resulta da interação dos profissionais, das suas características pessoais, valores e expectativas com o ambiente e a organização do trabalho. Deste modo, o trabalho influencia a saúde e o sentimento de bem-estar do trabalhador (Rebouças, Legay & Abelha, 2007). Ao variar de pessoa para pessoa, e de circunstância para circunstância, a satisfação está sujeita a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho, podendo interferir no comportamento profissional e/ou social do trabalhador, sendo passível de afetar a sua saúde

física e mental. O conteúdo do trabalho, as possibilidades de promoção, o reconhecimento, as condições e o ambiente, as relações com os colegas e subordinados e as características da supervisão são fatores essenciais que parecem influenciar o nível de satisfação que cada indivíduo sente no seu local de trabalho (Lock, 1976, *cit. in* Martinez, Paraguay & Latorre, 2004). Segundo esta linha de pensamento, a satisfação parece interferir na capacidade de adaptação ao trabalho, uma vez que se refere à integração, à autonomia, à motivação, ao envolvimento e à utilização das capacidades físicas e mentais (Marqueze & Moreno, 2005).

Também como fator de relevância para a satisfação no trabalho, a literatura sugere o stress, ou situações tidas como stressantes, vistas como tendo uma especial importância na vida do trabalhador moderno. O conceito de stress no trabalho diz respeito à adaptação que um indivíduo tem que fazer para se ajustar às pressões internas e externas que surgem no seu ambiente de trabalho; assim, ele aparece quando se apresenta um desajuste entre a pessoa, o posto de trabalho e a própria organização (Medina, 2000, *cit. in* Meirelles & Zeitoune 2003).

Estes fatores que causam ansiedade ao trabalhador e, por conseguinte, desencadeiam o stress, poderão provocar desgastes emocionais e físicos, com manifestações desagradáveis que, se agravadas desencadearão doenças (O.M.S., 1985; Dejours, 1992, *cit. in* Meirelles & Zeitoune 2003) Assim sendo, será necessário o conhecimento sobre os stressores, de forma a se desenvolver uma estratégia para lidar com a situação que contribuirá para o controlo do stress. Bringuente et al.(1997, *cit. in* Meirelles & Zeitoune 2003) consideram muito importante a forma como a pessoa identifica e gere as situações stressoras e o desenvolvendo de um mecanismo cognitivo de coping, em virtude desse mecanismo atuar na prevenção de stresse. Deste modo, a satisfação ou a insatisfação do trabalhador podem estar vinculadas a aspetos como as condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico, condições de higiene e segurança) e a organização do trabalho (divisão do trabalho, das tarefas, as relações de poder, as questões de responsabilidade e o relacionamento entre as pessoas). Sendo o stress no local de trabalho considerado um resultado de um desequilíbrio entre as exigências ambientais e a incapacidade de lutar contra elas, é considerado importante que haja uma adaptação do trabalho ao indivíduo e de cada indivíduo ao trabalho (ICN, 1998, *cit. in* Meirelles & Zeitoune 2003).

Por seu lado, Herzberg (1968, *cit. in* Franco, 2008) sugere que a qualidade de vida no trabalho diz respeito ao senso de autorrealização que os indivíduos adquirem através do seu próprio trabalho, e não do ambiente em que estão inseridos. O autor dividiu os fatores ligados à motivação em duas categorias diferentes, os fatores higiênicos (relacionados com as condições de trabalho) e os fatores de satisfação, ou motivacionais (relacionados diretamente com o trabalho. Deste modo, os fatores higiênicos não são parte intrínseca das tarefas, relacionando-se com as condições sob as quais elas ocorrem, como, por exemplo, políticas organizacionais, salário, supervisão, condições e segurança no trabalho e relações interpessoais. Estes fatores não são, para este autor, suficientes para promover a motivação e, conseqüentemente, a produtividade dos membros da organização; porém, quando se

deterioram ou ficam abaixo de determinados níveis, podem resultar em insatisfação e atitudes negativas em relação ao trabalho e à organização.

Os fatores motivacionais parecem relacionar-se com os aspetos responsáveis pela satisfação do indivíduo no que toca à tarefa e à sua execução, compreendendo, entre outros aspetos, a liberdade para criar e inovar, a realização, o reconhecimento, a responsabilidade, a possibilidade de crescimento, o desenvolvimento e o progresso. Deste modo, é estabelecida uma relação direta e de dependência entre a produtividade e a motivação (Franco, 2008).

A literatura sugere, ainda, que o papel do líder e seu estilo de liderança são fundamentais para desenvolver a satisfação dos funcionários no trabalho. Contribuindo para a motivação encontram-se fatores como o comprometimento dos funcionários, a confiança na empresa, a segurança e o sentimento de valorização do funcionário conquistado através do feedback, do respeito e da credibilidade. A Liderança está entre uma das principais causas de (in) satisfação no trabalho. Bons líderes criam todas as condições possíveis para que os ambientes de trabalhos sejam lugares aprazíveis e nos quais as pessoas possam desenvolver e realizar os seus potenciais. É muito importante que a liderança de, por exemplo, uma empresa seja consciente do papel que exerce perante a motivação dos funcionários, uma vez que será o responsável direto por criar as condições básicas para que se possa encontrá-la (Carvalho, Fernandes, Oliveira & Zamberlan, 2006).

Num campo mais emocional, a satisfação no trabalho resulta da avaliação que o indivíduo faz do seu trabalho e da sua perceção sobre como este satisfaz ou permite a satisfação de seus valores importantes no trabalho (Locke, 1969, 1976, *cit. in* Carvalho, Fernandes, Oliveira & Zamberlan, 2006). Isto é, a componente afetiva ou emocional diz respeito a quão bem uma pessoa se sente em relação a um trabalho, sugerindo que a satisfação no trabalho é baseada parcialmente no que o indivíduo pensa e parcialmente no que o indivíduo sente (Wright & Cropanzano, 2000; Zalewska, 1999, Carvalho et al, 2006).

Como já foi referido, a satisfação no trabalho exerce a sua influência sobre o trabalhador, afetando a sua saúde física e mental, as suas atitudes, o seu comportamento profissional e social e a sua qualidade de vida, tendo repercussões tanto para a vida pessoal e familiar do indivíduo como para as organizações. No que concerne à saúde mental do indivíduo, e considerando a extensão que o efeito da satisfação no trabalho pode ter para a sua vida particular, quando ocorre uma insatisfação, esta será acompanhada de um desapontamento que permeará a sua vida, afetando o seu comportamento fora do trabalho (Coda, 1986, Carvalho, *cit. in* Fernandes, Oliveira & Zamberlan, 2006). Um estudo realizado por Zalewska (1996, *cit. in* Carvalho, Fernandes, Oliveira & Zamberlan, 2006), revelou que trabalhadores insatisfeitos demonstraram ser mais suscetíveis à ansiedade depressiva em situações difíceis, o que provavelmente dificultaria a organização das tarefas e o seu desempenho, e se ressentiam dos efeitos do stress causado por uma sobrecarga, apresentando sintomas como dores de cabeça, cansaço, corpo tenso, fraqueza muscular e dificuldade em respirar com mais frequência do que os trabalhadores satisfeitos (Martinez & Paraguay, 2003).

Em suma, suspeita-se que índices altos de insatisfação com o trabalho produzem altos níveis de sofrimento mental, que podem levar o trabalhador a desenvolver certas síndromes ou doenças relacionadas com o trabalho, como o stress ocupacional, doenças cardíacas e burnout, tido como uma condição extrema de frustração ou fadiga, tensão emocional, esgotamento e falta de energia para lidar com a rotina profissional (Maslach & Leiter (1997, *cit in* Martins & Santos, 2006). A definição de satisfação no trabalho com mais relevância até hoje aparenta ser a de Locke (1976, *cit in* Martins & Santos, 2006), definindo a satisfação como um estado emocional agradável ou positivo, que resulta de algum trabalho ou de experiências no trabalho.

2.4. Crise económica/no mercado de trabalho

Estamos perante uma crise global do sistema capitalista, em que, segundo a literatura, se vivencia a erosão do trabalho contratado e regulamentado, herdeiro das eras taylorista e fordista, que foi dominante no século XX e que está a ser substituído pelas diversas formas de “empreendedorismo”, “cooperativismo”, “trabalho voluntário”, “trabalho atípico”, formas que mascaram, frequentemente, a autoexploração do trabalho. Ao mesmo tempo, parece presenciar-se, também, uma explosão do desemprego estrutural em escala global, que atinge a totalidade dos trabalhadores, sejam homens ou mulheres, estáveis ou precarizados, formais ou informais, nativos ou imigrantes, sendo que estes últimos são os primeiros a ser penalizados. Em Portugal, entre outros países, os índices de desemprego que acabam de ser divulgados são os maiores das últimas décadas (Antunes, 2010). Este fenómeno pode ser definido como um problema crónico e estrutural das sociedades contemporâneas, sendo a causa de conflitos políticos e problemas sociais e psicológicos (Outhwaite & Bottomore, 1996, *cit. in* Gondin, Estramiana, Luna, Oliveira & Souza, 2010).

Uma vez que a falta de emprego é sentida um pouco por todo o mundo é, ainda, de salientar, a falta daqueles que são considerados bons empregos, uma vez que também eles são escassos. Estes bons empregos seriam aqueles que pagam e oferecem estabilidade, perspectivas de carreira, seguro-desemprego, seguro contra acidentes, enfermidades, velhice e morte (Singer, 1996).

É sugerido na literatura que o trabalho é um dos determinantes mais importantes da vida das pessoas, influenciando a sua saúde, longevidade e autoestima, dando sentido à sua existência e levando a um processo de valorização social Borges (2002, *cit. in* Ahs & Westerling, 2005). Em grande medida, o trabalho assalariado típico, que garante a estabilidade e os direitos do trabalhador, tem vindo a ser substituído por trabalho temporário ou em part-time, assim como por outras formas de emprego, que incluem os trabalhos sem contrato.. Assim, as pessoas com condições precárias no emprego têm mais probabilidade de sofrer de condições socioeconómicas adversas e correm um maior risco de ficarem desempregadas (Giatti, Barreto & César, 2008).

Estudos têm demonstrado que o desemprego está associado, num nível pessoal, com a deterioração da saúde mental, havendo uma correlação com o risco de mortalidade, especialmente em situações de suicídio (Sharp, 2009), assim como com doenças incapacitantes e comportamentos de risco, como problemas de alcoolismo e tabagismo. Por outro lado é, também, sugerido que a falta de saúde mental pode ser uma causa do desemprego (Bambra & Eikemo, 2009).

