

**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra**



**Ana Amaral
Coimbra, Setembro 2010**

Universidade de Coimbra



Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

2010

Dissertação de Mestrado em Psicologia,
área de especialização de Psicologia do
Desenvolvimento, apresentada à Faculdade
de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra e realizada sob a
orientação da Professora Doutora Teresa
Machado.

*Não que sejamos capazes, por
nós, de pensar alguma coisa, como de
nós mesmos, mas a nossa capacidade
vem de Deus (II AOS CORÍNTIOS 3:5)*

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento incondicional é dirigido para a Professora Doutora Teresa Machado, por ter aceite orientar este trabalho e pela disponibilidade e dedicação demonstradas ao longo de todo o trajecto.

Agradeço também à Professora Doutora Anabela Martins, pela sua disponibilidade ao nível do percurso inicial deste estudo.

Agradeço também aos participantes que disponibilizaram algum do seu tempo para participarem voluntariamente neste estudo.

Agradeço à minha colega e amiga Andreia Meireles, pela importante ajuda no tratamento estatístico dos dados recolhidos.

Agradeço a Deus, as oportunidades e as dificuldades que tem colocado no meu caminho, pois através delas pude crescer e tornar-me no que sou.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a todas as pessoas especiais da minha vida, que estiveram sempre disponíveis e pacientemente me apoiaram, especialmente à minha família e amigos pelo carinho e incentivo que me deram não só neste estudo como também ao longo da minha vida.

RESUMO

Enquadrada no domínio da psicologia do desenvolvimento, esta investigação centra-se em torno da limitação motora grave como uma mudança não normativa procurando descobrir, em que medida, as variáveis afectividade e personalidade podem funcionar como factor moderador na percepção subjectiva de bem-estar. A presente investigação pretende explorar alguns indicadores da qualidade de vida na população de utilizadores de cadeira de rodas. Desta forma, os objectivos foram definidos com vista a analisar a relação entre: a afectividade e a percepção da qualidade de vida; personalidade e a percepção da qualidade de vida. Outro dos objectivos baseou-se na análise do impacto da personalidade sobre a percepção da qualidade de vida. Para esta investigação participaram 39 utilizadores de cadeira de rodas. Os instrumentos utilizados foram: o *Inventário de Personalidade (NEO-FFI)* (tradução e adaptação de Lima e Simões, 2000); a *Escala de Afectividade Positiva e Negativa (PANAS)* (tradução e adaptação de Galinha e Pais-Ribeiro, 2005); e o *Índice de Qualidade de Vida (QLI)* para utentes de cadeira de rodas (tradução e adaptação de Martins e Pais-Ribeiro, 2005); e um questionário de recolha de dados sociodemográficos. Utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson para avaliar a associação existente entre a afectividade positiva e a percepção da qualidade de vida, bem como entre esta e a personalidade. Num segundo momento, utilizou-se a análise de regressão múltipla para averiguar os efeitos principais de cada uma das dimensões da personalidade nas dimensões da qualidade de vida consideradas. Os resultados globais revelaram que a afectividade positiva apresenta uma forte associação com o índice total da percepção da importância e satisfação com a vida. Os resultados obtidos demonstram também uma associação significativa e negativa entre o índice total da percepção da satisfação da qualidade de vida e a sub-escala neuroticismo. Acreditamos que os resultados aqui obtidos irão ser de grande utilidade, se ao nível da intervenção atendermos às áreas fortes e fracas de bem-estar do sujeito.

Palavra-chave: Qualidade de Vida; Doença crónica; Utilizadores de cadeira de rodas.

ABSTRACT

Fitting in the domain of psychology of development, this investigation focus around a serious motor limitation as a non normative change searching to find out, in which way, the affectivity and personality variables may work out as a moderator factor in the subjective perception of well being. The present research pretends to explore some quality life indicators in wheel chair users. In this way, the main goals were defined to analyze the relationship between: affectivity and perception of quality life; personality and perception of quality life. Another goal was based on the analyses of the impact of personality on the perception of quality life. For this research were taken into account 39 wheel chair users. The instruments used were: *The Inventory of Personality (NEO-FFI)* (translated and adapted by Lima e Simões, 2000); *The Positive and Negative Affectivity Scale (PANAS)* (translated and adapted by Galinha e Pais-Ribeiro, 2005) and *The Quality Life Index (QLI)* for wheel chair users (translated and adapted by Martins e Pais-Ribeiro, 2005) and a questionnaire to collect sociodemographic data. Was used Pearson's co relationship coefficient to evaluate the existent association between positive affectivity and quality life perception, as well as, this and personality. In a second moment, was used the analyses of multiple regression to see the mainly effects of each personality dimensions in the considered quality life dimensions. The global results revealed that positive affectivity presents a strong association with the total index of the importance and satisfaction perception with life. The obtained results show also a significant and negative association between the total index of quality life satisfaction perception and the neuroticism sub-scale. We believe that the given results will be very useful, if we attend to the strong and weak areas of the individual well being, in an intervening level.

Key-Word: Quality life; Chronicle Disease; Wheel Chair Users.

RESUMÉ

Dans le cadre de la psychologie du développement, cette recherche vise à examiner les effets de la mobilité est limitée comme un changement en profondeur n'est pas normatif, ainsi que de découvrir comment les variables de personnalité et affective peut être un facteur de modération dans la perception du bien-être subjectif. Il vise à examiner certains indicateurs de la qualité de vie en utilisant un fauteuil roulant comme moyen de locomotion. Sur cette base, nous avons l'intention d'étudier la relation entre l'affectivité et la perception de la qualité de vie, ainsi que celle de la personnalité et la perception de la qualité de vie. Un des autres objectifs a été étudié à partir de l'analyse de l'impact de la personnalité sur la perception de la qualité de vie. Cette étude de recherche impliqués 39 utilisateurs de fauteuils roulants, les rapports de leurs expériences. Les instruments ont été: *L'inventaire de Personnalité (NEO-FFI)* (traduction et adaptation de Lima et Simões, 2000); *L'échelle des Affectivité Positive et Négative(PANAS)* (traduction et adaptation de Galinha et Pais-Ribeiro, 2005); et *L'Indice de Qualité de Vie (QLI)* à utilisateurs de fauteuils roulants (traduction et adaptation de Martins et Pais-Ribeiro, 2005); et un questionnaire de collecte de données démographiques. Nous avons utilisé le coefficient de corrélation Pearson pour évaluer l'association entre l'affectivité positive et la perception de la qualité de vie ainsi qu'entre la perception de la qualité de vie et la personnalité. Plus tard, nous avons utilisé l'analyse de régression multiple pour évaluer les effets principaux de chacune des dimensions de la personnalité de la qualité de vie. L'ensemble des résultats de recherche ont montré que l'affectivité positive a un lien fort avec l'indice global de l'importance perçue et la satisfaction avec la vie. Ils montrent également un effet négatif important entre interconnexion totales de la perception de l'indice de la qualité de vie sous-échelle de satisfaction et de névrose. Nous pensons que les résultats qui viennent avec cette enquête peut être utile si le niveau des mesures que nous prenons en compte sont les forts et les points faibles de bien-être du sujet.

Mots-clés: Qualité de Vie; Des maladies chroniques; Les utilisateurs de fauteuils roulants.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO – 14

PRIMEIRA PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I -Doença Crónica

1. Empreendimento de superação do Modelo Biomédico – 17
2. Definição de doença crónica – 21
3. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – 22
4. Viver com uma doença crónica incapacitante – 24

CAPÍTULO II – Qualidade de Vida na Doença Crónica

1. Conceito de qualidade de vida – 28
2. Qualidade de vida e bem-estar subjectivo – 34
3. Avaliação no contexto da qualidade de vida – 36
4. Qualidade de vida e saúde – 38
 - 4.1 Qualidade de vida na doença crónica – 40

CAPÍTULO III – Personalidade e Bem-Estar

1. Personalidade – 42
2. Personalidade e Bem-Estar – 45

SEGUNDA PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

1. Considerações iniciais – 49
2. Objectivos do estudo empírico – 49
3. Procedimentos estatísticos – 51
4. Amostra – 51
 - 4.1. Caracterização da amostra em estudo – 52
5. Instrumentos – 55
 - 5.1. Inventário de Personalidade (NEO-FFI) – 55
 - 5.2. Escala da Afectividade (PANAS) – 57
 - 5.3. Índice de Qualidade de Vida (QLI) – 58
6. Resultados – 60
 - 6.1. Avaliação da Afectividade através da PANAS – 60
 - 6.2. Avaliação da Satisfação e Importância da Qualidade de Vida através do QLI – 61
 - 6.3. Avaliação da Personalidade através do NEO-FFI – 62
 - 6.4. Análise Correlacional das Variáveis: Afectividade, Qualidade de Vida e Personalidade – 63
 - 6.5. Impacto da Personalidade sobre a Percepção da Qualidade de Vida do Utilizador de Cadeira de Rodas – 68
 - 6.5.1. Impacto da Personalidade sobre a Percepção do Índice Total de Satisfação da Qualidade de Vida – 69
 - 6.5.2. Impacto da Personalidade sobre a Percepção da Satisfação na Saúde e Funcionalidade – 70

6.5.3. Impacto da Personalidade sobre a Percepção da Satisfação no domínio Social e Económico – 71

6.5.4. Impacto da Personalidade sobre a Percepção da Importância no domínio Social e Económico – 71

6.5.5. Impacto da Personalidade sobre a Percepção da Satisfação no domínio Psicológico e Espiritual – 72

CONCLUSÃO – 74

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – 80

ANEXOS – 96

ANEXO 1: Dados sociodemográficos – 96

ANEXO 2: Inventário de Personalidade (NEO-FFI) – 98

ANEXO 3: Escala de avaliação da Afectividade (PANAS) – 100

ANEXO 4: Pergunta - “A Fisioterapia contribui para a minha Qualidade de Vida” - 101

ANEXO 5: Índice de Qualidade de Vida (QLI) – 102

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos sujeitos inquiridos por sexo – 53

Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos inquiridos por idade – 53

Quadro 3 – Distribuição dos sujeitos inquiridos por habilitações – 54

Quadro 4 – Distribuição dos sujeitos inquiridos por ocupação – 54

Quadro 5 – Distribuição dos sujeitos inquiridos por tempo de utilização de cadeira de cadeira de rodas – 55

Quadro 6 – Consistência Interna do Índice de Qualidade de Vida – 59

Quadro 7 – Dados descritivos da Afectividade – 61

Quadro 8 – Dados descritivos da Percepção da Satisfação da Qualidade de vida – 62

Quadro 9 – Dados descritivos da Percepção da Importância da Qualidade de Vida – 62

Quadro 10 – Dados descritivos da Personalidade – 63

Quadro 11 – Correlações entre as variáveis Percepção da Satisfação da Qualidade de Vida e Afectividade – 64

Quadro 12 – Correlações entre as variáveis Percepção da Importância da Qualidade de Vida e Afectividade – 66

Quadro 13 – Correlações entre as variáveis Percepção da Satisfação da Qualidade de Vida e a Personalidade – 67

Quadro 14 – Correlações entre as variáveis Percepção da Importância da Qualidade de Vida e Personalidade – 68

- Quadro 15** – Síntese do modelo da regressão linear múltipla na dimensão do Índice da percepção da satisfação da qualidade de vida (VIs=Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) – 69
- Quadro 16** – Coeficientes da regressão linear múltipla do Índice da percepção da satisfação da qualidade de vida (VIs=Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) – 69
- Quadro 17** – Síntese do modelo da regressão linear múltipla na dimensão da percepção da satisfação na saúde e funcionalidade (VIs=Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) – 70
- Quadro 18** – Coeficientes da regressão linear múltipla da percepção da satisfação na saúde e funcionalidade (VIs=Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) – 70
- Quadro 19** – Síntese do modelo da regressão linear na dimensão da percepção da satisfação no domínio social e económico (VIs=Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) – 71
- Quadro 20** – Coeficientes da regressão linear múltipla na dimensão da percepção da satisfação no domínio Social e Económico (VIs=Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) – 71
- Quadro 21** – Síntese do modelo da regressão linear na dimensão da percepção da importância no domínio social e económica (VIs=Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) – 72
- Quadro 22** – Coeficientes da regressão linear múltipla da percepção da importância no domínio social e económico (VIs=Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) – 72

Quadro 23 – Síntese do modelo da regressão linear na dimensão da percepção da satisfação no domínio psicológico e espiritual (VIs=Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) – 73

Quadro 24 – Coeficientes da regressão linear múltipla na dimensão da percepção da satisfação no domínio psicológico e espiritual (VIs=Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) – 73

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o grande avanço no domínio da medicina contribuiu para o aprofundamento dos conhecimentos sobre diversas patologias e condições que afectam a população, contribuindo também para o desenvolvimento de novas tecnologias e métodos de tratamento, com alto índice de sucesso na recuperação das funções afectadas e no controlo efectivo das doenças crónicas e degenerativas. Estes avanços proporcionaram o aumento da sobrevivência dos indivíduos com doenças crónicas e prologam a sua vida. Neste sentido, os doentes irão viver durante longos anos com essa condição, sendo que esta vivência irá ter implicações na sua qualidade de vida, tal como foi referido por Paúl e Fonseca (2001) ao destacarem a existência de um efeito directo da doença crónica na qualidade de vida dos indivíduos afectados e dos que lhes estão próximos. Sendo notória esta relação de implicação, é necessário que o sistema de saúde tenha essa consciência e esteja sensibilizado para as doenças crónicas no âmbito das suas exigências e necessidades (Paúl & Fonseca, 2001). Estas requerem dos profissionais de saúde uma mentalidade virada para a manutenção da independência do indivíduo, que tem como alcance o promover ao sujeito as estratégias e condições que lhes permitam viver a sua condição de vida da forma mais adequada e com mais qualidade. Assim, tal como afirmam Seidl e Zannon (2004), a avaliação da qualidade de vida do paciente deve ser incorporada no dia-a-dia dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipas de saúde.

A sensibilização para uma viragem no campo da saúde é, desde 1950, uma preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS), ao definir Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1958, in Fagulha, Duarte & Miranda, 2000). O constructo de bem-estar constitui-se assim como uma variável importante neste contexto. Sendo evidente a sua importância, cabe então aos profissionais de saúde avaliá-la de forma adequada. Neste sentido, Meneses (2005) afirma que avaliar a qualidade de vida no domínio da saúde, consiste em analisar a influência que a dimensão física (doença) exerce ao nível das dimensões do sujeito. Assim, avaliar o conceito de qualidade de vida de modo adequado, consiste em primeiro lugar em perceber que a sua completa avaliação exige a consideração de diversos níveis, atendendo ao seu carácter multidimensional e à consulta de diferentes áreas do conhecimento. Esta exigência de interdisciplinaridade pode, segundo Seidl e Zannon (2004), ser valiosa e mesmo indispensável para uma completa compreensão do sujeito. Os mesmos autores referem que o desenvolvimento destas noções poderá proporcionar mudanças nas práticas de assistência médica e no surgimento de novos paradigmas no domínio da medicina, o que poderá ser de grande peso para a superação do modelo

de atendimento essencialmente biomédico, que negligencia os aspectos socioeconómicos, psicológicos e culturais nas acções de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (Seidl & Zannon, 2004).

Ter em mente os aspectos defendidos anteriormente, é caminhar para a descoberta da individualidade que o conceito de qualidade de vida exige e perceber que o impacto de uma doença sobre o bem-estar do sujeito é variável, na medida em que cada ser é único. Neste sentido, poderá dizer-se que no que se refere à avaliação da qualidade de vida, no contexto da doença crónica, importa compreender que o impacto da doença sobre o bem-estar é variável e tal como afirmam Stewart e colaboradores (1989), existe uma variação notável nas diferentes patologias e dentro da mesma. Posto isto, o ajuste à doença crónica é individual e como tal, depende dos seus recursos e variáveis psicológicas (Paúl & Fonseca, 2001). Em consonância com a afirmação anterior, Diener (1995) considera que são as predisposições da personalidade que determinam a competência para a adaptação a situações de adversidade. Neste sentido, a personalidade tem sido destacada por alguns autores como sendo a variável que melhor explica a diversidade no que se refere à adaptação e bem-estar psicológico dos sujeitos (Allport, 1961, 1966; Atchley, 1982; Neugarten, 1977, in Novo, 2003).

Ainda no contexto da saúde e tendo em mente o carácter ameaçador e traumático da doença, considera-se que esta é vivida de modo diferente, de acordo com os traços estáveis da personalidade (Mitchell & Jeffrey, 1990; Serra, 2000, in Marcelino & Figueiras, 2007) e que estes influenciam a forma de lidar com as diferentes situações (Marcelino & Figueiras, 2007).

Assim, propõem-se como objectivos deste trabalho analisar as relações entre a percepção da qualidade de vida e o tipo de personalidade do sujeito com doença crónica, no domínio dos utilizadores de cadeira de rodas; admitida a hipótese da existência de uma relação significativa entre estas duas variáveis.

Neste sentido, na primeira parte é exposto o enquadramento conceptual das temáticas que dirigem o estudo empírico realizado, abordando, através da revisão da literatura, os aspectos centrais para a compreensão dessas temáticas. Efectua-se assim, a clarificação dos conceitos de bem-estar subjectivo, qualidade de vida em termos gerais, no domínio da saúde, e a clarificação dos conceitos no domínio da personalidade. De seguida, é esclarecida a relação entre as duas temáticas referidas. Neste ponto, será analisada a importância desta convergência.

A segunda parte diz respeito ao estudo empírico realizado. Este procurou centrar-se em torno da relação entre a variável Personalidade e a Percepção da Qualidade de Vida. A fim de analisar as referidas variáveis foi utilizado o instrumento NEO-FFI, que procura avaliar a personalidade de acordo com os seus factores; o PANAS que avalia o bem-estar subjectivo de

acordo com a afectividade negativa e positiva; e o Índice de Qualidade de Vida que avalia a percepção da qualidade de vida na população de utentes de cadeira de rodas.

Assim, uma vez propostos os objectivos de estudo e fundamentada a metodologia utilizada serão apresentados os resultados que se obtiveram do tratamento estatístico dos dados da amostra. E por fim, é apresentada a discussão, onde se propõe uma reflexão sobre os resultados obtidos nesta investigação, comparando-se com o que teoricamente é defendido e foi exposto na primeira parte.

Por último, são expostas algumas considerações finais sobre esta investigação e eventuais limites, considerando algumas sugestões para investigações futuras.

PRIMEIRA PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – Doença Crónica

Introdução

Neste capítulo centramo-nos sobre a temática da doença crónica. Para esse fim começamos por rever alguns modelos dominantes no contexto da saúde, no domínio da relação médico-paciente. Tendo como objectivo neste trabalho atender ao carácter activo e participativo do sujeito, iremos centralizar-nos sobre alguns dos esforços que têm sido efectuados no sentido de entender o sujeito como um todo, isto é, numa perspectiva holística.

Seguidamente iremos definir o que é doença crónica, que conjunto de doenças engloba e as características comuns que possuem. Neste trabalho centramo-nos sobre a doença crónica incapacitante, mais concretamente sobre o sujeito utilizador de cadeira de rodas. Neste contexto iremos definir incapacidade recorrendo à classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), no sentido da percepção das variáveis psicológicas implicadas na condição de dependência a uma cadeira de rodas.

Por fim, iremos neste trabalho enumerar algumas das implicações que a vivência de uma doença crónica incapacitante acarreta para a vida dos sujeitos. Estando este trabalho no entanto sensibilizado para o carácter individual da adaptação à doença.

1. Empreendimento de superação do Modelo Biomédico

Num trabalho em que se pretende dar voz ao paciente, no domínio da saúde, importa analisar a evolução de paradigmas dentro desta temática.

Da pesquisa contextualizada da história e da sociologia da medicina, surgiu a observação da evolução no contexto da saúde das populações ao longo do tempo, evidenciando duas fontes explicativas, a evolução do conhecimento dentro da medicina e a evolução das condições socioeconómicas das sociedades.

A vertente que privilegia a evolução do conhecimento e descobertas da medicina apoia-se na corrente positivista cujo autor foi Descartes e cujo desenvolvimento ocorreu a partir de Comte nos séculos XVIII e XIX (Paúl & Fonseca, 2001). A base assente nesta vertente baseia-se na definição de ciência que se define pelo estudo de factos observados empiricamente e sujeitos a leis universais; acreditando-se, deste modo, que todos os fenómenos são previsíveis. Esta ideologia baseia-se em grande medida numa visão cartesiana do mundo, que percebe a mente como algo separado do corpo e que acredita que a doença consiste numa avaria temporal ou permanente do funcionamento de um elemento ou da relação entre eles (Pais-Ribeiro, 2007). Neste sentido, o organismo é visto como o objecto de conhecimento, sujeito a leis universais e cujas disfunções têm causas que, quando solucionadas, permitem que esse organismo que é visto como uma “máquina” volte ao seu estado normal. Assim, nesta perspectiva a cura da doença corresponde à reparação da “máquina” onde o médico é visto como um perito (Engel, 1997, in Pais-Ribeiro, 2007). Acreditando-se assim, que os tratamentos se centrem apenas na mudança do estado físico do corpo (Taylor, 1999).

A centração da medicina sobre a dimensão biológica da pessoa deu origem ao *modelo biomédico*, este centrou a sua atenção exclusivamente no corpo, nos seus sintomas e sinais. No modelo biomédico, as dimensões social e psicológica são negligenciadas ou ignoradas em benefício da dimensão física (Reis, 1998).

Em oposição ao modelo biomédico, surgiram perspectivas críticas que põem em causa o valor absoluto e universal do saber médico. É dada uma importância evidente à construção social da medicina, bem com à interpretação histórica e cultural dos fenómenos. No que diz respeito à evolução dos fenómenos é notório verificar que as causas da mortalidade evoluíram com as sociedades e passaram das doenças infecciosas ligadas ao ar (a tuberculose), à água (a cólera), às associadas à alimentação (a disenteria), para as doenças transmitidas por ratos ou mosquitos como é o caso da malária e destas, para as doenças degenerativas como é o caso do cancro e doenças cardiovasculares (Paúl & Fonseca, 2001).

De igual modo, em Portugal, as doenças infecciosas que eram a principal causa de morte no início do século, diminuíram fortemente e em contrapartida as doenças degenerativas como a cirrose do fígado, os tumores malignos e as doenças cerebrovasculares aumentaram fortemente (Ferrão, 1996, in Paúl & Fonseca, 2001).

O declínio das epidemias ocorreu, segundo Reis (1998), devido aos avanços da medicina e dos tratamentos biomédicos que contribuíram para o aumento da esperança de

vida e também graças à criação de medidas preventivas que tiveram como objectivo evitar o contágio e proporcionar às populações melhores condições de higiene e saneamento.

O aumento das doenças degenerativas passou a representar um dos maiores desafios impostos à medicina e às ciências de saúde em geral. Nestas doenças, ao contrário do que acontecia nas doenças agudas, a rapidez da identificação do agente infeccioso e sua eliminação deixaram de ocorrer. Assim sendo, o modelo biomédico deixou de explicar satisfatoriamente os desafios com que a medicina se deparava (Reis, 1998).

Autores como Engel (1997, in Pais-Ribeiro, 2007) defendem a necessidade de um novo modelo médico, um modelo biopsicossocial. De acordo com este modelo, a medicina deve ter em conta o paciente enquanto pessoa e não meramente os seus processos bioquímicos ou fisiológicos. O meio social no qual a pessoa está inserida, assim como os sistemas de saúde, devem ser tidos em conta no processo de análise da doença. O papel do médico baseia-se em atender ao problema, ao sofrimento e à disfunção que leva a pessoa a pedir ajuda.