Nesta linha de pensamento, o medo e a angústia do trabalhador são das piores consequências do desemprego, uma vez que levam ao sofrimento mental. Todavia, esta situação parece acontecer tanto ao trabalhador empregado, como ao desempregado. O desempregado, encontrando-se excluído do mercado de trabalho, tem medo de não encontrar um novo emprego. Por seu lado, o trabalhador empregado sofre com o medo, pressões e ameaças de novas demissões. Deste modo, pesquisas revelam que, hoje em dia, o maior medo de quem tem emprego é perdê-lo (Castelhano, 2005; Pinheiro & Monteiro, 2007).

CAPITULO 3. Metodologia

3.1. Pertinência, objetivos, variáveis e tipo de estudo

Num momento em que se atravessa, a nível global, uma crise económica e se experiencia uma fraca empregabilidade, o número de pessoas sem emprego aumenta diariamente, assim como o número de pessoas que decidem tentar a sorte num país estrangeiro (Antunes, 2010).

Por se viver, atualmente, no meio desta situação, afigurou-se pertinente pensar em questões como as consequências psicológicas que tal pode ter para quem tem que a enfrentar. Não obstante, pareceu ser importante refletir sobre aqueles que, apesar de ainda terem emprego, não atingem com ele os desejados níveis de satisfação (Rebouças, Legay & Abelha, 2007) e que, acima de tudo, têm medo e correm o risco de o perder. Mais ainda, o modo como as pessoas lidam com estes acontecimentos foi considerado como bastante relevante para a ultrapassagem das adversidades (Damião et al, 2009).

Deste modo, o objetivo desta investigação, que tem por base um design cross-sectional de natureza exploratória, é fazer uma avaliação da sintomatologia depressiva e das estratégias de coping presentes, assim como da sua intensidade, em pessoas que se encontram em idade laboral e, por consequência, serem passíveis de vivenciar as desventuras de que tanto se ouve falar no momento presente.

Para tal, as variáveis utilizadas no estudo serão:

- Idade;
- Género;
- Grau de escolaridade;
- Estatuto ocupacional;
- IRP (Inventário de Resolução de Problemas);
- Symptom Checklist -90 -R (SCL-90-R);
- IACLIDE (Inventário de Avaliação Clínica da Depressão).

3.2. Instrumentos de avaliação

Tendo em consideração as áreas que iriam ser estudadas, optou-se pela utilização de um conjunto de questionários: Questionário Sociodemográfico (Anexo A), Inventário de Resolução de Problemas (IRP) (Vaz Serra, 1988) (Anexo B), Symptom Checklist -90 (SCL-90-R) (Lipman, Derogatis & Covi,1973) (Anexo C) e o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) (Vaz Serra, 1994) (Anexo D)

3.2.1. Caracterização dos instrumentos de avaliação

3.2.1.1 Questionário Sociodemográfico

A realização do questionário sociodemográfico foi efetuada pela equipa de investigação tendo em vista os objetivos do presente estudo. Deste modo, este questionário congrega: idade, sexo (masculino/feminino), encontrar-se numa relação (sim/não), estado civil (solteiro(a), casado(a), unido(a) de facto, viúvo(a), divorciado(a)), filhos (sim/não), qual a média mensal de tempo que passa com os filhos (pergunta aberta), grau de escolaridade (pergunta aberta), estatuto socioeconómico (alto, médio alto, médio, médio baixo, baixo), contexto de residência (urbano/rural), coabitação (pai/padrasto, mãe/madrasta, pais, companheiro(a), filhos, outros), rede de suporte social (muito fraca, fraca, razoável, boa, muito boa) e estatuto ocupacional (desempregado, no ativo, estudante, reformando).

3.2.1.2. Inventário de Resolução de Problemas (IRP)

Esta escala tem como objetivo medir as estratégias de coping, ou antes, os comportamentos de coping, incluindo itens para avaliar o confronto ativo da resolução de problemas, o controlo percetivo da situação ou das suas consequências e os mecanismos redutores da tensão emocional (Pais Ribeiro, 2007).

O IRP é constituído por 40 itens em que o tempo de resposta varia entre os 15 e os 40 minutos e onde a resposta faz correspondência com o modo que cada um reage às três situações apresentadas. Estas situações serão de dano, e ameaça e desafio (Pais Ribeiro, 2007).

Estão presentes no IRP nove diferentes fatores:

- Pedido de ajuda;
- Confronto e resolução ativa de problemas;
- Abandono passivo perante a situação;
- Controlo interno/externo dos problemas;
- Estratégias de controlo das emoções;
- Atitude ativa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências;
- Agressividade internalizada/externalizada;
- Autorresponsabilização e medo das consequências;
- Confronto com os problemas e planificação de estratégias (Pais Ribeiro, 2007).

A pontuação deste instrumento é obtida através de uma escala tipo Likert de 1 a 5, em que o 1 será a pontuação mais baixa e o 5 a pontuação mais alta. Para a construção deste inventário foi utilizada uma amostra de 692 indivíduos, dos quais 102 voltaram a responder passado cerca de um mês, a fim de efetuar um estudo de estabilidade temporal. Deste modo, os resultados demonstraram uma boa estabilidade temporal, com uma correlação teste/reteste

de .808 (N=102). Foi, também, demonstrada uma boa consistência interna com o coeficiente de Spearman-Brown de .860. Mais ainda, uma análise dos componentes principais dos 40 itens e uma rotação ortogonal do tipo varimax revelaram a existência dos nove fatores já referidos, que explicam 51,7% da variância total (Vaz Serra, 1988) um estudo sobre o coping

3.2.1.3. Sympton Checklist -90 - R (SCL-90-R)

Este é um inventário com 90 itens para uma autoavaliação de sintomas de desajustamento emocional e avalia a psicopatologia através de nove dimensões primárias de sintomas. Estas dimensões são:

- Somatização- inclui doze sintomas relacionados com vivências de disfunção corporal e reflete o mal estar resultante da percepção do funcionamento somático, isto é, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, cefaleias, dores ou desconforto localizado na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade;
- Obsessões - Compulsões - compreende dez itens que dizem respeito às condutas, pensamentos e impulsos que a pessoa considera absurdos e indesejáveis, que geram uma intensa angustia e que são difíceis de resistir, evitar ou eliminar;
- Sensibilidade Interpessoal - através dos nove sintomas desta dimensão, são avaliados sentimentos de inferioridade ou inadequação pessoal, particularmente nas comparações com outros, sendo as suas manifestações mais características a auto depreciação, a timidez, o embaraço nas relações com os outros e as expectativas negativas relativas a essas relações;
- Depressão - esta escala inclui treze itens que procuram identificar sintomas de humor disfórico, falta de motivação e diminuição de energia e ideação autodestrutiva, assim como outras manifestações cognitivas e somáticas características dos estados depressivos;
- Ansiedade - os dez itens refletem um conjunto de sintomas e comportamentos associados com a ansiedade manifesta. Encontram-se, igualmente, incluídos sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico;
- Hostilidade - seis itens associados à agressividade e à cólera enquanto estado afetivo negativo, procura identificar pensamentos, sentimentos e ações características a este nível, as quais na prática se traduzem pela irritabilidade e ressentimento;
- Ansiedade Fóbica - inclui sete sintomas e é definida como a resposta de medo persistente a um sujeito, local, objeto ou situação específica. Tem um carácter irracional e é desproporcionada em relação ao estímulo desencadeante, levando o indivíduo a adotar comportamentos de fuga ou evitação;
- Ideação Paranóide - é constituída por seis itens e representa o comportamento paranóide, fundamentalmente, como um modo perturbado de pensamento, que se traduz principalmente ao nível do pensamento projetivo, desconfiança, centralismo

auto referencial e ideação delirante, hostilidade, grandiosidade, medo da perda de autonomia e necessidade de controlo;

- Psicoticismo - compreende dez sintomas que configuram um espectro psicótico que se estende desde a esquizofrenia leve até uma psicose mais complicada. No entanto, na população em geral, está mais relacionada com sentimentos de alienação social do que com a psicose clínica manifesta (Degoratis, 2002).

A aplicação requer de 15 a 20 minutos e a pontuação é obtida a partir de uma escala de Likert de cinco pontos, que varia entre 0 (nunca) e 4 (extremamente). A informação do número de sintomas e a sua intensidade (número de sintomas presentes) e o índice de sintomas positivos (medida de intensidade ajustada para o número de sintomas presentes) são combinados no Índice Geral de Sintomas (Degoratis, 2002).

No que diz respeito às características psicométricas na população portuguesa, existem níveis adequados de consistência interna e de estabilidade temporal. Os coeficientes alfa de Cronbach variam entre .77 e .90 para as nove dimensões e as correlações entre o teste e o reteste oscilam entre .78 e .90 (Soares, Moura, Carvalho e Baptista, 2000).

3.2.1.4. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)

O IACLIDE tem como objetivo detetar a presença e a gravidade de um quadro depressivo e é constituído por 23 itens. Os resultados são obtidos através de uma escala de Likert de cinco posições que varia entre 0 e 4. Deste modo, quanto mais elevado o resultado obtido, mais grave é o quadro clínico. Este instrumento avalia quatro dimensões distintas, a biológica, a cognitiva, interpessoais e o desempenho da tarefa e que significam a relação que o indivíduo estabelece com o organismo, consigo próprio, com os outros e com o trabalho, respetivamente, sendo que o tempo de resposta será de 10 a 20 minutos (Pais Ribeiro, 2007).

A nota global deste teste varia entre 0, ausência de sintomas, e 92, ou todos os sintomas com a sua intensidade máxima. No que diz respeito aos pontos de corte, a diferença entre população normativa e população com presença de depressão recaiu sobre o ponto 20. No entanto, no caso da intensidade da depressão ser leve, quando a pessoa tem sintomas depressivos mas não deixa de executar completamente as suas tarefas, o ponto de corte corresponde a 28, se for moderada, quando a pessoa já sente dificuldade na execução das tarefas, corresponde a 45 e, se for grave, isto é, se a pessoa se sentir incapaz na elaboração das tarefas, corresponde a 58 (Vaz Serra, 1995).

Para a construção deste inventário, foi criada uma amostra de 340 participantes deprimidos cujos resultados foram, posteriormente, comparados com uma nova amostra de 340 sujeitos normativos. Mais tarde foram, ainda, acrescentados mais 102 participantes deprimidos, perfazendo, assim, 782 sujeitos, com o intuito de se estabelecer médias relativas aos diferentes graus de depressão (Vaz Serra, 1995).

Assim sendo, o inventário apresentou uma correlação “Par/Ímpar” de 0.854 e o Coeficiente de Spearman-Brown de 0.920, o que se traduz numa boa consistência interna. Por

fim, no que concerne à homogeneidade dos itens, o valor do Alpha de Cronbach foi de 0.890 e apresentou, também, um coeficiente de validação concorrente com a versão portuguesa do Inventário de Depressão de Beck de 0.717 (Vaz Serra, 1995).