A proposta deste novo modelo defende que para compreender a enfermidade de um indivíduo no domínio da saúde é necessário considerar para além dos aspectos fisiológicos, o contexto emocional e social em que a doença ocorre, bem como a concretização de um tipo de tratamento que englobe não só a vertente médica mas também a psicossocial (Faria, 1999). Assim, o modelo biopsicossocial defende que o diagnóstico médico, quer no sentido da avaliação da saúde do sujeito, quer no sentido da recomendação terapêutica, deve contemplar constantemente a interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais (Schwartz, 1982, in Pais-Ribeiro, 2007). O desafio do modelo biopsicossocial é o de ser uma abordagem holística evitando quanto possível reduzir o sujeito à sua dimensão física (Pereira, 1996). Contudo, autores como Quartilho (2001) defendem que este modelo apesar de nos oferecer múltiplas possibilidades de análise a vários níveis não revelou soluções imediatas no contexto médico. Assim, segundo Reis (1998) o que se tem vindo a verificar é que apesar de este modelo defender uma abordagem multidimensional no processo de doença e cura, o paciente tem um papel pouco participativo durante o processo terapêutico, pois é o terapeuta que faz todas as interpretações do estado de saúde do paciente. Este último, não confronta, nem é confrontado, com os seus conceitos e interpretações do seu estado de saúde, ou sobre o processo de diagnóstico e de tratamento. Sujeita-se a ser um observador dos vários procedimentos clínicos ou preventivos, sujeitos por outro (Reis, 1998).

Importa referir que, apesar de o modelo biopsicossocial ter abandonado o reducionismo fiscalista do modelo biomédico ao propor uma abordagem multidimensional, esta peca por considerar o paciente como um elemento passivo num processo que lhe diz

respeito (Reis, 1998). O paciente é, deste modo, afastado para uma condição de passividade face aos serviços que lhe fornecem. De um modo geral, o médico considera o paciente como impotente e incapaz de chegar a uma compreensão ajustada dos problemas que o atingem (Reis, 1998).

Devido às lacunas referenciadas e à consideração da urgência da sensibilização do carácter activo e participativo do paciente no seu processo de doença ou de promoção de saúde, tem sido defendido, por alguns autores, a adopção de um modelo holístico (Bliss, et al., 1995, in Reis, 1998). No modelo holístico o sujeito é visto como um todo, uma integração das suas variadas dimensões - física, cognitiva, afectiva, comportamental, sociocultural - entre outras. Este modelo vê o indivíduo enquanto agente dos seus próprios estados de saúde e doença, e naturalmente, como protagonista nos processos de procura, administração e recuperação da saúde (Taylor, 1999). Referindo-se ainda que os comportamentos em saúde são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença. Considerando neste sentido que as atitudes, representações e comportamentos de todos os envolvidos, ou seja, os utentes, os profissionais e familiares são revestidos de importância. Valorizando-se a relação interpessoal, o respeito pelos valores e cultura do utente e respeito pela capacidade do sujeito na promoção do auto-cuidado (Ramos, 2004).

No modelo holístico considera-se que a participação activa do paciente possibilita a maximização dos efeitos positivos de qualquer acção ligada aos cuidados de saúde. Ao contrário do modelo biopsicossocial, no modelo holístico o médico ou o terapeuta não são os únicos a orientar ou a decidir o tratamento, uma vez que, repartem com o paciente as tomadas de decisão sobre todo o processo. O médico aconselha e partilha mas não impõe. No modelo holístico as significações do paciente referente à sua doença, às causas e aos procedimentos curativos constituem a sua “realidade”, a qual deve ser considerada em todo o processo médico. A este propósito Kleinman (1997) considera que os doentes e as suas famílias têm modelos explicativos para explicar o que está a acontecer. Estes modelos revelam a) a sua compreensão comum da causa, natureza e evolução do problema; b) a avaliação que fazem do seu significado e, c) os objectivos do tratamento.

De acordo com o modelo holístico o terapeuta deve ser um auxiliador no processo clínico ou preventivo, ajudando o paciente na concretização da decisão, e também informando-o sobre os factores de risco de uma determinada doença. Neste processo, pretende-se que o paciente se conheça melhor a si mesmo e compreenda que as suas acções e atitudes exercem impacto ao nível do seu estado de saúde. Neste sentido, pretende-se favorecer a autonomia do paciente e não a dependência. Assim, o modelo holístico considera

a pessoa na sua totalidade (Reis, 1998) e permite que a relação médico-paciente seja revestida de cumplicidade na medida em que a decisão final em termos terapêuticos consiste numa decisão entre ambos. Este modelo integra assim, uma dimensão interactiva entre os dois protagonistas (médico-paciente). Neste modelo acontece “a troca bilateral de informação, a decisão consensual e a discussão das opções terapêuticas” (Elwyn et al., 1999, in Charavel, 2003, p.84).

Em síntese, refere-se que nas últimas duas décadas têm assim surgido novos modelos com formas revolucionárias de encarar o campo da medicina, estes têm criticado o modelo biomédico tradicional, que está presente ainda nos dias de hoje entre as práticas e teorias da Medicina actual. Estas novas ideologias criticam a abordagem redutora, centrada na dimensão biológica do indivíduo, e referem a necessidade de serem considerados no domínio da saúde os factores psicológicos e sociais do indivíduo.

A reflexão elaborada neste trabalho tem como objectivo defender o pensamento de que a prática dos cuidados de saúde deverá ser realizada num ambiente humanista, que respeite o indivíduo e o examine no seu todo, evitando-se resumi-lo a uma dimensão, seja ela biológica, psicológica ou social. Assim, tal como considera Pais-Ribeiro (2007) o sujeito não deve ser resumido à soma das suas partes, pois tal redução não irá ajudar no processo de compreensão do sujeito.

2. Definição de doença crónica

A doença crónica caracteriza-se por ser de longa duração, prolongando-se por toda a vida do sujeito. Este tipo de doença provoca invalidez em graus variáveis que tornam necessário o cumprimento por parte do doente de prescrições terapêuticas. A doença crónica exige igualmente o controlo periódico de observação e de tratamento regular. Facto que impõe, normalmente, ao sujeito a aprendizagem de um novo estilo de vida (Giovannini, et al., 1987, in Pais-Ribeiro, 2007). Por esta razão, deve existir uma sensibilização por parte do sistema de saúde, no sentido em que as doenças crónicas possam ser geridas tendo como orientação maximizar as potencialidades destes sujeitos e minimizar os efeitos da doença na qualidade de vida dos indivíduos.

As doenças crónicas abarcam uma grande variedade de quadros clínicos. Esta variabilidade engloba, por exemplo, o cancro, a epilepsia, doenças cardiovasculares, a doença respiratória, a esclerose múltipla, artrite reumatóide e algumas doenças mentais, entre outras (Paúl & Fonseca, 2001).

No presente trabalho, os diferentes quadros clínicos seleccionados na amostra têm em comum o facto de terem afectadas as estruturas fisiológicas que acarretam incapacidade ao nível da mobilidade.

3. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A classificação internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) constitui uma ferramenta preciosa na definição e comparação da saúde das populações a um nível internacional (WHO, 2001).

Assim, a OMS possui como classificações internacionais a CID-10 -*Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* e a CIF – *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.

A primeira classificação proporciona informação referente ao diagnóstico e a segunda classificação fornece informação no que diz respeito à funcionalidade humana. Considera-se que estas duas classificações se completam, acreditando-se que ambas devem andar em conjunto quando se trata de uma avaliação abrangente no contexto da saúde (WHO, 2001).

A classificação internacional da OMS defende a concretização de uma classificação com diferentes objectivos, como por exemplo, estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a mesma, no sentido de melhorar a comunicação entre diferentes profissionais de saúde, outros sectores e indivíduos com incapacidades. Os objectivos desta classificação permitem promover os direitos humanos e fornece informação aos profissionais de saúde, abarcando a prevenção e promoção da mesma (WHO, 2001).

Para este trabalho recorreremos à CIF no sentido de enquadrar de modo abrangente a incapacidade ao nível da mobilidade. Nesta classificação, a incapacidade e a funcionalidade de uma pessoa são concebidas como uma interacção dinâmica entre os estados de saúde

(doenças, perturbações, lesões, traumas, etc) e os factores contextuais. Esta classificação é constituída por duas partes, cada uma formada por duas componentes. Na primeira parte (Funcionalidade e Incapacidade) estão presentes as componentes estrutura e funções do corpo, actividade e participação. Na segunda parte (Factores Contextuais) estão presentes as componentes factores ambientais e pessoais. Na componente estrutura, estão incluídas todas as partes anatómicas, como os órgãos, componentes ou os seus membros. Na componente funções estão presentes as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos e as funções psicológicas. Assim, nesta classificação as deficiências (problemas nas funções ou estruturas do corpo) correspondem a um desvio importante em relação ao que é geralmente aceite como um estado normal ou uma perda. Ao nível das limitações da actividade, estas correspondem às dificuldades com que o sujeito se pode deparar aquando da performance de uma actividade; e as limitações a nível da participação correspondem às dificuldades que o sujeito pode experienciar no envolvimento de situações reais do dia-a-dia (WHO, 2001).

No que se refere aos factores contextuais da CIF, estes englobam factores ambientais e pessoais. Embora estes últimos não sejam classificados na CIF, a alusão que lhes é feita revela que esta classificação está sensibilizada para a influência dos factores pessoais no domínio da saúde, referindo a necessidade de se obter mais informação sobre a influência de factores pessoais na determinação da participação e qualidade de vida do sujeito (WHO, 2001). A título de exemplo de estudo de factores pessoais/psicológicos para a compreensão de bem-estar, no que respeita aos utilizadores de cadeira de rodas, temos o estudo de Martins e Pais-Ribeiro (2008), sobre o domínio da auto-eficácia desta população. Considerando que um melhor conhecimento das crenças de auto-eficácia dos utilizadores de cadeira de rodas pode ajudar os profissionais de saúde a interpretar melhor os resultados das suas intervenções e assim contribuir para uma melhor qualidade de vida do sujeito (Martins & Pais-Ribeiro, 2008). Neste trabalho adoptamos o mesmo objectivo e para tal vamos centrar-nos nas variáveis psicológicas referentes às características da personalidade. Sendo os estudos na área dos utilizadores de cadeira de rodas escassos, acreditamos que este trabalho irá despertar novas iniciativas e futuras investigações.

4. Viver com uma doença crónica incapacitante

As doenças crónicas e as condições de deficiência estão relacionadas com determinados factores que interagem entre si, criando deste modo um efeito profundo na vida dos indivíduos submetidos a estas condições. De entre estes factores, podemos destacar o grau de limitação funcional, a interferência na capacidade de execução das actividades diárias, a incerteza quanto ao prognóstico e o carácter prolongado da doença, bem como o seu tratamento (Livneh & Antonak, 1997).

O doente crónico terá de lidar com o sentimento de insegurança face ao futuro, pelo facto da inexistência de cura e também, em muitos casos, do prognóstico reservado quanto à probabilidade de grandes limitações a médio prazo (Nortvedt & Riise, 2003). Deste modo, o carácter incerto e imprevisível das doenças crónicas remete-nos para os altos níveis de incerteza sobre os sintomas da doença, o diagnóstico, prognóstico e tratamento (Livneh & Antonak, 1997). A par disto ainda temos o contacto regular com o sistema de saúde. A este respeito Pais-Ribeiro (2007) considera que o contacto só por si com o sistema de saúde tende a desencadear no sujeito um conjunto de reacções psicológicas como a de baixa auto-estima, ansiedade e depressão.

Viver com uma doença crónica incapacitante é lidar com restrições ou falta de capacidade para desempenhar actividades quotidianas e de autocuidado, no modo considerado normal para o ser humano. Os indivíduos com doenças crónicas incapacitantes enfrentam ameaças diárias que incluem, entre outras, as ameaças ao bem-estar, à autonomia e independência, integridade corporal, cumprimento de papéis familiares, sociais e de vocação, metas, planos futuros e estabilidade económica (Falvo, 1999; Horowitz, 1986, in Livneh & Antonak, 1997). Estas situações ameaçadoras podem constituir-se numa experiência traumática podendo afectar o equilíbrio psicológico, comportamental e social evoluindo por vezes para condições patológicas (Livneh & Antonak, 1997).

O confronto inicial com a doença crónica ou deficiência pode em muitos casos desencadear um processo de luto pela parte do corpo perdida ou função afectada que é em muito semelhante à vivência de perda de um ente querido (Livneh & Antonak, 1997). Em ambas as experiências o sujeito apresenta sentimentos de tristeza, luto e desespero (Parkes, 1975; Wright, 1983, in Livneh & Antonak, 1997). A este respeito Taylor e Armor (1996, in Pais-Ribeiro, 2007) consideram que o diagnóstico de doenças graves constitui uma situação

traumática passível de desencadear sintomas reconhecidos no quadro de perturbação de stress pós-traumático (PSPT).

Ao nível da imagem corporal acredita-se que o impacto da doença crónica incapacitante sobre a aparência física e sua capacidade funcional pode alterar e mesmo distorcer a imagem que o sujeito tem de si e do seu corpo (Bramble & Cukr, 1998; Falvo, 1999, in Livneh & Antonak, 1997). Segundo Werebe (1984) no caso do sujeito com deficiência física, o processo de construção da imagem corporal, resulta, na maioria dos casos, na percepção de um corpo desvantajoso em relação aos “não-deficientes”. A aceitação das diferenças, em relação ao padrão social de um corpo “perfeito”, leva a conflitos que exigem maturidade. Neste sentido, uma eficaz adaptação psicossocial consiste na integração das alterações físicas e sensoriais no sentido da adaptação à imagem corporal transformada. A não interiorização desta nova imagem pode desencadear no sujeito sentimentos de ansiedade, depressão, distorções cognitivas e isolamento social (Livneh & Antonak, 1997).

Neste sentido, conviver no dia-a-dia com uma doença crónica envolve a capacidade do indivíduo para promover alterações comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais complexas de modo a que a sua qualidade de vida não seja lesada (Pais-Ribeiro, 2007).

Contudo, apesar do referenciado, a adaptação à doença crónica é individual, dependendo dos recursos a que os indivíduos têm acesso como: tempo, energia, dinheiro, apoio social, meio físico adequado, serviços formais que aumentem a sua independência e depende igualmente de variáveis psicológicas, como, por exemplo, as características da personalidade ou as estratégias de coping (Paúl & Fonseca, 2001).

Neste sentido, Stewart e colaboradores (1989) referem que o impacto da doença crónica sobre a qualidade de vida diverge dentro de cada grupo de doença, existindo uma variação importante ao nível do funcionamento e bem-estar. Esta divergência também ocorre de acordo com o tipo de patologia. Cada doença crónica tem características e impactos específicos nos doentes e nos que o rodeiam.

Como forma de perceber o modo como os indivíduos enfrentam o processo de adoecer e o tratamento temos o *Modelo de Auto-Regulação* proposto por Leventhal, Diefenbach e Leventhal (1992). Considera-se que o processo de adaptação à doença não ocorre no vazio, envolvendo factores como a história do sujeito, os seus valores e conhecimentos, as suas características (psicológicas e biológicas) e o meio envolvente. Deste modo, para a compreensão da forma como o sujeito se adapta à doença é necessário estar sensibilizado para o ponto de vista do próprio sujeito, sendo portanto necessário identificar os processos que mobiliza para lidar ou controlar as situações ameaçadoras, identificar e ter em consideração as

reações emocionais que ocorrem perante tais ameaças e perceber como é que o sujeito lida com elas (Leventhal et al., 1992).

Segundo Leventhal e Cameron (1987) o processo de adoecer ocorre em três estádios. Estes passam pela representação cognitiva da ameaça à saúde, que abrange os sintomas, as causas, as consequências possíveis e a percepção da evolução da ameaça à saúde ao longo do tempo. Outro estádio diz respeito ao plano de acção ou estádio de *coping*, neste o indivíduo projecta e inicia um plano de acção. E por fim, o estádio de avaliação no qual o sujeito se socorre dos seus próprios critérios para avaliar e corrigir o seu plano de acção. Estes autores referem que são desenvolvidos também planos de acção adicionais que têm como função controlar as reações emocionais que podem ocorrer nos diversos estádios (Leventhal & Cameron, 1987). Este modelo faz referência por um lado às representações psicológicas “objectivas” das representações das ameaças à saúde com os seus processos avaliativos e por outro lado faz também referencia ao sistema psicológico de processamento das emoções “subjectivo” que abarca os estados emocionais, processos de coping e regras de avaliação que têm como objectivo a organização das emoções (Leventhal et al., 1992) e das acções adequadas para um melhor controlo, cura e prevenção da doença como ameaça (Leventhal & Colman, 1997).

No que diz respeito às variáveis amortecedoras da adaptação à doença, a literatura tem feito referência aos grupos de auto-ajuda. Estes possibilitam a partilha de experiências comuns, levando deste modo o sujeito a perceber a sua condição como não sendo única. Este facto tem-se revelado benéfico para a auto-estima dos indivíduos. Os grupos de auto-ajuda possibilitam ainda a partilha de informação sobre a doença, sobre serviços de apoio necessários para os utentes e sobre os seus direitos do ponto de vista pessoal, legal ou outro, que têm como função melhorar as condições de vida do doente crónico (Paúl & Fonseca, 2001).

A literatura neste contexto tem também mencionado como variáveis mediadoras no contexto da saúde as expectativas, o suporte social, a espiritualidade, a esperança, entre outras. As expectativas do sujeito face às consequências das suas acções têm impacto sobre essas mesmas acções no sentido de continuar motivado ou desistir (Scheier & Carver, 1992).

O apoio ou o suporte social tem também sido demonstrado como uma variável importante no contexto da saúde (Pais-Ribeiro, 1999). Neste âmbito, existem estudos que têm revelado a existência de um efeito directo entre o apoio social e a saúde, como é o caso de populações com doença crónica, como por exemplo na diabetes, em que se tem verificado um efeito positivo e significativo entre o apoio social satisfatório e a regulação de diversos

indicadores fisiológicos e comportamentais. Verificando-se também a existência de um efeito indirecto no que se refere à diminuição do stress psicológico provocado pela doença, pela diminuição do risco de depressão, e de patologias perante situações geradoras de stress (Rasclé et al., 1997).

A esperança traduz uma expectativa em relação ao futuro no sentido de um acontecimento agradável ou favorável. Acreditando assim que se é possuidor de capacidades para o desenvolvimento de estratégias com vista a alcançar os resultados desejados (Snyder, 2002). Esta variável tem sido reconhecida como estando relacionada a resultados positivos de saúde.

O estudo da espiritualidade, no contexto da saúde, salienta a importância que a mesma tem ao promover um contexto no qual o sujeito entende a sua vida e a vivência tendo em conta o seu valor e significado (Frankl, 2000). Neste sentido, o sujeito sente-se completo, em paz consigo mesmo e com os outros, mesmo perante situações de ameaça (Miller & Thoresen, 2003). As investigações em torno da relação entre saúde e espiritualidade demonstram que, quanto maior são os níveis de espiritualidade maiores são os níveis de bem-estar global e de satisfação com a vida, menor são os sintomas depressivos e de suicídio (Thoresen, 1999).

Importa assim referir que viver com uma situação de doença crónica é lidar com todas as nuances que esta implica. Porém é necessário que o sujeito não se sinta só na sua caminhada. É assim, importante que o sistema de saúde seja conhecedor de toda a panóplia de estratégias capazes de promover estilos que se consideram estar associados a uma boa qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 2007). A promoção da saúde no contexto da incapacidade, deve envolver a promoção de estilos de vida e ambientes saudáveis, prevenção de complicações médicas, preparação dos sujeitos para perceberem e monitorizarem a sua saúde e promoção da participação em actividades comunitárias (Healthy People With Disabilities, 2000, in Martins, 2008). Sendo para tal igualmente importante que a sociedade extinga, atenuar ou compense as barreiras e obstáculos, com o desígnio de respeitar os deveres e direitos de cada cidadão incluindo o cidadão com deficiência (Martins, 2000).

CAPÍTULO II – Qualidade de Vida e Doença Crónica

Introdução

Neste capítulo será abordada a temática da Qualidade de Vida. Para esse objectivo primeiramente enquadraremos este conceito no domínio da psicologia com a referida evolução histórica. Ao abordar o desenvolvimento histórico deste conceito será feita referência à questão da multiplicidade de definições existentes, fazendo alusão a algumas delas, no sentido da compreensão de conceitos pertinentes sobre este constructo, sendo um deles, o seu carácter multidimensional. Também neste capítulo será dado foco às dimensões positivas a que este constructo está habitualmente associado, como o bem-estar subjectivo, a felicidade e a satisfação com a vida. Neste domínio serão referidos alguns instrumentos usualmente utilizados na avaliação deste contexto. Por fim, centramo-nos sobre a temática da qualidade de vida no contexto da saúde em geral e especificamente sobre o campo da doença crónica, informação esta que irá disponibilizar as ferramentas necessárias no caminho da compreensão do paciente. Facto que se reveste de importância quando o objectivo central é maximizar o bem-estar do indivíduo.

1. Qualidade de vida

Uma revisão da literatura revela-nos que a psicologia se preocupou inicialmente em compreender o “negativo” da experiência humana, tendo-se tornado primordial mudar essa tendência, atribuindo-se igualmente importância aos aspectos positivos do comportamento humano (bem-estar subjectivo, satisfação com a vida, felicidade, entre outras).

No sentido de completar a falha existente sobre o estudo do desenvolvimento humano, surgiu no século XX, com origem na psicologia humanista, o movimento da psicologia positiva. Este novo paradigma foi destacado nos trabalhos de Seligman na sua obra *Optimismo Aprendido*, publicado em 1961, onde o autor centra as suas investigações nos aspectos positivos da vida. Seligman (2004) considera ser importante ensinar ao sujeito estratégias capazes de o tornar mais resistente à depressão e capazes de proporcionarem ao sujeito uma vida mais feliz e produtiva.

A psicologia positiva teve assim como principal objecto de estudo o funcionamento saudável e adaptativo do ser humano, interessando-se pelos traços psicológicos e experiências consideradas positivas como optimismo, satisfação, bem-estar, felicidade, gratidão, resistência, empatia, tudo isto tendo como meta descobrir estratégias capazes de promover a qualidade de vida e satisfação do indivíduo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Analisando em particular o conceito de qualidade de vida, a nossa pesquisa revela que é difícil precisar a origem da expressão “Qualidade de Vida” (Bowling, 2001). Há autores que referem que este conceito foi utilizado pela primeira vez em 1960 pelo *President Eisenhower’s Commission on National Goals* (Pais-Ribeiro, 2004). Este referiu-se à qualidade de vida do povo americano, como um constructo multidimensional e abrangente que integra as variações sociais e todos os seus factores envolvidos, a educação, interesses individuais, desenvolvimento económico, saúde e bem-estar, defesa e liberdade em todo o mundo (Pais-Ribeiro, 2004).

Apesar de existir alguma falta de consenso quanto ao momento inicial da sua aplicação, contudo pode afirmar-se que, este conceito sofreu um aumento significativo, no que se refere à sua popularidade aquando da explosão económica após a II Guerra Mundial (Machado, 2003), principalmente nos países desenvolvidos. Esta centração, em torno da temática da qualidade de vida, teve implicações práticas, visíveis através de variadas tentativas de avaliar o conceito. Porém, só na década de 60, se assistiu a um verdadeiro interesse científico por este constructo (Meneses, 2005). Facto este, que é verificável através do aumento exponencial das investigações que se preocupavam em compreender e aprofundar conhecimentos sobre o tema da qualidade de vida, com vista ao desenvolvimento de medidas capazes de quantificar este conceito (Fagulha, Duarte & Miranda, 2000).