3.3. Procedimento

Depois de tomada esta decisão relativa à população-alvo, procedeu-se à escolha dos instrumentos de avaliação que iriam ser utilizados. A aplicação destes instrumentos de avaliação decorreu durante, aproximadamente, seis meses, entre Abril e Setembro de 2012. Na abordagem feita aos participantes, depois da apresentação da investigadora, realizou-se uma exposição do estudo a ser realizado, dando a conhecer que teria fins académicos, inserindo-se no âmbito da dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade da Beira interior, salientando que o objetivo se centraliza na recolha de informação acerca da possível presença de sintomatologia depressiva e das estratégias de coping.

Seguidamente, enfatizou-se o carácter anónimo e confidencial dos questionários, assim como o facto de não haver respostas certas ou erradas, mas apenas aquilo que é adequado para cada pessoa. Por serem questionários de autorresposta, os participantes do estudo preencheram-nos sozinhos.

A aplicação terminou com o agradecimento da colaboração que tiveram na investigação.

3.4. Análise Descritiva da Amostra

A amostra desta investigação é uma amostra de conveniência e é constituída por 153 participantes em idade laboral, com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos, sendo que 89 destes participantes, que constituem 58,2% da amostra, se encontram entre os 18 e os 34 anos, enquanto que 64, ou 41,8% do total da amostra, se encontram entre os 35 e os 50 anos.

No que diz respeito ao género, 87 participantes (56,9%) são do género masculino e 66 (43,1%) do género feminino.

Apenas 44 participantes (28,8% da amostra) se encontram numa relação; já 109 (71,2%) encontram-se numa relação. No entanto, 74 sujeitos, que constituem 48,4% da amostra, são solteiros, 68 (44,4%) são casados, 8 (5,2%) vivem em união de facto e 3 (2%) são divorciados.

83 participantes, correspondentes a 54,2% da amostra, dizem não ter filhos, enquanto 70, 48,8% da amostra, afirmam ter filhos.

Em relação ao grau de escolaridade, 18 participantes (11,8%) apresentam iliteracia funcional, tendo frequentado a escola mas não tendo concluído a escolaridade obrigatória, 20

(13,1%) concluíram a escolaridade obrigatória e 115 (75,2%) têm formação superior à escolaridade obrigatória.

No respeitante ao estatuto socioeconómico, 11,1% (17) dos participantes encontra-se no nível baixo, 35,3% (54) no nível médio-baixo, 51,6% (79) no nível médio e 2% (3) no nível alto.

Relativamente ao contexto de residência, 65 participantes (42,5% do total da amostra) residem em contexto rural; por seu lado, 88 participantes (57,5% da amostra) vivem em contexto urbano.

2% da amostra, ou 3 participantes, refere viver com o pai/padrasto, 5,2%, ou 8 participantes, refere viver com a mãe/madrasta e 20,3%, ou 31 participantes, refere viver com ambos os pais. Assim, 51 participantes (33,3%) vive com o/a companheiro/a, 2 (1,3%) vive com os filhos e 31 (20,3%) vive com o/a companheiro/a e os filhos. Os restantes 27 participantes, constituintes de 17,6% da amostra recaem sobre a categoria “outros”.

No que concerne à qualidade da rede de suporte social da amostra, 4 participantes, 2,6%, consideram que é muito fraca, 7, 4,6%, dizem que é fraca, 60, 39,2%, pensam que é razoável, 60, 39,2%, afirma que é boa e 22, 14,4%, consideram que é muito boa.

Por fim, em relação ao estatuto ocupacional, 12 participantes, ou 7,8% da amostra, encontram-se desempregados, sendo que os restantes 141 participantes, constituintes de 92,2% da amostra, se encontram empregados.

CAPITULO 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. Análise Descritiva dos Instrumentos

4.1.1. Inventário de Resolução de Problemas (IRP)

Este instrumento, como referido anteriormente, diz respeito às estratégias de coping, e subdivide-se em nove dimensões. Estas dimensões são, então, pedido de ajuda (1), confronto e resolução ativa de problemas (2), abandono passivo perante a situação (3), controlo interno/externo dos problemas (4), estratégias de controlo das emoções (5), atitude ativa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (6), agressividade internalizada/externalizada (7), autorresponsabilização e medo das consequências (8) e confronto com os problemas e planificação de estratégias (9).

Deste modo, na Tabela 1 encontram-se os resultados referentes às medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão e variância). No que diz respeito às medidas de tendência central relativas à dimensão “pedido de ajuda”, as pontuações obtidas na média e na mediana foram, respetivamente, 17,52 e 18. Já as pontuações das medidas de dispersão foram de 3,56 no desvio padrão e de 12,67 na variância

Na dimensão “confronto e resolução ativa dos problemas”, a pontuação obtida na média foi de 24,42 e na mediana foi de 26. No desvio padrão obteve-se o valor de 6,31 e na variância o valor foi de 39,82.

Por sua vez, na dimensão “abandono passivo perante a situação”, a média assumiu o valor de 12,84 e a mediana o valor de 13; já no desvio padrão o valor foi de 2,18 e na variância o valor foi de 4,76.

No que toca à dimensão “controlo interno/externo dos problemas”, os pontuações obtidas na media foram 31,55 e na mediana foram de 33, enquanto que no desvio padrão se verificou uma pontuação de 4,52 e na variância uma pontuação de 20,44.

No que concerne à dimensão “estratégias de controlo das emoções”, a média foi de 17,11 e a mediana foi de 17. No desvio padrão obteve-se o valor de 2,52 e na variância obteve-se o valor de 6,34.

Relativamente à dimensão “atitude ativa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências”, verificou-se que a média apresentou um valor de 12,48 e a mediana uma valor de 12. O desvio padrão assumiu um valor de 2,22 e a variância assumiu um valor de 4,96.

Na “agressividade internalizada/externalizada”, a média foi de 6,31 enquanto que a mediana foi de 6. Relativamente ao desvio padrão, a pontuação foi de 1 e a variância foi, também, de 1.

A dimensão “autorresponsabilização e medo das consequências” apresentou uma média de 16,16, uma mediana de 17, um desvio padrão de 2,57 e uma variância de 6,63.

Na última dimensão, “confronto com os problemas e planificação de estratégias”, observou-se uma média com o valor 10,74 e uma mediana com o valor de 11. O desvio padrão assumiu o valor de 1,94 e a variância um valor de 3,79.

Por fim, a média da pontuação global IRP, no que respeita às medidas de tendência central, apresentou uma média de 16,56 e uma mediana de 16,44; nas medidas de dispersão, o desvio padrão foi de 1,34 e a variância foi de 1,81.

Estes resultados serão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 Estatística descritiva do Inventário de Resolução de Problemas

<i>Dimensões</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Median a</i>	<i>Mod a</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Variân- cia</i>	<i>Míni- mo</i>	<i>Máxi- mo</i>
1	153	17,52	18	16	3,56	12,67	10	25
2	153	24,42	26	26	6,31	39,82	8	35
3	153	12,84	13	15	2,18	4,76	8	15
4	153	31,55	33	36	4,52	20,44	22	40
5	153	17,11	17	20	2,52	6,34	11	20
6	153	12,48	12	13	2,27	4,96	7	17
7	153	6,31	6	6	1	1	5	10
8	153	16,16	17	16	2,57	6,63	9	20
9	153	10,67	11	10	1,94	3,78	7	14
IRP global	153	149,05	148	146	12,13	147,22	120	173

4.1.2. Symptom Checklist -90 -R (SCL-90-R)

Esta escala faz uma avaliação dos sintomas de desajustamento emocional fazendo uso de nove dimensões primárias de sintomas: somatização (1); obsessões - compulsões (2); sensibilidade interpessoal (3); depressão (4); ansiedade (5); hostilidade (6); ansiedade fóbica (7); ideação paranóide (8) e psicoticismo (9).

No que concerne às medidas de tendência central da dimensão somatização, a média apresentou o valor 56,07 e a mediana o valor 55. Nas medidas de dispersão da mesma dimensão, foram observados os valores de 7,41 e 54,98 no desvio padrão e na variância, respetivamente.

Na segunda dimensão, obsessões - compulsões, as pontuações verificadas foram 58,24 na média, 58 na mediana, 9,32 no desvio padrão e 86,99 na variância.

A média da dimensão sensibilidade interpessoal apresentou um valor de 47,69, enquanto que a mediana apresentou um valor de 47. No que respeita ao desvio padrão, o valor apresentado foi 8,24, sendo que o apresentado na variância foi 67,94.

Na média e na mediana da dimensão depressão foram verificadas as pontuações de 42,97 e 43, respetivamente; já a pontuação do desvio padrão foi 8,29 e a pontuação da variância foi 68,78.

No que diz respeito à dimensão ansiedade, as medidas de tendência central foram 55,26 (média) e 57 (mediana) e as mediadas de dispersão foram 8,27 (desvio padrão) e 68,43 (variância).

Na dimensão hostilidade, observou-se, na média, o valor 56,86 e, na mediana, o valor 58, no desvio padrão, o valor 6,98 e, na variância, o valor 48,71.

Por sua vez, a dimensão ansiedade fóbica apresentou um valor médio de 51,63, com uma mediana de 53. O desvio padrão apresentou o valor 13,51 e a variância o valor 182,59.

Relativamente à dimensão ideação paranóide, verificou-se uma média de 58,48, uma mediana de 60, um desvio padrão de 7,89 e uma variância de 62,37.

Na última dimensão, o psicoticismo, pode ser observado uma média com o valor 57,08 e uma mediana com o valor 58. Já no que toca ao desvio padrão e à variância, os resultados foram 10,07 e 101,56, respetivamente.

Por último, o Índice Geral de Sintomas revelou uma média de 55,41 e uma mediana de 60, enquanto que o desvio padrão foi de 12,94 e a variância de 167,66.

Estes resultados serão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Estatística descritiva do SCL-90-R

Dimensões	N	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
1	153	56,07	55	54	7,41	54,98	34	70
2	153	58,24	58	67	9,32	86,99	40	70
3	153	47,69	47	34	8,24	67,94	34	63
4	153	42,97	43	34	8,29	68,78	34	70
5	153	55,26	57	54	8,27	68,43	40	70
6	153	56,86	58	60	6,98	48,71	34	70
7	153	51,63	53	34	13,51	182,58	34	70
8	153	58,48	60	60	7,89	62,37	34	40
9	153	57,08	58	67	10,07	101,56	34	70
Índice global	153	51,41	60	67	12,94	167,66	34	67

4.1.3. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)

Conforme já foi dito, o IACLIDE avalia a presença e a gravidade dos sintomas depressivos através de quatro dimensões, a dimensão biológica, a dimensão cognitiva, a dimensão interpessoal e a dimensão desempenho na tarefa.