Ainda que o conceito tenha sido alvo de diversos estudos na década de 60 este foi considerado por autores como Campbell (1976) na década de 70 como um conceito muito falado mas pouco percebido (Seidl & Zannon, 2004).

A década de 70 foi marcada pela “Segunda Revolução da Saúde” caracterizada pela análise e combate aos comportamentos camuflados pelas principais causas de mortalidade na população do século XX (Pais-Ribeiro, 1998). Foi a centralização da atenção na saúde ao invés de nas doenças, perspectiva esta que foi divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que encarou a saúde numa vertente multidimensional, fazendo alusão à sensibilização para o bem-estar físico, mental e social (OMS, 1958, in Fagulha, Duarte & Miranda, 2000). Nesta altura nascem os conceitos de promoção de saúde e estilo de vida. Esta mudança de mentalidade teve como consequência a tomada de consciência do conceito de saúde, enquanto

dimensão diferente das doenças, promovendo deste modo o desenvolvimento de estratégias de intervenção e de avaliação da saúde e da qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 1994).

Na década de 80, o conceito de qualidade de vida converteu-se num conceito de interesse geral e do senso comum. O recurso a esta expressão expandiu-se entre políticos, clérigos, economistas, ecologistas, entre outros, bem como junto dos profissionais de saúde, revelando deste modo a preocupação e interesse pelo bem-estar dos indivíduos (Pais-Ribeiro, 1994). Nesta altura assistiu-se ao reconhecimento da necessidade de averiguar de forma mais profunda, o impacto que a doença e seu tratamento desempenham sobre a saúde física, psicológica e social dos sujeitos (Santos & Ribeiro, 2001).

Ainda nos anos 80, o conceito de qualidade de vida passou a ser considerado um conceito multidimensional. Contudo, só na década de 90 se chegou à conclusão sobre a sua multidimensionalidade e sobre o seu carácter pessoal e subjectivo. Factos que passaram a ser do reconhecimento geral dos investigadores e considerado actualmente (Seidl & Zannon, 2004).

Na actualidade o conceito de qualidade de vida é utilizado quer no contexto da linguagem quotidiana pela sociedade em geral, por políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; quer também no contexto da investigação científica, em diversos campos de conhecimento, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia, e especialidades da saúde (Seidl & Zannon, 2004). Facto que torna a definição do conceito de qualidade de vida complexa no sentido em que todos falam sobre o conceito, cada um tem a sua própria ideia, tornando-se fácil falar-se de qualidade de vida, sendo contudo este conceito por vezes utilizado de uma forma imprecisa e indiscriminada, podendo acontecer que não se esteja a falar do mesmo (Pais-Ribeiro, 2007). Este aspecto tem vindo a tornar-se num dos principais obstáculos à discussão científica do constructo da qualidade de vida.

Outro aspecto que tem dificultado a definição do conceito de qualidade de vida diz respeito à falta de critérios e elementos convergentes. Um dos contextos de falta de convergência diz respeito ao número de domínios e de componentes a considerar na qualidade de vida, estes estão, segundo Pais-Ribeiro (1998), dependentes quer dos objectivos a atingir, quer do nível de análise a que se pretende chegar.

Inúmeros têm sido os autores que têm empreendido esforços no sentido de clarificar a definição do conceito de qualidade de vida, sendo igualmente inúmeras as definições na literatura sobre este constructo. Facto este que se revela como um dos sinais evidentes do interesse deste conceito pela comunidade científica.

Para Churchman (1992), a expressão “qualidade de vida” é utilizada para designar o juízo subjectivo de um indivíduo sobre o grau em que são satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios da vida. Domínios que incluem o grau de auto-realização, a saúde, vida social e familiar, a habitação, a situação de trabalho, o nível de rendimento, a segurança pessoal, qualidade ambiental, a justiça social, entre outros.

Segundo Frisch (1994, in Fagulha et al., 2000) a qualidade de vida é entendida como o contentamento perante a vida, considerando-se que este será tanto maior, quanto menor for a distância compreendida entre o que a pessoa tem e o que gostaria de ter nas áreas da vida que o sujeito avalia como importantes. Para Pais-Ribeiro (1994), a qualidade de vida é entendida como uma medida de percepção pessoal e subjectiva.

No que se refere à avaliação da qualidade de vida, Pais-Ribeiro (1994) considera que a esta deve ser analisada tendo em conta os subseqüentes aspectos: 1) considerar os aspectos positivos; 2) considerar a avaliação ao nível do bem-estar e da funcionalidade; 3) considerar a interacção entre os aspectos físicos mentais e sociais e 4) basear-se na percepção pessoal.

Bearon e Gorge (1993, in Simões et al., 2001) defendem que na temática da qualidade de vida é necessário a sensibilização das noções referentes às condições e experiência de vida. O primeiro conceito diz respeito a factores externos (nível socioeconómico, rendimento, etc), estes vão influenciar a forma como o sujeito experimenta e avalia a sua vida. O segundo conceito diz respeito ao bem-estar subjectivo que corresponde à avaliação que o sujeito faz da sua própria vida, quer em termos de satisfação (aspecto cognitivo), quer em termos das suas reacções emocionais positivas e negativas (aspecto afectivo).

Perez e colaboradores (2001), consideram que a qualidade de vida envolve aspectos subjectivos, uma vez que corresponde a uma avaliação efectuada pelo próprio sujeito, assim como aspectos objectivos sobre os quais o sujeito atribui uma opinião ou julgamento.

Para Bowling (2004), a qualidade de vida é entendida como um constructo dinâmico, multidimensional e multideterminado, na medida em que depende da interpretação pessoal de cada um.

Para Ferrans e Powers (1990, p.15), a qualidade de vida é definida como “a percepção de bem-estar de uma pessoa, que resulta da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para si”

Importa referir que não existe uma definição de qualidade de vida que seja universalmente aceite, existindo uma enorme vastidão de definições encontradas na literatura, diferindo estas em função do propósito a que se propõem (Wallander, 2001). Contudo, estas apresentam entre si aspectos consensuais. Neste sentido, actualmente é do consenso geral que

a qualidade de vida é uma experiência subjectiva, pessoal e multidimensional (Seidl & Zannon, 2004).

Outro aspecto amplamente aceite diz respeito ao carácter multifatorial do conceito de qualidade de vida, na medida em que este difere com o tempo, de indivíduo para indivíduo, e num mesmo indivíduo modifica-se com o passar do tempo: o que presentemente é boa qualidade de vida pode não ter sido ontem e poderá não ser futuramente (Pais-Ribeiro, 1994). Facto este que torna igualmente a definição de qualidade de vida complexa.

No que diz respeito ao carácter subjectivo, este refere-se à avaliação que o sujeito faz da sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. Neste sentido, considera-se que a mesma pode ser avaliada pela própria pessoa, facto que explica o interesse de estudiosos em desenvolver métodos de avaliação e instrumentos que considerem a perspectiva da população e não a visão de um observador externo (Seidl & Zannon, 2004).

O conceito de multidimensionalidade como característica da qualidade de vida reconhece que este constructo é composto por diferentes dimensões. A identificação dessas dimensões tem sido analisada cientificamente, utilizando-se para tal metodologias qualitativas e quantitativas (Seidl & Zannon, 2004). Nestes estudos têm sido propostas diversas dimensões, bem como sub-dimensões a integrar em cada uma delas. Campbel e colaboradores (1976), por exemplo, reconheceram doze domínios, estes são: comunidade, educação, vida familiar, amizade, saúde, habitação, casamento, vizinhança, self, padrão de vida e trabalho. Santos e colaboradores (2002, in Sardinha, 2008) identificaram domínios como a capacidade funcional, nível sócio-económico, estado emocional, a interacção social, a actividade intelectual, auto-cuidado, o suporte social, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou actividades diárias e o ambiente envolvente. Para Cramer (1994) os domínios a considerar no contexto da avaliação da qualidade de vida dizem respeito ao domínio da saúde física, nível de independência, saúde psicológica, relações sociais e crenças pessoais. A saúde física inclui a saúde geral do corpo (incluindo medo da doença e incapacidade), dor e desconforto, energia e fadiga, actividade sexual, sono e repouso. Do nível de independência fazem parte conceitos como a mobilidade, actividades da vida diária, dependência de substâncias, capacidade de comunicação, capacidade de trabalho. Na saúde psicológica estão incluídos aspectos como o afecto positivo e negativo, funções sensoriais, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, auto-estima, imagem pessoal e aparência. O domínio das relações sociais inclui noções como intimidade (relações amorosas), suporte social, actividades de cuidar e dar apoio. Relativamente à implicação do ambiente na percepção da qualidade de vida, têm-se

considerado variáveis como a segurança física, o ambiente do lar, satisfação com o trabalho, recursos económicos, acesso e qualidade da segurança social e cuidados de saúde, oportunidades para receber informação e experiências novas, oportunidades e participação em actividades de lazer, poluição, ruído, ambiente automóvel, transporte. Por último, temos o domínio referente às crenças pessoais que consiste na dimensão referente a aspectos filosóficos (Cramer, 1994).

Importa referir que o conceito de qualidade de vida, sendo uma compreensão global da vida do indivíduo, se encontra profundamente relacionado com o conjunto de domínios e elementos que a organizam. Neste sentido, a definição de dimensões de qualidade de vida varia de acordo com a definição do próprio conceito de qualidade de vida, e segundo o modo pelo qual ele se aplica no contexto da população em geral ou sobre o contexto da saúde e das doenças (Pais-Ribeiro, 2007).

Contudo, importa referir que da pesquisa contextualizada sobre os estudos efectuados nesta área parecem ser consensuais três dimensões, a dimensão física, psicológica e social (Wallander, 2001). Estas dimensões podem ser analisadas por si só, podendo assim falar-se em qualidade de vida familiar, qualidade de vida no trabalho e qualidade de vida na saúde (Pais-Ribeiro, 2007).

No contexto da saúde, a qualidade de vida inclui ainda, para além do bem-estar psicológico e social, áreas relacionadas com o estado funcional, com os sintomas relacionados com a doença, com o tratamento e com as percepções da saúde (Koot, 2001; Spieth & Harris, 1996).

Neste encadeamento de ideias, observamos que o conceito de qualidade de vida tem vindo a prosperar, convertendo-se progressivamente num conceito mais complexo (não se limita apenas à dimensão do funcionamento físico), passando a ser agregado numa abordagem mais interdisciplinar, na esperança de descobrir soluções holísticas, dirigidas para o bem-estar global do ser humano (Nucci, 2003). Contudo, no contexto do estudo da qualidade de vida existe ainda um longo caminho a percorrer no sentido de tornar mais clara a definição do conceito, de identificar os comportamentos fundamentais da qualidade de vida, diferenciar o conceito de qualidade de vida dos conceitos que a determina, e de possuir instrumentos consensuais no contexto da avaliação do conceito de qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 2004).

2. Qualidade de vida e bem-estar subjectivo

Na mesma linha de investigação do conceito de qualidade de vida, a temática do bem-estar tem vindo a suscitar o interesse da investigação psicológica. Também, neste caso, desde a antiguidade clássica que os pensadores procuram perceber o que origina uma vida feliz com vista a promover vidas e sociedades de maior bem-estar. A urgência de promover o bem-estar remete-nos para a necessidade intrínseca ao homem de procura de felicidade, podendo referir-se que esta constitui o objectivo último da existência humana.

Na temática do bem-estar podemos encontrar na literatura dois conceitos: bem-estar subjectivo e bem-estar psicológico. Estes dois conceitos constroem-se com base em perspectivas distintas da natureza humana – hedonismo e eudaimonismo.

O bem-estar subjectivo está ligado ao hedonismo. Assim, nesta perspectiva o bem-estar subjectivo envolve experiências de prazer e desprazer e envolve também a percepção referente à satisfação do sujeito quanto à sua vida (Diener, 2000; Diener et al., 1999).

O bem-estar psicológico encontra-se ligado à perspectiva eudaimónica. Aqui, o bem-estar ocorre quando as experiências de vida do sujeito estão em consonância com os seus valores morais (Ryff, 1995).