Assim, atendendo às medidas de tendência central da dimensão biológica, pode ser observada uma média de 0,82 e uma mediana de 0,80; atendendo às medidas de dispersão, o valor 0,69 faz referência ao desvio padrão e o valor 0,48 faz referência à variância.

No respeitante à dimensão cognitiva, a média apresentou o valor 0,62, enquanto a mediana apresentou 0,50; o desvio padrão e a variância apresentaram, respetivamente, os valores 0,51 e 0,26.

Na terceira dimensão, a dimensão interpessoal, a média foi de 0,51 e a mediana de 0,33, sendo o desvio padrão de 0,58 e a variância de 0,34.

Relativamente à dimensão desempenhos na tarefa, esta apresentou uma média de 0,61, uma mediana de 0,50, um desvio padrão de 0,53 e uma variância de 0,28.

Na variável global (pontuação bruta) do IACLIDE, a média foi de 15,64 e a mediana foi de 13; já no que diz respeito ao desvio padrão, este foi de 11,37, sendo que a variância foi de 129,39.

Os resultados serão, também aqui, apresentados na tabela 3.

Tabela 3. Estatística descritiva do IACLIDE

Dimensões	N	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
Biológica	153	0,82	0,80	0,4	0,69	0,48	0	3,6
Cognitiva	153	0,62	0,50	0,3	0,51	0,26	0	1,9
Interpessoal	153	0,51	0,33	0	0,58	0,34	0	2,3
Desempenho na tarefa	153	0,61	0,50	0,8	0,53	0,28	0	2,3
IACLIDE global	153	15,54	13	10	11,35	129,39	0	49

Mais ainda, afigurou-se importante a apresentação da pontuação no que diz respeito à variável dos graus de classificação da depressão. Nesta variável, 113 participantes (73,9% da amostra) revelaram uma ausência de depressão, 14 participantes (9,2%) apresentavam alguns estados depressivos leves (depressão sindromal), 23 participantes (15%) tinham depressão leve e apenas 3 participantes (2%) tinham depressão moderada.

Tabela 4. Análise descritiva da variável dos graus de classificação da depressão

	<i>N</i>	%
Ausência	113	73,9
Estados depressivos leves	14	9,2
Depressão leve	23	15
Depressão moderada	3	2

Assim sendo, verificou-se, para esta variável, uma média de 0,45, uma mediana de 0, um desvio padrão 0,81 e uma variância de 0,67.

Tabela 5. Estatística descritiva da variável grau de classificação da depressão

Dimensões	<i>N</i>	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
Grau de classificação da depressão	153	0,45	0	0	0,81	0,67	0	3

4.2. Análise estatística

4.2.1. Teste Mann-Whitney

As variáveis seguintes vão ser avaliadas pelo teste de Mann-Whitney. Este teste tem como objetivo averiguar se existem diferenças nas ordens médias de dois grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal diferem (Martins, 2011; Pallant, 2011 & Laureano, 2011).

4.2.1.1. IRP e idade

No que diz respeito a estas duas variáveis, observou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos da variável idade (18 aos 34 anos e 35 aos 50 anos), $U = 2373,50$, $p = 0,07$, ou seja, não existem diferenças significativas nas estratégias de coping entre os dois grupos.

Tabela 6. Teste Mann-Whitney para o IRP e a idade

	IDADE		U	P
	18-34 anos (N=89) Ordem média	35-50 anos (N=64) Ordem média		
IRP	71,67	84,41	2373,50	0,07

4.2.1.2. IRP e género

Relativamente a este caso, verifica-se, novamente, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros (masculino e feminino), $U = 2583$, $p = 0,28$, isto é, não existem diferenças significativas nas estratégias de coping entre os dois sexos.

Tabela 7. Teste Mann-Whitney para o IRP e o género

	GÉNERO		U	P
	Masculino (N=87) Ordem média	Feminino (N=66) Ordem média		
IRP	80,31	72,64	1583	0,28

4.2.1.3. IRP e estatuto ocupacional

Também em relação a estas variáveis se pode observar que não existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos da variável estatuto ocupacional (desempregado e empregado), $U = 716,50$, $p = 0,51$. Assim, pode dizer-se que não há diferenças significativas no modo como estes dois grupos lidam com as situações.

Tabela 8. Teste Mann-Whitney para o IRP e o estatuto ocupacional

	ESTUTO OCUPACIONAL		U	P
	Desempregado (N=12) Ordem média	Empregado (N=141) Ordem média		
IRP	69	77,68	716,50	0,51

4.2.1.4 SCL-90-R e idade

No que concerne ao SCL-90-R e à idade, pode observar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos da idade, $U = 2727$, $p = 0,64$. Pode concluir-se, assim, que a idade não tem influência nas manifestações de alteração de humor e manifestações psicopatológicas da depressão.

Tabela 9. Teste Mann-Whitney para o SCL-90-R e idade

	IDADE			
	18 - 34 anos (N=89) Ordem média	35 - 50 anos (N=64) Ordem média	U	P
SCL-90-R	75,64	78,89	2727	0,64

4.2.1.5. SCL-90-R e gênero

Com estas duas variáveis, pode ser verificado que existem diferenças estatisticamente significativas no que concerne às influências do gênero nas manifestações de alteração de humor e manifestações psicopatológicas da depressão, $U = 1549,50$, $p = 0$. Deste modo, observa-se que os homens demonstram uma maior incidência de depressão ($M=92,19$) do que as mulheres ($M=56,98$).

Tabela 10. Teste Mann-Whitney para o SCL-90R e o gênero

	GÊNERO			
	Masculino (N=87) Ordem média	Feminino (N=66) Ordem média	U	P
SCL-90-R	92,19	56,98	1549,50	0

4.2.1.6. SCL-90-R e estatuto ocupacional

Em relação ao estatuto ocupacional, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, $U = 808$, $p = 0,78$. Pode deduzir-se, assim, que o estar empregado ou não tem influência nas manifestações de alteração de humor e manifestações psicopatológicas da depressão.

Tabela 11. Teste Mann-Whitney para o SCL-90-R e estatuto ocupacional

	ESTATUTO OCUPACIONAL			
	Desempregado (N=12) Ordem média	Empregado (N=141) Ordem média	U	P
SCL-90-R	73,83	77,21	808	0,78

4.2.1.7. IACLIDE e idade

No IACLIDE com os dois grupos de idade encontram-se diferenças estatisticamente significativas, $U = 2204$, $p = 0,02$. Isto é, existem diferenças significativas na influência que a idade exerce na manifestação de sintomas depressivos em cada pessoa.

Tabela 12. Teste Mann-Whitney para o IALCIDE e idade

	IDADE			
	18 - 34 anos (N=89) Ordem média	35 - 50 anos (N=64) Ordem média	U	P
IACLIDE	69,76	87,04	2204	0,02

4.2.1.8. IACLIDE e género

No cruzamento destas duas variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, $U = 2553,50$, $p = 0,24$; verifica-se, assim, que as diferenças de género não influenciam a manifestação de sintomatologia depressiva.

Tabela 13. Teste Mann-Whitney para o IACLIDE e género

	GENERO			
	Masculino (N=87) Ordem média	Feminino (N=66) Ordem média	U	P
IACLIDE	73,35	81,81	2552,50	0,24

4.2.1.9. IACLIDE e estatuto ocupacional

Também no cruzamento destas duas variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, $U = 723$, $p = 0,40$. Deste modo, pode assumir-se que o estar-se empregado, ou não, não influencia a manifestação de sintomatologia depressiva.

Tabela 14. Teste Mann-Whitney para o IACLIDE e estatuto ocupacional

	ESTATUTO OCUPACIONAL			
	Desempregado (N=12) Ordem média	Empregado (N=141) Ordem média	U	P
IACLIDE	87,25	76,30	723	0,40

4.2.2. Teste Qui-Quadrado

O teste Qui-quadrado testa a independência entre duas variáveis nominais ou uma variável nominal e outra ordinal, entre as quais se pretende averiguar a existência de uma associação (Martins, 2011; Pallant, 2011 & Laureano, 2011).

4.2.2.1. IRP e grau de escolaridade

Por ser importante para a realização deste teste, criou-se uma variável com um ponto de corte, utilizando, para isso, o valor da mediana acima descrito (148).

Deste modo, 86 participantes da amostra total encontram-se abaixo do ponto de corte, isto é, apresentam um nível de estratégias de coping mais elevado, sendo que 7 participantes (8,1%) apresentam uma iliteracia funcional, 16 (18,6%) concluíram a escolaridade obrigatória e 63 (73,3%) aparentam ter um grau de escolaridade superior ao obrigatório.

Para os valores inferiores ao ponto de corte, ou seja, aqueles participantes que aparentam possuir um nível de estratégias de coping menos elevado, pode ser observado que 11 sujeitos (16,4%) apresentam iliteracia funcional, 4 (6%) completaram a escolaridade obrigatória e 52 (77,6%) possuem um nível acadêmico mais elevado.

Tabela 15. Teste Qui-quadrado para o IRP e grau de escolaridade

IRP	GRAU ESCOLARIDADE			
	Iliteracia funcional	Até escolaridade obrigatória	Acima escolaridade obrigatória	Total
Valores inferiores ao ponto de corte	7 (8,1%)	16 (18,6%)	63 (73,3)	86 (100%)
Valores superiores ao ponto de corte	11 (16,4%)	4 (6%)	52 (77,6%)	67 (100%)

Assim, os resultados mostram que existe uma associação significativa entre o grau de escolaridade e o IRP, [$\chi^2 (2) = 6,89, p = 0,03$]. Pode concluir-se, por isso, que o grau de escolaridade influencia as manifestações de sintomatologia depressiva.

Tabela 16. Valor do Qui-quadrado e nível de significância

χ^2	df	p	N
6,89	2	0,03	153

4.2.2.2. SCL-90-R e grau de escolaridade

Fazendo uso do ponto de corte do instrumento (60), criou-se uma variável com duas categorias.

Os resultados demonstram que, nos participantes com valores inferiores ao ponto de corte, e por isso com uma menor incidência de perturbação de humor e sintomatologia psicopatológica, apenas 3 (3%) apresentam iliteracia funcional, 6 (6,1%) estudaram até ao 12º ano e 90 (90,9%) adquiriram um grau de escolaridade superior.

Já nos participantes que com valores superiores ao ponto de corte, 15 (27,8%) encontram-se na iliteracia funcional, 14 (25,9%) na escolaridade obrigatória e 25 (46,3%) acima da escolaridade obrigatória.

Tabela 17. Teste Qui-quadrado para o SCL-90-R e grau de escolaridade

SCL-90-R	GRAU ESCOLARIDADE			
	Iliteracia funcional	Até escolaridade obrigatória	Acima escolaridade obrigatória	Total
Valores inferiores ao ponto de corte	3 (3%)	6 (6,1%)	90 (90,9)	99 (100%)
Valores superiores ao ponto de corte	15 (27,8%)	14 (25,9%)	25 (46,3%)	54 (100%)

Os resultados mostram que existe uma associação significativa entre o grau de escolaridade e o SCL-90-R, [$\chi^2 (2) = 37,99, p = 0$]. Estes resultados revelam, deste modo, que o grau de escolaridade influencia as manifestações de alteração de humor e manifestações psicopatológicas da depressão.

Tabela 18. Valor do Qui-quadrado e nível de significância

χ^2	Df	p	N
37,99	2	0	153

4.2.2.3. IACLIDE e grau de escolaridade

Com os pontos de corte do IACLIDE, foi criada uma variável com apenas quatro categorias, uma vez que nenhum participante manifestou sofrer de uma depressão grave.

Deste modo, dos participantes com ausência de depressão, 15 (3%) revelaram uma iliteracia funcional, 13 (6,1%), completaram a escolaridade obrigatória e 85 (90%) possuem um grau acadêmico superior; os participantes que manifestam um estado depressivo leve (14 participantes, correspondentes a 100% da amostra) apenas pontuaram na categoria acima da escolaridade obrigatória; na categoria depressão leve, 3 sujeitos (13%) apresentaram uma iliteracia funcional, 7 (30,4%) concluíram a escolaridade obrigatória e 13 (56,5%) apresentam uma escolaridade superior à obrigatória; por fim, os participantes com depressão moderada também pontuaram apenas na categoria acima da escolaridade obrigatória.

Tabela 19. Teste Qui-quadrado para IACLIDE e grau de escolaridade

IACLIDE	GRAU ESCOLARIDADE			
	Iliteracia funcional	Até escolaridade obrigatória	Acima escolaridade obrigatória	Total
Ausência	15 (3%)	13 (6,1%)	85 (90,9)	113 (100%)
Estados depressivos leves	0 (0%)	0 (0%)	14 (100%)	14 (100%)
Depressão leve	3 (13%)	7 (30,4%)	13 (56,5%)	23 (100%)
Depressão moderada	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)	3 (100%)

Os resultados do cruzamento destas duas variáveis demonstram que não existe uma associação entre elas, $[(X^2 (6) = 12,45, p = 0,053)]$. Assim sendo, pode concluir-se que o grau de escolaridade não influencia as manifestações de sintomatologia depressiva.

Tabela 20. Valor Qui-quadrado e nível de significância

χ^2	Df	p	N
12,45	6	0,053	153

4.2.3 Coeficiente de correlação de Pearson

O Coeficiente de correlação de Pearson tem como objetivo averiguar se duas ou mais variáveis estão associadas. Mais ainda, este teste, na presença de uma associação significativa, permite avaliar a direção (positiva ou negativa) e a magnitude (variando entre -1 e +1) (Martins, 2011; Pallant, 2011 & Laureano, 2011).

4.2.3.1 Correlação entre sintomatologia psicopatológica e estratégias de coping

No cruzamento entre as variáveis pontuação global do IRP e o índice geral de sintomas do SCL-90-R foi encontrada uma relação fraca negativa, $r = -0,27$, $n = 153$, $p = 0,001$, podendo significar que uma menor ocorrência de estratégias de coping está associada com uma maior incidência de sintomatologia patológica

Tabela 21. Correlação entre IRP e SCL-90-R

		SCL-90-R
IRP	R	- 0,27
	p	0,001
	n	153

4.2.3.2. Correlação entre sintomatologia depressiva e estratégias de coping

A correlação encontrada entre as pontuações globais do IRP e do IACLIDE foi uma correlação fraca negativa, $r = -0,19$, $n = 153$, $p = 0,02$, podendo inferir-se que quanto menos forem as estratégias de coping de que sujeito faz uso, maior será a incidência de sintomatologia depressiva.

Tabela 22. Correlação entre o IRP e IACLIDE

		SCL-90-R
	R	-0,19
IRP	p	0,02
	n	153

CAPITULO 5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Conforme já dito anteriormente, o objetivo deste estudo assenta na avaliação da presença e intensidade da sintomatologia depressiva em pessoas em idade laboral, sendo as idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos. Mais ainda, a utilização das estratégias de coping também foram alvo de avaliação. Neste capítulo será realizada a discussão dos resultados obtidos na análise estatística do capítulo anterior. Para tal, e por uma questão de relevância, será dada primazia aos resultados estatisticamente significativos.

5.1. Diferenças de género e manifestações de alteração de humor e manifestações psicopatológicas da depressão

O resultado obtido com a utilização do instrumento SCL-90-R revelou que existem diferenças na presença de sintomatologia depressiva entre o género feminino e o género masculino. Contrariamente ao que seria de esperar, pois na literatura é frequente observar-se que a depressão incide especialmente nas mulheres, o nosso estudo revela que, no que diz respeito a esta amostra, os homens apresentam mais incidência de sintomatologia depressiva.

De acordo com o estudo realizado por Fleck, Lafer, Sougey, Porto, Brasil & Juruena (2003), a depressão é duas a três vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens. A corroborar esta proporção, encontram-se os estudos de de diferenças de género de Angst, Gamma, Gastpar, Lépine, Mendlewicz & Tylee (2002) e de Maier, Gänsicke, Gater, Rezaki, Tiemens Urzúa (1999), assim como o estudo sobre a depressão em profissionais afastados do ambiente laboral de Cavalheiro & Tolfo (2011).

Também Justo & Calil (2006) investigaram esta questão. Para eles, existem duas dimensões a considerar quando se trata das diferenças entre os dois géneros, a biológica e a psicossocial.

Assim, no que diz respeito ao âmbito biológico, evidenciam-se as questões hormonais, que diferenciam homens e mulheres. Estas diferenças são, ainda, relacionadas a momentos da vida da mulher, como a gravidez, a tensão pré-menstrual ou a menopausa (Justo & Calil, 2006).

Relativamente à dimensão psicossocial, a ênfase recai sobre as diferenças de papéis exercidos pelos homens e pelas mulheres na sociedade, uma vez que ainda é bastante comum as mulheres assumirem uma posição de submissão diante dos homens (Justo & Calil, 2006).

A este nível cultural de diferenças de género, é cada vez mais notório a mudança que o papel das mulheres tem vindo a sofrer. Ao contribuir financeiramente para o sustento da família e dando mais importância à sua carreira, a mulher acumula as funções e responsabilidades domésticas que o seu papel sempre teve, havendo, deste modo, uma

sobrecarga de stress e tensão que propicia o desenvolvimento ou aparecimento de sintomatologia depressiva. (Aube, Fleury & Smetana, 2000; Martire, Stephens & Townsen, 2000; Kandel, Davies & Ravies, 1986).

5.2. Diferenças de idade na manifestação de sintomatologia depressiva e correlação entre sintomatologia depressiva, sintomatologia psicopatológica e estratégias de coping

Ainda no que concerne à manifestação de sintomas de depressão, foi visto no nosso estudo, através do instrumento de avaliação IACLIDE, que existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos de idade abordados. Assim, observa-se que o grupo com idades mais avançadas, ou seja, com idades compreendidas entre os 35 e os 50 anos, aparentam ter maiores níveis de incidência de sintomatologia depressiva do que o grupo com idades mais jovens (idades compreendidas entre os 18 e os 34 anos).

Embora a correlação encontrada entre a sintomatologia patológica e as estratégias de coping tenha sido fraca, afigurou-se pertinente a sua apresentação. Assim, esta relação fraca negativa pode significar que uma menor ocorrência de estratégias de coping está associada com uma maior incidência de sintomatologia patológica.

Tal como na correlação anterior, a correlação obtida no cruzamento da sintomatologia depressiva e estratégias de coping foi, também, considerada fraca. Ao ser negativa, esta correlação pode levar-nos a inferir que quanto menos forem as estratégias de coping de que sujeito faz uso, maior será a incidência de sintomatologia depressiva.

De acordo com os resultados obtidos no nosso estudo, e segundo a literatura, à medida que a idade vai avançando, existe uma tendência para se colocar uma ênfase maior na regulação das emoções, sendo que se vai, de forma progressiva, adaptando e ficando mais capacitado para o fazer (Carstensen, 1993 & Carstensen, Fung & Charles, 2003). Deste modo, os adultos mais velhos acreditam que têm mais capacidade para regular as suas emoções que os adultos mais jovens, fazendo uso de um reenquadramento, tentando ver as situações por outra perspetiva (Blanchard-Fields, Mienaltowski, & Baldi, 2007; John & Gross, 2004).

Outros estudos têm mostrado que, enquanto os adultos jovens fazem uso, principalmente, de estratégias ativas de resolução de problemas, os adultos mais velhos tendem a utilizar tanto a resolução dos problemas como a regulação das emoções, sugerindo que têm um repertório mais extenso de estratégias de regulação (Blanchard-Fields, Chen, & Norris, 1997; Blanchard-Fields et al., 2007).

No entanto, esta regulação das emoções levadas a cabo pelos adultos mais velhos, afigura-se mais passiva, em comparação com os adultos mais jovens, uma vez que fazem uso de estratégias como o evitamento (Blanchard-Fields, Stein, & Watson, 2004; Blanchard-Fields et al., 1997), que podem servir para os proteger do excitação emocional aversivo e para os ajudar a manter a energia e a concentração (Consedine, Magai, & Bonanno, 2002). Mais ainda,

Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer (2010) sugeriram que estas estratégias são consistentemente relacionadas com a psicopatologia.

Novamente, a literatura sugere que os sintomas depressivos diminuem com a idade, o que poderá corroborar o facto de os adultos mais velhos serem mais eficazes na regulação das emoções (Charles, Reynolds, & Gatz, 2001; Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009).

5.3. Grau de escolaridade e estratégias de coping

Pode observar-se, através dos resultados do nosso estudo, que a maior parte dos participantes tem uma formação académica superior à escolaridade obrigatória. Foi, também, verificado que existe uma associação entre o grau de escolaridade e as estratégias de coping utilizadas pelos sujeitos, o que pode levar a concluir que um nível mais elevado de formação académica influencia a capacidade que cada individuo tem de fazer uso das estratégias de coping.

Deste modo, esta situação pode verificar-se uma vez que, através do conhecimento adquirido ao longo dos anos de estudo, das vivências por que poderão passar e, ainda, de um elevado nível de cultura, as pessoas com um grau superior de formação poderão estar mais aptas a fazer uso das estratégias de coping.