Neste trabalho, vai ser dado destaque ao bem-estar subjectivo, procurando compreender em que medida as variáveis de personalidade têm o poder de explicitar o conceito referido.

O conceito de bem-estar subjectivo, domínio da psicologia positiva, é determinado segundo Simões (1992), como sendo a maneira positiva ou negativa com que o sujeito experiencia a vida. Este conceito é presentemente definido como a avaliação emocional e cognitiva que as pessoas fazem das suas vidas (Diener & Lucas, 1999). Assim, o bem-estar subjectivo é multidimensional pois integra diferentes componentes, isto é, integra a componente cognitiva referente à percepção do sujeito quanto à satisfação com a vida, e integra também uma componente afectiva referente às reacções emocionais que advêm da percepção de satisfação que o sujeito tem da sua vida (Diener & Lucas, 1999).

Segundo Horley (1984, in Pais-Ribeiro, 2007), o conceito de bem-estar subjectivo é definido como um estado em que o sujeito se sente feliz, saudável ou felizado, ou em que, pelo menos, tem a fé de que é feliz.

A história do conceito de bem-estar subjectivo é recente. Este conceito tem cerca de 45 anos de existência. O conceito foi estudado pela primeira vez por Wilson (1960), que em

1967 se dispôs a analisar duas hipóteses do bem-estar: “Base-Topo” (Bottom Up)/ “Topo-Base” (Top Down) (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

A perspectiva “Base-Topo” relaciona os conceitos de satisfação e de felicidade, considerando que a satisfação imediata de necessidades gera felicidade, enquanto que a não satisfação de necessidades causa infelicidade. Já a perspectiva “Topo-Base” defende que o grau de satisfação necessário para atingir felicidade depende da adaptação ou nível de ambição, que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com os outros, pelos valores pessoais, entre outros factores que são motivo de análise na área do bem-estar subjectivo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

As investigações na área do bem-estar subjectivo destacam como emoções positivas mais estudadas o contentamento, o orgulho, optimismo, a felicidade, o encantamento, satisfação, a alegria e a afeição; e como dimensões negativas mais estudadas a depressão, o stress, a ansiedade, a tristeza, a inveja, a culpa e a vergonha (Novo, 2003). Nesta linha de investigação, o optimismo constitui-se como uma avaliação cognitiva em relação ao futuro em que este é percebido com sentido de sucesso (Tiger, 1979, in Nunes, 2007). Existem autores que consideram que o optimismo tem por base não só uma componente inteligente e cognitiva, mas também uma componente motivacional e emocional (Carver & Scheier, 1990, in Nunes 2007).

Quanto à alegria, corresponde, neste âmbito, a um estado de ânimo individual que se obtém a partir de um prazer físico, moral ou intelectual e que é observável habitualmente através de um sorriso (Senise, 1950, in Nunes, 2007).

A felicidade na linha da investigação da psicologia positiva constitui-se como uma emoção positiva fundamental, sendo definida como um estado psicológico de bem-estar ou contentamento, sentimento de prazer e alegria, concretizado pelas circunstâncias ou pela sorte (Faria, 1999).

Segundo Horley (1984, in Pais-Ribeiro, 2007), o conceito de satisfação com a vida é definido como uma gratificação que resulta da concretização dos maiores desejos da vida do sujeito.

Apesar do carácter global do conceito de satisfação com a vida é possível distinguir vários domínios de satisfação, tais como: domínios do trabalho, da família, do lazer, da saúde, das finanças, entre outros (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999, in Simões et al., 2000). A satisfação em domínios específicos é de modo geral designada por “satisfação de domínios”. Em síntese, os investigadores podem escolher avaliar os domínios específicos de satisfação com a vida escolhendo uma abordagem centrada em aspectos específicos da vida, ou podem

escolher uma abordagem mais geral se estiverem interessados no estudo teórico do conceito de bem-estar subjectivo (Sirgy et al., 2006, in Sardinha, 2008).

Deste modo, poderá dizer-se que existem várias variáveis em torno do bem-estar que influenciam o modo como os indivíduos percebem os acontecimentos. Facto que reveste a avaliação em torno do contexto de qualidade de vida de importância.

3. Avaliação no contexto da qualidade de vida

Avaliar a qualidade de vida não é uma tarefa fácil. A falta de critérios e elementos convergentes, já referidas anteriormente, acerca do significado da qualidade de vida reflecte-se no contexto da sua avaliação. Assim, existe igualmente uma grande quantidade de escalas e testes construídos para avaliar o conceito de qualidade de vida. Estes testes e escalas variam de acordo com a definição, construtos e conteúdo de qualidade de vida defendida pelo investigador (Sardinha, 2008).

A revisão da literatura revela que os instrumentos mais utilizados, no domínio da avaliação da qualidade de vida, são os questionários. Alguns questionários centram-se numa única dimensão. Porém, outros procuram responder ao carácter multidimensional do constructo de qualidade de vida (Fayers & Machin, 2000, in Sardinha, 2008).

Estudos revelam que a aplicação de questionários é útil, na medida em que exige menos tempo, possibilita que a pessoa responda ao seu ritmo, podendo voltar às perguntas anteriores e reflectir melhor sobre as suas respostas (Seidl & Zannon, 2004). Porém, considera-se ser útil a combinação de medidas padronizadas com técnicas de natureza qualitativas (história de vida, biografias), no sentido de emergirem temáticas que fazem sentido para o sujeito (Seidl & Zannon, 2004).

A pesquisa contextualizada revela igualmente a existência de instrumentos específicos (escalas ou questionários) construídos originalmente para patologias específicas. Este facto demonstra a preocupação e a necessidade da construção de instrumentos de medida no contexto da saúde (Seidl & Zannon, 2004).

Actualmente, no domínio da qualidade de vida, existem então uma grande quantidade de escalas e testes que variam na sua concepção, nos seus construtos e conteúdos. Um dos

instrumentos talvez mais utilizados é o WHOQOL, este foi desenvolvido pelo grupo WHOQOL – World Health Organization Quality of Life da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group, 1994, 1995). Este instrumento surge com base na definição de qualidade de vida defendida pelo grupo internacional de investigadores da OMS como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Perante esta definição temos uma concepção de qualidade de vida abrangente, e temos uma visão de qualidade de vida que sofre a influencia da saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com aspectos do seu meio (WHOQOL Group, 1995). Assim, o WHOQOL é composto por 6 domínios: físico, psicológico, independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade. Cada domínio é composto por vários aspectos da qualidade de vida que sintetizam o domínio particular da qualidade de vida em que estão incluídos. Cada domínio do WHOQOL pode ser visto como uma descrição de um comportamento, um estado, uma capacidade ou uma percepção ou experiência subjectiva. Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (Canavarro et al., 2006).

Ainda no domínio da qualidade de vida temos o instrumento “Quality of Live” (QLI). O QLI foi desenvolvido pelo Carol Estwing Ferrans e por Powers de Marjorie em 1984 (Martins, 2008). O QLI mede a dimensão, satisfação e importância a respeito dos vários aspectos da vida. Este instrumento avalia os seguintes aspectos: qualidade da vida geral e quatro domínios: Saúde e Funcionalidade, Psicologia e Espiritual, Social e Económica, e Família. Existem diversas versões do QLI, construídas tendo como alvo a população geral e para pessoas com diferentes condições de saúde. Todas estas versões manifestam um conjunto de itens comuns, aos quais são adicionados outros, importantes para cada versão, criando assim, as versões específicas (Martins, 2008). Para este estudo foi utilizada a versão de utilizadores de cadeira de rodas.

No que se refere ao conceito de satisfação com a vida, dimensão cognitiva do bem-estar subjectivo, um dos melhores instrumentos para a avaliar diz respeito à escala Satisfaction With the Life Scale (SWLS) concebida por Diener e colaboradores (1985) e alvo de uma revisão por Pavot e Diener (1993). Esta escala, constituída por 5 itens, tem revelado uma forte consistência interna (Diener et al., 1995). Em Portugal, esta escala foi validada por Neto e colaboradores em 1990 e posteriormente por Simões (1992) (Albuquerque & Lima, 2007).

No domínio da afectividade, é utilizada a escala de Afecto Positivo e Negativo (Positive and Negative Affect Scale- PANAS, de Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Em Portugal, esta escala foi validada por Simões (1993) e posteriormente por Galinha e Pais-Ribeiro (2005). Esta escala é composta por dois conjuntos de adjectivos, em que um deles mede a afectividade negativa (NA) e a outra a afectividade positiva (PA) (Albuquerque & Lima, 2007).

4. Qualidade de vida e saúde

O interesse pelo conceito de qualidade de vida na área da saúde é relativamente recente, acontecendo, em parte, devido aos novos modelos que têm exercido influência sobre o contexto da saúde nas últimas décadas (Seidl & Zannon, 2004). Neste âmbito, actualmente tem sido crescente a preocupação com a qualidade de vida no contexto de saúde (Pais-Ribeiro, Meneses & Group-QDV, 1998). Esta preocupação centra-se em torno da avaliação do impacto da doença sobre o sujeito e da avaliação da eficácia dos tratamentos médicos e psicossociais (Bowling, 1995; Fitzpatrick et al., 1992; Kilian, et al., 2001).

No contexto da saúde, a qualidade de vida assume a designação de “Qualidade de Vida Relacionado Com/ Dependente da Saúde” (QDVRS). Na relação entre Qualidade de Vida, Saúde e QDVRS, o conceito de QDVRS é específico do sistema de cuidados de saúde. Este pode ter dois sentidos: a) geral para o sistema de cuidados de saúde, b) específico para cada uma das doenças. A nível geral, a QDVRS diz respeito à qualidade de vida que está dependente das doenças (qualquer doença) que o sujeito tem, e procura perceber a influência que essa doença, e o seu tratamento, desempenham na qualidade de vida dos indivíduos. No sentido específico para cada doença, a QDVRS diz respeito às limitações, ou a forma como essa doença prejudica a qualidade de vida (Meneses, 2005). Estas duas expressões – qualidade de vida e QDVRS – quando aplicadas no sistema de cuidados de saúde são, normalmente sinónimos (Pais-Ribeiro, 1994). Facto que é defendido por autores como Jacobson (2002), que entendem a qualidade de vida ligada à saúde como um constructo que se centra nos efeitos que a doença, os seus sintomas e tratamento provocam na vida do paciente. Considerando que, para o doente a saúde é perspectivada como um dos aspectos mais importantes da sua vida, do seu mundo e da sua existência. Este autor considera que os

conceitos de saúde e de qualidade de vida poderão ser usados como sinónimos no contexto dos cuidados médicos. Contudo, outros autores entre os quais, Bradley (2002) diferenciam estado de saúde de qualidade de vida. Neste âmbito, o conceito de estado de saúde é perspectivado ao nível da avaliação que a pessoa faz da sua saúde, já o conceito de qualidade de vida corresponde à avaliação que a pessoa faz da sua vida. Neste sentido, a saúde é entendida como um de entre os vários domínios da qualidade de vida e não como sinónimo desta.

Em termos do que deve medir este conceito, actualmente é de consenso geral, que as medidas de qualidade de vida usadas em contextos clínicos devem medir o impacto de uma condição e seu tratamento no funcionamento global do sujeito (Meneses, 2005).

Para Pais-Ribeiro (1994) a saúde engloba dimensões objectivas referentes à capacidade funcional (órgãos e sistemas) e dimensões subjectivas referentes ao sentimento de bem-estar.

Seidl e Zannon (2004), referem que na área da saúde avalia-se o impacto físico e psicossocial que as doenças provocam nas pessoas. Esta avaliação irá assim, proporcionar um melhor conhecimento do paciente e da sua adaptação à condição de doente. Para uma boa avaliação da qualidade de vida devem ser harmonizadas duas fontes de informação, uma fornecida pelas medidas clínicas tradicionais e outra que diz respeito à perspectiva do doente (Meneses, 2005).