A corroborar esta ideia, está o facto de que, conforme já visto no estado da arte, o coping necessita de um conjunto de fatores cognitivos e comportamentais que unirão esforços para administrar o evento adverso, isto é, para que o individuo seja capaz de utilizar as estratégias de coping na sua plenitude, ele deve perceber o evento provocador de stress, avaliar as opções que se lhe afiguram e, numa fase final, avaliar e escolher a estratégia adequada para o momento (Barnabe & Dell'Acqua, 2008).

Mais ainda, o individuo terá, também, que perceber se a situação será benigna, stressante ou irrelevante. A teoria de Lazarus e Folkman (1984, *cit. in* Barnabe & Dell'Acqua, 2008). A partir deste ponto, e no caso de se considerar o evento como stressante, este pode ser percebido como uma ameaça. Dá-se, então, o processo designado por avaliação primária. Numa fase seguinte, a pessoa procura formas de lidar com a situação, tendo em conta o que poderá fazer sobre ela, quais as consequências a nível emocional e quais os resultados que daí podem advir. a esta fase dá-se o nome de avaliação secundária (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998, *cit. in* Barnabe & Dell'Acqua, 2008).

Por outras palavras, na maneira como ocorre no ambiente natural, a resolução de problemas pode ser definida como um processo cognitivo-comportamental autodirigido, pelo qual cada um tenta identificar soluções adaptativas para determinados problemas encontrados na vida quotidiana (Dobson, 2006).

Assim, os resultados do nosso estudo parecem estar em conformidade com os resultados encontrados na literatura. Deste modo, um estudo sobre a qualidade e vida de doentes com Lúpus demonstra que uma melhor qualidade de vida psicológica está associada

com um maior nível de escolaridade e com um elevado nível de estratégias de coping orientado para a tarefa (Dobkin, Costa & Dritsa, 2001).

5.4. Grau de escolaridade e manifestações de alteração de humor e manifestações psicopatológicas da depressão

Também através do cruzamento do grau de escolaridade e do instrumento SCL-90-R se pôde verificar que a maior parte dos participantes apresenta um nível acadêmico superior à escolaridade obrigatória. Relativamente à associação entre as duas variáveis, observou-se que esta foi estatisticamente significativa, o que revela que o grau de escolaridade apresentado influencia a manifestação de sintomatologia depressiva.

Assim sendo, uma conclusão possível de ser tirada é que os sujeitos com um grau de escolaridade inferior são mais sensíveis à manifestação da depressão. De acordo com um estudo sobre a depressão pós-parto, quanto mais baixo for o nível de escolaridade da mãe, maior será a prevalência da depressão (Ruschi, Sun, Mattar, Filho, Zandonade & Lima, 2007).

Mais ainda, também são as pessoas com níveis de escolaridade mais baixo que apresentam maior tendência a atribuir causas de natureza religiosa, moral ou biológica à depressão, em detrimento de causas de natureza psicossocial (Peluso & Blay, 2008). Também em relação aos resultados de um estudo epidemiológico sobre o impacto social da depressão, os dados obtidos no nosso estudo estão em concordância. Este estudo afirma que os transtornos depressivos são, geralmente, mais comuns a quem possui um nível de escolaridade mais baixa (Lima, 1999).

A depressão constitui, atualmente, um dos problemas que mais detetados pelos profissionais de saúde mental. Os pacientes que revelam depressão têm tendência a distorcer as suas interpretações dos acontecimentos, de modo que eles mantêm visões negativas de si próprios, do ambiente e do futuro. Essas distorções representam desvios dos processos lógicos de pensamento usados tipicamente pelas pessoas (Barlow, 1999)

Não obstante, os transtornos depressivos constituem uma sobrecarga, não só para a pessoa, como para a sua família e para a sociedade, uma vez que eles vão ter consequências na produtividade de quem deles sofre, assim como na sua contribuição para a vida em sociedade (Furegato, Santos & Silva, 2010).

CAPITULO 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo pôde concluir-se que a sintomatologia depressiva e as estratégias de coping são influenciadas por um conjunto de fatores. A idade, o género, o estatuto ocupacional e o grau de escolaridade, cada um tem o seu papel no que toca à manifestação dos sintomas e estratégias já mencionados. Não se pode, no entanto, falar em relações de causalidade, podendo esta ser considerada uma limitação do estudo.

No que toca aos resultados propriamente ditos, pode ressaltar-se que existem diferenças de género na presença de depressão, sendo que esta tem mais incidência nos homens, assim como também existem diferenças consoante a idade. Isto é, observou-se que os adultos com idades mais avançadas (dos 35 aos 50 anos) sofriam de uma maior incidência de sintomas depressivos.

Também o grau de escolaridade se encontra associado com a manifestação de alterações de humor. Foi passível de ser verificado que um nível mais baixo de formação académica poderá estar significativamente associado à presença de sintomatologia depressiva. Esta variável também obteve uma associação significativa com as estratégias de coping, demonstrando que um elevado grau de escolaridade facilita e propicia a sua utilização e, porque não, a sua eficácia.

Voltando às limitações do estudo, há que apontar a questão da dispersão regional da amostra. Não se restringindo a apenas uma área específica, estes resultados não poderão ser considerados representativos de uma determinada população.

Para estudos futuros, parece-me pertinente que se continue a investigar na área da sintomatologia depressiva e estratégias de coping pois, numa época em que se atravessa uma crise tão acentuada, muitos são aqueles que se deparam com situações que lhes exigem enormes adaptações. Seria, também, importante, que os possíveis estudos futuros conseguissem fazer a caracterização de uma amostra representativa de uma população particular.

Referências bibliográficas

- Ahs, Annika & Wersterling, R. (2005). Socioeconomic Disparities on Health: self-rated in relation to employment status during periods of high and of low levels of unemployment. *European Journal of Public Health*, v (169), 294-304.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, v (30), 217-237.
- Almeida, A. S., Simões, M. R. & Gonçalves, M. M. (1995). *Provas Psicológicas em Portugal*. Braga: Apport.
- Angst J, Gamma A, Benazzi F, Silverstein B, Ajdacic-Gross V, Eich D, et al.(2006). Atypical depressive syndromes in varying definitions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. v (256), 44-54.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, v (3), 273-294.
- Antunes, R. (2010). A crise, o desemprego e alguns desafios atuais. *Serv Soc. Soc.*, v (104), 632-636).
- Aragão, T. A., Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F. & Castanha, A. R. (2009). Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia na adolescência. *Ciência e saúde coletiva*, v (14), 305-405.
- Aube, J.; Fleury, J.; Smetana, J. (2000). *Changes in women's roles: impact on and social policy implications for the mental health of women*. *Dev Psychopathol* 12:633-56.
- Bahls, S. C. (1999). Depressão: Uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *InterAÇÃO*, v (3), 49-60.
- Bambra, C., Eikemo, T. A. (2009). Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reporter health in 23 European countries. *J. Epidemiol Community Health*, v (63), 92-98.
- Barlow, D. H. (1999). *Manual Clinic dos Transtornos Psicológicos*. Porto alegre: Artmed.
- Barnabe, N. C. & Dell'Acqua, M. C. Q. (2008). Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas. *Rev Latino-am Enfermagem*, v (16).

- Blanchard-Fields, F. (2007). Everyday problem solving and emotion: An adult developmental perspective. *Current Directions in Psychological Science*, v (16), 26-31.
- Blanchard-Fields, F., Mienaltowski, A., & Baldi, R. (2007). Age differences in everyday problem-solving effectiveness: Older adults select more effective strategies for interpersonal problems. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, v (62), 61-P64.
- Blanchard-Fields, F., Stein, R., & Watson, T. L. (2004). Age differences in emotion regulation strategies in handling everyday problems. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, v (59), 261-P269.
- Breakwell, G. (1991). Prevenção do stress no trabalho. *Enfermagem em foco, SEP*.
Câmara, S. G. & Larlotto, M. S. (2007). Coping e Gênero em Adolescentes. *Psicologia em Estudo*, v (12), 87-93.
- Carstensen, L. L. (1993). *Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Carstensen, L. L., Fung, H., & Charles, S. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, v (27), 103-123.
- Carvalho, A. B., Fernandes, J., Oliveira, L. T. & Zamberlan, C. O. (2006). Satisfação no trabalho. *Jornada de Pesquisa*.
- Cassmeyer, V., (1991). Reacção neuroendócrina a agentes causadores de stress. In Phipps, Wilma J. et al (or), *Enfermagem Médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Publicações D. Quixote, Lisboa.
- Castelhana, L. M. (2005). O medo do desemprego e a(s) nova(s) organizações de trabalho. *Psicologia e Sociedade*, v (17), 17-28.
- Cavalheiro, G. & Tolfo, S. R. (2011). Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. *Psico-USF*, v (16), 241-249.

- Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, v (80), 136-151.
- Chang, Y. (2012). The Relationship between maladaptive perfectionism with burnout: testing mediating effect of emotion-focused coping. *Personality and Individual Differences*, v (53), 635-639.
- Consedine, N., Magai, C., & Bonanno, G. (2002). Moderators of the emotion inhibition-health relationship: A review and research agenda. *Review of General Psychology*, v (2), 204-228.
- Coimbra de Matos, A., (2001). *A Depressão: Episódios de um Percurso em Busca do seu Sentido*. Climepsi Editores, Lisboa, 2001.
- Damião, E. B. L., Rossato, L. M., Fabri, L. R. D. & Dias, V. C. (2009). *Rev. Esc. Enferm. VSP* v (43), 1199-203.
- Degoratis, L. R. (2002). *SCL-90-R, Cuestionario de 90 sintomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Diniz, S. S. e Zanini, D. S. (2010). Relação entre fatores de personalidade e estratégias de coping em adolescentes. *Psico-USF*, v 15, 71-80.
- Dobson, K. S. (2006). *Manual de Terapias Cognitivas- Comportamentais*. São Paulo. Artmed.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, v (9), 363-391.
- DSM-IV-R. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, v (9), 363-391.
- Fleck, M. P. A., Lafer, B., Sougeyc, E. B., Porto, J. D., Brasil, M. A. & Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr*, v (25), 114-22.