No que se refere aos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionados com a saúde, verificou-se um grande crescimento no período de 1990-1999. Estes tendem a estar sensibilizados para o carácter multidimensional e para avaliação da percepção geral da qualidade de vida; contudo, por vezes verifica-se uma centração por parte destes sobre os sintomas, incapacidades ou limitações provocadas pelas doenças (Seidl & Zannon, 2004).

É importante referir que uma eficaz avaliação da qualidade de vida no contexto da saúde tem a virtude de ajudar a colectividade médica a compreender melhor qual o impacto das intervenções e tratamentos médicos na qualidade de vida dos doentes. Auxiliando deste modo a equipa médica a maximizar os benefícios de uma intervenção precoce, ao possibilitar que os domínios da qualidade de vida mais atingidos sejam rapidamente acompanhados pelos profissionais das diversas áreas de saúde (Boini, et al., 2004, in Conboy, Estevens & Pestana, 2007), contribuindo desta forma para o bem-estar global do sujeito.

No que se refere ao contexto específico da doença crónica a pesquisa revela que o cuidado da comunidade médica sobre esta população tem vindo a evoluir. Assim, actualmente a preocupação não passa somente pelo aumento da esperança de vida desta população mas

sim para um aumento da independência e da qualidade de vida (Hicks et al., 2003; Smith, 2000, in Martins, 2008), tornando-se indispensável avaliar a qualidade de vida dos indivíduos que sofrem deste tipo de doenças (Grégoire, 1995; Ribeiro, 1994).

4.1. Qualidade de vida na doença crónica

Sensibilizar para a qualidade de vida do doente crónico é estar sensibilizado para o efeito directo da doença, quer sobre a qualidade de vida dos doentes quer dos que lhes estão próximos (Paúl & Fonseca, 2001).

A preocupação com a avaliação da qualidade de vida, no contexto do doente crónico, deverá contribuir para melhorar a compreensão sobre o modo como os diferentes domínios do sujeito são afectados pelas características da doença e pelo tratamento a que a pessoa tem que se sujeitar, a fim de melhorar a qualidade de vida destes doentes (Bech, 1993; Berzon, 2000; Fallowfield, 1990).

As investigações sobre a qualidade de vida, na doença crónica, tiveram início na década de 1940, com os estudos de Karnofsky e Burchenal sobre o cancro (Jacoby, 2000; Perrine et al., 1995).

Campos e Johnson (1990), referem que o aumento sucessivo das intervenções dirigidas às doenças crónicas em relação às agudas foi importante para que a avaliação da qualidade de vida se tornasse cada vez mais saliente na avaliação dos cuidados médicos.

No que se refere às investigações nesta área, actualmente são já várias as doenças crónicas onde se têm realizado estudos de qualidade de vida, sendo actualmente difícil identificar uma doença crónica no âmbito da qual não se tenha efectuado qualquer estudo de qualidade de vida (Meneses, 2005).

Tomemos como exemplo alguns estudos realizados no âmbito da qualidade de vida no contexto da doença crónica.

As investigações em torno da doença oncológica revelam que esta constitui uma experiência prejudicial para o bem-estar e qualidade de vida, criando um conjunto de ameaças não só para o doente, mas afectando igualmente toda a família (Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003). O diagnóstico de cancro e todo o desenvolvimento da doença são experienciados pelo doente e família como um momento de grande sofrimento, ansiedade, angústia e tristeza, pelo

que a aprovação ao tratamento e a aceitação da doença estará estreitamente relacionada com a personalidade do indivíduo em questão, com o equilíbrio e com os acontecimentos de vida passados e presentes do paciente (Sobral, 1987).

A literatura, no âmbito da oncologia, refere que a prestação de cuidados adequados aos doentes com cancro será possível se compreendermos os efeitos da doença na qualidade de vida (Martin & Stockler, 1998).

Outro exemplo de estudos, em torno da qualidade de vida, no âmbito da patologia crónica, remete-nos para as investigações relacionadas com a qualidade de vida do doente diabético. Estes estudos revelam que a qualidade de vida destes doentes diminui à medida que o número de complicações crónicas que o doente possui aumenta. Sendo a gravidade dessas complicações a variável preditora mais forte da diminuição da qualidade de vida do doente diabético (Glasgow, et al., 1997; Ryan, 1997).

No que se refere aos estudos da qualidade de vida na esclerose múltipla, a literatura revela que é recente, pois durante muitos anos, a avaliação do impacto desta doença era circunscrita às incapacidades e deficiências (León, et al., 2003). A sensibilização para esta limitação levou a que actualmente seja consensual a afirmação de que avaliar a qualidade de vida neste contexto, implica compreender o impacto que a doença provoca na integridade psicológica e funcional de muitas áreas, incluindo as funções neurológicas, psicológicas, sociais e outras (mobilidade e fadiga) (Nortvedt & Riise, 2003).

Bowling (2001) defende que a preocupação com a qualidade de vida em contextos médicos deverá ser conduzida, no sentido da centração nos aspectos positivos do funcionamento do sujeito: avaliar a capacidade, o potencial e a realização, não somente a disfunção. No caso da doença crónica, os domínios da qualidade de vida devem contemplar a medida de percepção subjectiva da saúde, a medida da independência em actividades de vida diária, a esperança de uma vida livre de incapacidade e o número de dias de incapacidade (Valero, 1991). Contudo, segundo Meneses (2005), as investigações no contexto da qualidade de vida no domínio da saúde mostram que têm vindo a ser usadas técnicas de avaliação que não vão de encontro com o que teoricamente é valorizado, ou seja, que avaliar a qualidade de vida no domínio da doença crónica e da saúde em geral, implica abarcar todos os aspectos que a doença comporta, assim, como o impacto que esta acarreta no dia-a-dia do sujeito (Nortvedt & Riise, 2003).

CAPÍTULO III – Personalidade e Bem-Estar

Introdução

Neste capítulo será abordada a temática da personalidade. Neste âmbito, iremos perceber algumas das questões que se levantam em torno da sua definição. Por fim, debruçamo-nos sobre o contexto da relação entre os conceitos de personalidade e bem-estar.

1. Personalidade

Analisando o conjunto de aspectos que distinguem o sujeito dos demais, deparamo-nos com a definição de personalidade, para tal, o conjunto de singularidades deve ser analisado para ser determinada a sua individualidade (Botelho, 1999; Patrão & Leal, 2004) e consistência em termos comportamentais (Hansenne, 2003).

O termo personalidade deriva do latim “*persona*” que significa máscara de actor. O termo, no entanto, tem adquirido múltiplos sentidos, facto que, por vezes, leva o investigador a questionar-se se está perante o mesmo conceito ou de conceitos diferentes (Lima, 1997). Esta diversidade de definições assiste-se desde 1937 com Allport. Este considera a personalidade como algo único que representa o modo como o sujeito pensa, age, reflecte e se comporta em diferentes situações, considerando igualmente que a construção da personalidade depende de um vasto conjunto de elementos que interagem entre si e com o mundo exterior (Hansenne, 2003).

Torna-se complexo definir o conceito de personalidade integral, pois pode englobar diferentes conceitos de estudo, abarcando claramente todas os domínios da vida humana, do funcionamento psicológico intrínseco ao comportamento, das inclinações defensivas às formas de adaptação da condição humana (Novo, 2003).

Analisando o termo de personalidade em termos do seu estudo científico é de referir que este teve início com a publicação de duas obras, uma de Allport (1936), com o título “*Personality: A Psychological Interpretation*” sobre o conceito de “traço” e outra de Murray

(1938) “*Explorations in Personality*” (Runyan, 1997) em torno das “variáveis motivacionais”. O contributo destes dois autores encontra-se presente até aos dias de hoje.

Outro contributo importante em torno do estudo científico da personalidade surgiu na década de 50 pelos autores Hall e Lindzey (1957). Estes elaboraram um manual que contribuiu para estabelecer o estudo da personalidade como uma área fundamental no domínio da psicologia (Lima, 1997). A este período segue-se um momento de crise, onde os pressupostos em torno da personalidade foram postos em causa, contudo depois desta fase o domínio da personalidade voltou ao que era (Pervin, 1990). Actualmente, a psicologia da personalidade pode considerar-se como um universo de domínios que derivam de quatro modelos dominantes: Traço, Psicodinâmico, Situacionismo e Interacionismo (Cervone, 1991). De um modo geral, os dois primeiros modelos referem-se às características e fontes dinâmicas do sujeito, o terceiro diz respeito às situações e o seu significado psicológico; o quarto modelo preocupa-se com o contributo das duas áreas dos modelos anteriores (Endler & Edwards, 1982). Facto que reflecte, segundo Pervin (1990), a complexidade do funcionamento da personalidade, no sentido em que aborda uma grande diversidade de factos e aspectos.

Para Cook (1984), o número elevado de definições, no domínio da personalidade deve-se à variedade de perspectivas e níveis de explicação escolhida. Neste âmbito, a análise e a definição de personalidade será estabelecida de acordo com os conceitos empíricos específicos subjacentes à teoria da personalidade que o investigador pretende usar (Hall, Lindzey & Campbell, 2000). Outra explicação presente para a vastidão de definições remete-nos para a ênfase colocada, quer no estudo do desenvolvimento, quer no estudo da estrutura da personalidade. Assim, Segundo Winter e Banrenbaum (1999, in Novo, 2003), a psicologia da personalidade apresenta dois tipos de funções diferentes, porém inter-relacionadas; o estudo dos aspectos que originam as diferenças individuais e o estudo dos factores que tornam o sujeito único e coerente. Neste âmbito podemos referir a existência de dois grandes tipos de abordagens teóricas; as teorias que se preocupam em analisar a personalidade como algo estável ao longo do tempo e das situações; e as teorias que entendem a personalidade como uma unidade estrutural e dinâmica (interacção entre o sujeito e o meio físico e social).

Para o estudo da dinâmica da personalidade, na vertente da interacção do sujeito com o meio físico e social, teremos de fazer alusão ao Modelo de Erikson. Este modelo foi pioneiro no domínio dos modelos explicativos em torno do desenvolvimento humano, constituindo-se a primeira teoria que abrange todo o ciclo de vida (Novo, 2003). Segundo o modelo de Erikson, a compreensão do sujeito é conseguida no contexto da análise da interacção deste com o seu meio afectivo, social, cultural e histórico (Silva & Costa, 2005).

Assim, da pesquisa contextualizada refere-se que Erikson foi inovador ao defender a importância do contexto cultural e histórico no domínio da compreensão da construção da identidade. Este autor considera que o estudo de qualquer assunto no contexto da subjectividade humana deve conter a preocupação com a integração entre o social e o individual (Erikson, 1987). Neste sentido, Erikson defende que, no estudo da identidade, o examinador deve atender à interacção do indivíduo com o seu meio afectivo, social, cultural e histórico (Silva & Costa, 2005), defendendo igualmente que a análise sobre o desenvolvimento da personalidade deve integrar os diferentes componentes do organismo (biológico e psicológico) (Erikson, 1963;1968).

No âmbito do estudo da estrutura da personalidade teremos que focar as características estáveis da personalidade. Para a ideologia de estabilidade temos as abordagens referentes ao estudo da personalidade fundamentadas no conceito de traço (Botelho, 1999). A personalidade é assim percebida como uma organização estável do sujeito, que influencia a forma como este reage aos acontecimentos de vida, e que tende a ser consideravelmente estável ao longo do tempo (Patrão & Leal, 2004). Considerando-se que, ainda que a personalidade sofra modificações, esta mantém-se relativamente estável ao longo da vida (Hansenne, 2003).

McAdams (1995), considera que a ideologia, em torno do conceito de traço, constitui-se num modelo válido e legítimo de descrição da personalidade, uma vez que os traços reproduzem diferenças notórias no comportamento e na personalidade dos sujeitos. Considerando este autor que as diferenças individuais, em muitos traços (e.g. extroversão e neuroticismo), conservam-se estáveis ao longo de períodos de tempo consideráveis, revelando-se bons preditores do comportamento dos sujeitos (McAdams, 1995). Deste modo, o conceito de traços é visto como uma medida das diferenças individuais, com propensão a revelar modelos consistentes de pensamento, sentimentos e acções (McCrae et al., 1992).