- Fleck, M. P. A., Lima, A. F. B. S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R. & Lamey, S. & GRUPO LIDO (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*, v (36), 431-8.
- Franco, M. A. (2008). Congruência entre valores pessoais e organizacionais e a sua correlação com a qualidade de vida no trabalho: um estudo em empresa do setor médico-hospitalar. *Tese de Mestrado não publicada*. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- Furegato, A. R. F., Santos, J. L. F. & Silva, E. C. (2010). Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados. *Rev Bras Enferm*, v (63), 509-16.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Lanavarró, M. C., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Paredes, T. & Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida na População em Geral. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v (9), 103-112.
- Giatti, L., Barreto, S. M. & César, C.C. (2008). Informal work, unemployment and health in Brazilian metropolitan areas, 1998 and 2003. *Cad. Saúde Pública*, v (24), 2396-2406.
- Glina, D. M. R., Rocha, L. E., Batista, M. L. & Mendonça, M. G. V. (2001). Saúde Mental e Trabalho: uma reflexão sobre o nexó com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cad. Saúde Pública*, v (17), 607-616.
- Gomes, R. M. S. & Pereira, A. M. S. (2008). Estratégias de Coping em educadores de infância portugueses: coping em educadores. *Revista semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, v (12).
- Gondin, S. M. G., Estramiana, J. L. A., Luna, A. F., Oliveira, T. S. S. & Sousa, G. C. (2010). Atribuições de causas ao desemprego e valores pessoais. *Estudos de Psicologia*, v (3), 309-317.
- Guido, L. A. Linch, G. F. C., Pithan, L. O. & Umann, J. (2011). Estresse, coping e estudo de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Rev Esc. Enferm USP*, v (45), 1434-9.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, v (72), 1301-1333.

- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2006). Depressão - o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev. Psiq. Clín.* V (33), 74-79.
- Kandel, D.B.; Davies, M.; Raveis, V.H.(1986). *The stressfulness of daily social roles for women: marital, occupational and household roles.* J Health Soc Behav 26:64-78.
- Kchlsdorf, M. & Junior, A. L. (s.d). Coping Strategies and Caregiver's Anxiety in Pediatric Oncohematology. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v (24), 272-280.
- Laureano, P. M. S. (2011). *Testes de Hipóteses com o SPSS: o meu manual de consulta rápida.* Lisboa: Edições Sílabo.
- Lazarus, R. S. e Folkman, S., (1984) . Stress, appraisal and coping, Springer P. CXIII.
- Lemos, V. A. Baptista, M. N. & Carneiro, A. M. (2011). Suporte familiar, crenças irracionais e sintomatologia depressiva em estudantes universitários. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v (31), 20-29.
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Rev Bas Psiquiatr*, v (21).
- Maier, W, Gansicke, M., Gater, R., Rezak, M., Tiemens, B. & Úrzua, R. F. (1999). Gender differences in the prevalence of depression: a survey in primary care. *Journal of Affective Disorders*, v(53), 241-252.
- Marqueze, E. C., Moreno, C. R. C. (2005). Satisfação no trabalho - uma breve revisão. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v (30), 69-79.
- Martinez, M. C. & Paraguay, A. I. B. B. (2003). Satisfação e Saúde no Trabalho - aspetos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v 86), 59-78.
- Martinez, M. C., Paraguay, A. I. B. B., & ...Latorre, M. R. D. O. (2004). Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev Saúde Pública*, v (38), 55-61.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de dados Quantitativos com Recurso ao IMB SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir.* Braga: Psiquilibrios Edições.
- Martins, M. C. F. & Santos, G. E. (2006). *Psico-USF*, v (11), 195-205.

- Martire, L.M.; Stephens, M.A.; Townsend, A.L. (2000). *Centrality of women's multiple roles: beneficial and detrimental consequences for psychological well-being*. *Psychol Aging* 15:148-56.
- Meirelles, N. F. & Zeitoune, R: C. G. (2003). Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipa de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v (7), 78-88.
- Negromonte, M. R. O. & Araújo, T. L. L. F. (2011). Impacto do manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, v (19).
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual*. Sydney: Allen & Unwin.
- Peluso, E.T. P. & Blay, S. L. (2008). Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, v (42), 41-8.
- Pimentel, L. E. Vargas, M. M., Almeida, T. O. Mayart, V. A. P. & Figueiredo, S. M. C. T. (2012). Evidências de validade e precisão da Escala de Coping através de Ouvir Música. *Psico-USF*, v (17), 141-151.
- Pinheiro, L. R. S. & Monteiro, J. K. (2007). Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v (10), 35-45.
- Rebouças, D., Logay, L. F. & abelha, L. (2007). Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev Saúde Pública*, v (41), 244-50.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Rodrigues, A. B. & Chaves, E. L. (2008). Factores Estressantes e Estratégias de Coping dos Enfermeiros Atuantes em Oncologia. *Rev Latino-am Enfermagem*, v (16).
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Filho, A. C., Zandonade, E. & Lima, V. J. (2007) Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr RS.*, v (29), 274-280.
- Sarafino, E. P. & Smith, T. W. (2012). *Health Psychology: biopsychosocial interaction*. Hoboken: John Wiley & Sons, cop.

- Serra, Adriano, Vaz., (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Gráfica de Coimbra. Coimbra.
- Sharp, D. (2009). The Health and Policy Implications of Job Losses. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, v (86).
- Silva, M. F. Q. P. (1999). Diferenças de Género na depressão e desempenho profissional. *Tese de Mestrado não publicada*. Porto: Universidade do Porto.
- Singer, P. (1996). Desemprego e exclusão social. *São Paulo em perspectiva*, v (10).
- Soares, A. S., Moura, M. J., Carvalho, M. & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, afetividade e estratégias de coping na doença de foro oncológico. *Psicologia, saúde e doenças*, v (1), 19-25.
- Tamayo, M. R. & Trócoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, v (7), 37-46.
- Tsaur, S. H. & Tang Y. Y. (2012). Job Stress and well-being of female employees in hospitality: The role of regulatory leisure coping styles. *International Journal of Hospitality Management*, v (31), 1038-1044.
- Vaz Serra, A. (1988). Um estudo sobre o coping: O Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, v (9), 301-316.

Anexos

Anexo A

O presente questionário tem como objetivo recolher informação para um estudo sobre a sintomatologia depressiva e as estratégias de coping em pessoas em idade laboral. O questionário é **anónimo** e as respostas são **confidenciais**, servindo apenas para fins estatísticos de uma dissertação. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor, leia atentamente as instruções, e responda de forma sincera.

Muito obrigada pela sua colaboração

Questionário Sociodemográfico

1. Idade:

2. Sexo:
Feminino __
Masculino__

3. Encontra-se numa relação:
Sim __
Não __

4. Estado civil:
Solteiro(a) __
Casado(a) __
Unido(a) de facto __
Viúvo(a) __
Divorciado(a) __

5. Tem filhos?
Sim __
Não __

6. Se sim, qual a média mensal de tempo que está com os filhos? _____

7. Grau de escolaridade: _____

8. Estatuto sócio-económico:
Alto __
Médio-alto __
Médio __
Médio-baixo __
Baixo __

9. Reside em contexto:
Rural __

Urbano __

10. Coabitação (com quem mora/reside):

Pai/padrasto __

Mãe/madrasta __

Pais __

Companheiro(a) __

Filhos __

Outros _____

11. Como considera ser a sua rede de suporte social (família, amigos, namorado/a):

Muito fraca __

Fraca __

Razoável __

Boa __

Muito boa __

12. Estatuto ocupacional:

Desempregado __

No activo __

Estudante __

Reformado __

Anexo B

Inventário de Resolução de Problemas

(© A. Vaz Serra, 1987)

INSTRUÇÕES

Ao longo da vida todas as pessoas atravessam situações difíceis com que se têm de defrontar. Os indivíduos não são todos iguais a lidar com os seus problemas. Cada uma das questões que a seguir é apresentada representa uma forma específica de reagir quando um indivíduo se confronta com uma situação indutora de *stress*.

Refira, quando se encontra numa situação difícil, semelhante à que é representada, quais são, das questões seguintes, aquelas que melhor traduzem os seus *comportamentos habituais*.

Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a *sua* resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo aquela que se aproxima mais do modo como se comporta. Não se trata de saber o que considera melhor, mas sim o que se passa *realmente* consigo.

1. - *Imagine que teve uma discussão séria com uma pessoa amiga de longa data.*

Deve-lhe bastante dinheiro, que já devia ter sido pago, e ainda outros favores. Existem numerosos conhecidos comuns.

Na discussão que tiveram, a razão está do seu lado.

Contudo, a outra pessoa, muito zangada, acabou por lhe dizer: "Dou-te uma semana para pensares no que me fizeste e me vires pedir desculpa. Se não o fizeres, hei-de dizer aos outros que não passas de um vigarista e exijo-te que me entregues todo o dinheiro que me deves".

Muito no seu íntimo, tem quase a certeza de que a outra pessoa é capaz de cumprir com o que está a dizer. Sabe, ainda, que não tem todo o dinheiro que precisa de lhe entregar. Conhece bem que muitos dos vossos amigos comuns são capazes de acreditar no que o outro lhes disser.

Esta situação é susceptível de se prolongar ao longo do tempo, envolvendo indivíduos com quem lida todos os dias.

O assunto resolver-se-ia se tivesse uma conversa séria com essa pessoa, em que fosse capaz de esclarecer, de uma vez por todas, os mal-entendidos. É natural que essa conversa fosse, pelo menos de princípio, bastante desagradável. Mas é possível que pudessem voltar a fazer as pazes, a serem amigos como dantes e a ser adiado o problema da dívida.

Contudo, ao lembrar o que se passou, por um lado, sente-se ofendido com a prepotência da outra pessoa; por outro lado recebe as consequências.

É um problema que não sabe bem como resolver.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

Não
concordo

Concordo
pouco

Concordo
moderadamente

Concordo
muito

Concordo
muitíssimo

1. Vou deixar correr esta situação; o tempo ajuda a

resolver os problemas

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar ao que possa dizer ou fazer | <input type="checkbox"/> |
| 3. Não vou permitir que este acontecimento interfira com o que tenho de fazer no meu dia-a-dia | <input type="checkbox"/> |
| 4. Se não me tivesse comportado daquela maneira isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer | <input type="checkbox"/> |

II. – Considere agora que teve uma situação da sua vida em que ocorreu uma perda económica substancial.

Imagine, por exemplo, que segue numa estrada com um veículo novo, acabado de comprar com a ajuda de um empréstimo grande e com bastante sacrifício. Uma camioneta, a certa altura, colide consigo e o seu carro fica bastante danificado. A camioneta põe-se em fuga, não é capaz de lhe ver a matrícula, não consegue sair do local em que se encontra e não vai ninguém a passar que possa servir de testemunha.

Pensa então no transtorno que tudo isto causa à sua vida, a despesa que representa, tendo na altura bastantes dificuldades em a poder enfrentar. Acaba por apanhar uma boleia de uma pessoa que por ali passou, bastante tempo depois, e segue para casa.

É um problema aparentemente sem solução e que lhe causa dano.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

- | | Não concordo | Concordo pouco | Concordo moderadamente | Concordo muito | Concordo muitíssimo |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Estou perdido; este acontecimento deu cabo da minha vida. | <input type="checkbox"/> |
| 7. O melhor é não fazer nada, até | <input type="checkbox"/> |

ver onde isto vai parar.