O conceito de traço e a noção de estabilidade contribuíram para o surgimento nos anos 80 do modelo geral de descrição da personalidade - Modelo dos Cinco Factores. Este foi, segundo McAdams (1995), um dos marcos mais importante para a Psicologia dos Traços (McAdams, 1995). A teoria dos traços surge assim, com um interesse central no desenvolvimento do modelo dos cinco factores. Costa e McCrae (1992) consideram este modelo como sendo viável, universal e isento de influências no que se refere a variáveis, género e idade (Costa & McCrae, 1997). Estes têm assim, difundido em grande medida a teorização e investigação que realça a estabilidade da personalidade ao longo da vida (Costa

& McCrae, 1994; 1997). Em termos teóricos, os mesmos autores referem que a personalidade é constituída por um sistema formado por traços.

Importa assim referir que os vários tipos de abordagens feitos ao conceito de personalidade não são obrigatoriamente incompatíveis, se entendermos a personalidade numa perspectiva ampla e única. Argumento este que está presente no modelo proposto por McAdams (1994), de conceptualização da personalidade em diversos níveis. Este autor identifica três níveis paralelos, possíveis de uma articulação entre si. A teoria proposta por McAdams (1994) defende a análise da personalidade em termos de, pelo menos, três níveis paralelos. Estes níveis designam-se de: I) traços disposicionais; II) preocupações pessoais e III) narrativas de vida. No primeiro nível está implícita a ideia de estabilidade da personalidade; o segundo nível diz respeito a variáveis motivacionais, desenvolvimentais ou estratégicas como, os planos, objectivos, estratégias, defesas, projectos, tácticas e investimentos pessoais, o terceiro nível diz respeito à procura de unidade e orientação na vida, isto é, diz respeito à formação da identidade (McAdams, 1994). Segundo este autor, cada nível referido anteriormente, pode ser analisado e entendido isoladamente, porém será necessário existir uma sensibilização em torno da existência dos vários níveis inerentes à personalidade (McAdams, 1993).

2. Personalidade e Bem-Estar

As investigações no domínio do contexto do bem-estar têm vindo a aumentar desde os anos 60, progredindo de um interesse centrado principalmente na relação entre as variáveis externas (variáveis sócio-demográficas, acontecimentos e situações externas) e o bem-estar para um interesse centrado nos processos psicológicos presentes nessa avaliação subjectiva (Diener et al., 1999).

Várias têm sido as investigações que se têm dedicado ao estudo da relação entre as variáveis sócio-demográficas: idade, género, rendimento, estado civil, educação e o grau de bem-estar subjectivo vivenciado pelos indivíduos.

A pesquisa contextualizada revelou que as variáveis externas muitas vezes têm apenas um impacto modesto no bem-estar subjectivo, explicando apenas uma percentagem relativamente reduzida da variabilidade deste (Diener et al., 1999). Assim, acabou-se por

privilegiar o estudo dos processos psicológicos inerentes ao bem-estar. Contexto este, onde a personalidade (objectivos, valores e crenças pessoais, esforços de adaptação e disposições ou traços) desempenha um lugar central (Novo, 2003). Privilegiando-se, assim o estudo da tendência do sujeito para experienciar os acontecimentos, atribuindo-se à personalidade um papel fundamental na determinação do bem-estar (Simões et al., 2000).

A afirmação de que, a personalidade influencia de modo significativo o bem-estar está presente em variados modelos teóricos sendo também defendida em diferentes trabalhos de investigação (Diener et al. 1999; Heidrich & Ryff, 1993 Helson & Moane, 1987; Whitbourne, 1987).

Neste sentido, tem sido observada uma significativa convergência de resultados que demonstram a existência de uma relação significativa entre a personalidade e o bem-estar (McCrae & Costa, 1991; Schmutte & Ryff, 1997).

Neste âmbito, considera-se que a personalidade constitui a base da compreensão do fenómeno da adaptação e do bem-estar (Allport, 1961;1966; Neugarten, 1977; Atchley, in Novo, 2003). Acreditando-se que a personalidade representa um dos preditores mais fortes e sólidos deste constructo (Diener & Lucas, 1999). Considerando-se que a estabilidade do bem-estar deve-se à estabilidade da personalidade, dos estilos afectivos e do meio, sendo que este último é considerado o elemento de menor peso na conquista do bem-estar (Ksoma, Stones & Stones, 1997). Defendendo-se, neste sentido, que a variável personalidade prevê, de forma mais consistente, a satisfação com a vida do que os acontecimentos desta.

Nesta linha de investigação a personalidade tem sido analisada ao nível dos seus factores, estes têm sido considerados fundamentais no contexto da explicação do bem-estar subjectivo (Costa & McCrae, 1980; Diener & Lucas, 1998), tendo sido destacados como os principais preditores deste conceito. Neste âmbito, o modelo de personalidade mais utilizado tem sido o modelo dos Cinco Grandes Factores (Ruiz, 2005).

No domínio da componente afectiva do bem-estar subjectivo, as investigações têm mostrado a existência de relações estreitas entre as dimensões da personalidade e as emoções (McCrae & Costa, 1991; Watson & Clark, 1992). Costa e McCrae (1980) destacaram, sobretudo, a relação entre extroversão e a afectividade positiva, o neuroticismo e a afectividade negativa. Um estudo efectuado por Headey e Wearing (1989) revelou que a dimensão extroversão é um factor preditor de situações positivas, nomeadamente no contexto das amizades e do trabalho, o neuroticismo, por sua vez, constitui um factor preditor de situações negativas, nomeadamente nas áreas de trabalho. Neste sentido, é possível dizer que

a extroversão e o neuroticismo constituem-se como ligações primárias entre a personalidade e o bem-estar (Lima & Albuquerque, 2007).

No domínio das explicações da relação entre traços de personalidade e emoções existem duas hipóteses explicativas presentes na literatura. Uma explicação consiste em sugerir que os traços de personalidade revelam diferenças individuais no que se refere à reactividade e sensibilidade face às diversas emoções. Outra explicação consiste em considerar que são os traços de personalidade que determinam as emoções (Hansenne, 2003). Referindo-se que o facto de se ser agradável propícia uma maior probabilidade de vivenciar emoções positivas por, geralmente, desencadear relações afáveis e agradáveis com os outros. Do mesmo modo, as pessoas conscienciosas experimentam emoções positivas, no sentido em que estas geralmente têm sucesso nas tarefas que enfrentam (McCrae & Costa, 1991). Larsen e Ketelaar (1991), consideram que a extroversão proporciona uma maior sensibilidade a acontecimentos que evocam emoções positivas.

No que se refere à expressão das emoções, Gross e John (1995; 1997) referem que a extroversão se encontra positivamente relacionada com a expressão de emoções positivas, e o neuroticismo encontra-se relacionado com a expressão de emoções negativas. Deste modo, a extroversão encontra-se positivamente relacionada com a alegria e com a felicidade e negativamente associada a todas as emoções negativas. No que se refere à agradabilidade, esta encontra-se associada ao amor, à felicidade, à cólera e à tristeza. A conscienciosidade encontra-se associada, em particular, à felicidade (Eid & Diener, 1999).

Hansenne (2003) refere que os indivíduos que vivenciam predominantemente emoções positivas são extrovertidos, agradáveis e abertos. Em contrapartida, as pessoas que experimentam predominantemente experiências negativas são emocionalmente instáveis (neuroticismo).

No domínio das relações entre personalidade e bem-estar subsistem diversas perspectivas. Uma explicação consiste na defesa da ideia de que a personalidade exerce influência na forma como os indivíduos compreendem os acontecimentos externos, influenciando desta forma a própria percepção de bem-estar, originando assim diversas interpretações do mesmo acontecimento (Diener, 1984).

Outra forma de observar a relação destas duas variáveis está presente no modelo de *equilíbrio dinâmico* (Headey & Wearing, 1989) que integra os conceitos de adaptação e as tendências da personalidade. Este modelo foi desenvolvido para explicar o que leva os sujeitos a manifestarem avaliações estáveis da sua vivência, bem como o seu próprio estado de bem-estar. O modelo demonstra que cada sujeito possui um nível de equilíbrio normal de

bem-estar, que é preditivo através dos traços de personalidade, como a extroversão, o neuroticismo e a abertura. Defende ainda que, mesmo quando o nível de bem-estar se altera após a experimentação de um acontecimento particular, seja ele positivo ou negativo, as características de personalidade fazem com que o nível de bem-estar reencontre o seu equilíbrio (Hansenne, 2003). No mesmo sentido, Diener (1995) considera que são as predisposições da personalidade que estabelecem o regresso ao nível de felicidade anterior.

Assim, no estudo das relações entre personalidade e bem-estar tem sido usado, como vimos, o modelo dos cinco factores, no qual a personalidade é vista ao nível dos traços como disposições individuais, padrões estáveis de pensamento e comportamento. Este modelo possibilita a descrição de importantes associações entre diferentes traços de personalidade e o bem-estar, analisado através do afecto positivo, negativo e da satisfação com a vida. Neste sentido, as duas componentes afectivas do bem-estar subjectivo encontram-se fortemente relacionadas com dois traços dos Cinco Grandes Factores de Personalidade (McCrae & John, 1992; Lima, 1997). Aparecendo neste âmbito a extroversão como factor que influencia o afecto positivo, o neuroticismo influencia o afecto negativo (Diener, 1984; Diener et al., 1999; Emmons & Diener, 1985). Neste rumo de investigações, Hansenne (2003) refere que os extrovertidos, conscienciosos e abertos são mais sensíveis aos acontecimentos positivos e avaliam de forma mais saliente o seu próprio bem-estar. Os sujeitos com um elevado nível de neuroticismo centram-se mais particularmente nos acontecimentos negativos e manifestam um menor sentimento de bem-estar geral. No mesmo sentido, Costa, McGrae e Dye (1991), referem que as pessoas que estão felizes e satisfeitas com a vida tendem a ter níveis altos de extroversão e baixos de neuroticismo.

Neste encadeamento de ideias importa referir que os factores de personalidade produzem uma influência expressiva no comportamento dos indivíduos. No que se refere ao domínio da saúde, Costa e McCrae (1987), defendem igualmente que o Modelo dos Cinco Factores poderá revestir-se de grande utilidade. Facto que reveste o objectivo deste trabalho de pertinência, isto é, analisar o carácter preditivo da personalidade sobre o bem-estar na população utilizadora de cadeira de rodas.

SEGUNDA PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

1. Considerações iniciais

A segunda parte do trabalho que apresentamos é dedicada aos seus aspectos empíricos. Deste modo, num primeiro momento, apresentaremos e clarificaremos os objectivos que orientam o nosso estudo empírico. Seguidamente, serão apresentadas as considerações acerca dos procedimentos estatísticos, bem como da população-alvo e dos critérios de selecção dos sujeitos que fazem parte da amostra. Adicionalmente, faremos referência aos aspectos relativos à administração dos questionários. Por último, são apresentados e analisados os resultados obtidos a partir do tratamento e análise de dados desenvolvidos.

2. Objectivos do estudo empírico

O doente crónico utilizador de cadeira de rodas é confrontado diariamente com as restrições que a sua condição de saúde impõe à qualidade de vida e/ou desenvolvimento. Apesar destas limitações ou restrições não significa, obrigatoriamente, que o sujeito se percepcione como estando condenado a uma condição de inadaptação.

No contexto da determinação do bem-estar, Simões e colaboradores (2000) atribuem à personalidade um papel fundamental. Adicionalmente, Diener (1995) considera que são as predisposições da personalidade que ocasionam a competência para a adaptação a situações de adversidade.

Porém, em Portugal, não existe informação referente a esta temática no que se refere às experiências dos utilizadores de cadeira de rodas, não se conhecendo estudos que examinem esta população relativamente à qualidade de vida e sua relação com as variáveis psicológicas. Deste modo, e no sentido de tentar colmatar a lacuna referida anteriormente, consideramos que a pertinência do