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão. | <input type="checkbox"/> |
| 9. Apesar de tudo tive muita sorte; as coisas poderiam ser bem piores do que realmente são. | <input type="checkbox"/> |

Não concordo **Concordo pouco** Concordo moderadamente **Concordo muito** **Concordo muitíssimo**

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está. | <input type="checkbox"/> |
| 11. Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema. | <input type="checkbox"/> |

III. - Sentindo-se uma pessoa competente em determinada área vai ser posto à prova, daí a algum tempo, numa situação competitiva importante. Verifica entretanto, com estranheza, que há um indivíduo que anda a diminuí-lo e a dizer aos outros que é uma pessoa que não vale o que aparenta. Este facto ofende-o mas, daí a três meses, vai poder provar aos olhos de todos se é ou não um indivíduo capaz.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

Não concordo **Concordo pouco** Concordo moderadamente **Concordo muito** **Concordo muitíssimo**

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu. | <input type="checkbox"/> |
| 13. Não me vou aborrecer com esta situação; o tempo há-de correr a meu favor. | <input type="checkbox"/> |
| 14. Estou a sentir-me destruído pelo | <input type="checkbox"/> |

que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.

15. Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	<input type="checkbox"/>					
16. Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	<input type="checkbox"/>					
17. Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	<input type="checkbox"/>					
18. Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto	<input type="checkbox"/>					
19. Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer	<input type="checkbox"/>					
	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito		Concordo muitíssimo
20. Vou pedir conselho a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar	<input type="checkbox"/>					
21. De modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer; hei-	<input type="checkbox"/>					

de remover os obstáculos, um a um, até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz; sei que hei-de conseguir.

IV. – Quando me sinto muito tenso, a fim de aliviar o meu estado de tensão:

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada. | <input type="checkbox"/> |
| 23. Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem | <input type="checkbox"/> |
| 24. Meto-me na cama durante longas horas. | <input type="checkbox"/> |
| 25. Procuro fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores. | <input type="checkbox"/> |
| 26. Desabafo com alguém, procurando que, ao fim, essa pessoa tome o meu partido e me ajude a resolver as dificuldades. | <input type="checkbox"/> |
| 27. Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta | <input type="checkbox"/> |
| 28. Chego a bater em mim próprio | <input type="checkbox"/> |
| 29. Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou a um psicólogo. | <input type="checkbox"/> |

V. – A minha maneira de ser habitual leva-me a que, não só nestas situações como em todos os meus problemas, tenha tendência a:

Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
--------------	-----------------------	------------------------	-----------------------	----------------------------

30. Pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	<input type="checkbox"/>				
31. Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis	<input type="checkbox"/>				
	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
32. Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias	<input type="checkbox"/>				
33. Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos	<input type="checkbox"/>				
34. Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/>				
35. Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	<input type="checkbox"/>				
36. Ter sempre coragem para resolver os problemas da minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	<input type="checkbox"/>				
37. Envolver-me naquelas acções, de resolução de problemas, que tenho a certeza não me deixam ficar mal.	<input type="checkbox"/>				
38. Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente inter-	<input type="checkbox"/>				

feridos pelos
problemas com
que me defronto.

39. Ver sempre os
aspectos
negativos, mais do
que os aspectos
positivos dos
acontecimentos.

40. Preferir, num
problema
desagradável,
procurar obter
informação e
tentar resolvê-lo,
do que estar a
evitá-lo

α

Após preencher a escala veja se respondeu a todas as questões.
Não deixe nenhuma por responder!

Anexo C

SCL – 90 – R
Questionário de avaliação de 90 sintomas

INSTRUÇÕES

A seguir encontra uma lista de problemas e queixas que algumas pessoas costumam ter.

Por favor leia as questões cuidadosamente e assinale a sua escolha colocando um círculo no número que melhor descreve **QUANTO ESTE PROBLEMA O INCOMODOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS INCLUINDO HOJE.**

Faça somente um círculo e responda a todas as questões.

Leia o exemplo que se segue antes de começar. Se tiver dúvidas, coloque-as ao orientador.

EXEMPLO:

EM QUE MEDIDA TEM SOFRIDO DAS SEGUINTE QUEIXAS	Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
1 – Dores no corpo	0	1	2	3	4

EM QUE MEDIDA TEM SOFRIDO DAS SEGUINTE QUEIXAS	Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
1 – Dores de cabeça	0	1	2	3	4
2 – Nervosismos ou “stress” interior	0	1	2	3	4
3 – Pensamentos desagradáveis que não lhe deixam o espírito em paz	0	1	2	3	4
4 – Desmaios ou tonturas	0	1	2	3	4
5 – Diminuição do interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
6 – Sentir-se criticado pelos outros	0	1	2	3	4
7 – Impressão de que as outras pessoas possam controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
8 – Ideias de que as outras pessoas sejam culpadas pela maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4
9 – Dificuldade em lembrar-se das coisas passadas e recentes	0	1	2	3	4
10 – O desleixo e a falta de limpeza dão-lhe cuidados	0	1	2	3	4
11 – Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0	1	2	3	4
12 – Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
13 – Sentir medo na rua ou praças públicas	0	1	2	3	4
14 – Falta de forças ou lentidão	0	1	2	3	4
15 – Pensamentos de acabar com a vida	0	1	2	3	4

16 – Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem	0	1	2	3	4
17 – Tremer	0	1	2	3	4
18 – Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas	0	1	2	3	4
19 – Perdeu o apetite	0	1	2	3	4
20 – Virem-lhe as lágrimas facilmente aos olhos	0	1	2	3	4
21 – Sentir-se tímido ou com falta de vontade com pessoas do outro sexo	0	1	2	3	4
22 – Impressão de se sentir “preso” ou apanhado em falta	0	1	2	3	4
23 – Ter medo, subitamente, sem ter motivos para isso	0	1	2	3	4
24 – “Explosões” emocionais ou impulsos que não pode controlar	0	1	2	3	4
25 – Medo de sair de casa sozinho	0	1	2	3	4
26 – Acusar-se a si mesmo a propósito de certas coisas	0	1	2	3	4
27 – Dores no fundo das costas (cruzes)	0	1	2	3	4
28 – Dificuldades em fazer qualquer trabalho	0	1	2	3	4
29 – Sentir-se sozinho	0	1	2	3	4
30 – Sentir-se triste	0	1	2	3	4
31 – Ser muito pensativo, cismático, acerca de certas coisas	0	1	2	3	4
32 – Sem interesse por nada	0	1	2	3	4
33 – Sentir-se atormentado	0	1	2	3	4
34 – Sentir-se ofendido facilmente nos seus sentimentos	0	1	2	3	4

35 . Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos	0	1	2	3	4
36 - Sentir que as outras pessoas não o compreendem ou não vivem os seus problemas	0	1	2	3	4
37 - Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	0	1	2	3	4
38 - Fazer tudo devagar para ter a certeza que fica bem	0	1	2	3	4
39 – Palpitações ou batimentos rápidos do coração	0	1	2	3	4
40 – Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	0	1	2	3	4
41 – Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4
42 – Dores musculares	0	1	2	3	4
43 – A impressão de que os outros o costumam observar ou falam de si	0	1	2	3	4
44 – Dificuldades em adormecer	0	1	2	3	4
45 – Sentir a necessidade de verificar várias vezes a mesma coisa que faz	0	1	2	3	4
46 – Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
47 – Medo de viajar de comboio, eléctrico ou autocarro	0	1	2	3	4
48 – Dificuldade em encher os pulmões (parece que lhe falta o ar)	0	1	2	3	4
49 – Calafrios ou afrontamentos	0	1	2	3	4
50 – Ter que evitar certas coisas	0	1	2	3	4

lugares, ou actividades que lhe causam medo					
51 – Sensação de vazio na cabeça	0	1	2	3	4
52 – Sensação de anestesia (encortilçamento) ou formigueiro em partes do corpo	0	1	2	3	4
53 – A impressão que tem uma bola na garganta	0	1	2	3	4
54 – Sentir-se sem esperança no futuro	0	1	2	3	4
55 – Dificuldades em concentrar-se	0	1	2	3	4
56 – Falta de forças em partes do corpo	0	1	2	3	4
57 – Sentir-se em estado de “stress” ou aflição	0	1	2	3	4
58 – Sentir um “peso” nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
59 – Pensamentos sobre a morte ou o falecimento	0	1	2	3	4
60 – Vontade de comer demais	0	1	2	3	4
61 – Não se sentir à vontade quando as pessoas observam ou falam de si	0	1	2	3	4
62 – Ter pensamentos que não lhe pertencem	0	1	2	3	4
63 – Impulsos de bater, ferir ou magoar alguém	0	1	2	3	4
64 – Acordar muito cedo de manhã	0	1	2	3	4
65 – Vontade de repetir certas acções, como por exemplo tocar	0	1	2	3	4

em objectos, lavar-se ou contar					
66 – Sono não repousante ou agitado	0	1	2	3	4
67 – Vontade de destruir ou partir coisas	0	1	2	3	4
68 – Ter pensamentos ou ideias que os outros não percebem ou não têm	0	1	2	3	4
69 – Sentir-se muito embarçado perante outras pessoas	0	1	2	3	4
70 – Não se sentir à vontade nas multidões, por exemplo assembleias, lojas, cinemas, mercados	0	1	2	3	4
71 – Sentir que tudo o que faz é com esforço	0	1	2	3	4
72 – Ataques de terror ou pânico	0	1	2	3	4
73 – Não se sente à vontade quando come ou bebe em local público	0	1	2	3	4
74 – Entrar facilmente em discussões	0	1	2	3	4
75 – Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	0	1	2	3	4
76 – Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou capacidades	0	1	2	3	4
77 – Sentir-se sozinho mesmo quando está com outras pessoas	0	1	2	3	4
78 – Sentir-se tão inquieto que não pode estar sentado ou parado	0	1	2	3	4
79 – Sentimentos de que não tem valor	0	1	2	3	4

80 – Pressentimentos de que alguma coisa má lhe vai acontecer	0	1	2	3	4
81 – Gritar com as outras pessoas ou atirar com coisas	0	1	2	3	4
82 – Medo de desmaiar em frente a outras pessoas	0	1	2	3	4
83 – A impressão de as outras pessoas se aproveitarem de si se as deixasse	0	1	2	3	4
84 – Pensamentos acerca de assuntos sexuais que o perturbam muito	0	1	2	3	4
85 – Sentimento que deveria ser castigado pelos seus pecados	0	1	2	3	4
86 – Pensamentos ou imagens de natureza assustadora	0	1	2	3	4
87 – A impressão que alguma coisa de grave se passa no seu corpo	0	1	2	3	4
88 – Grande dificuldade em sentir-se “próximo” a outra pessoa	0	1	2	3	4
89 – Sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
90 – A impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	0	1	2	3	4

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO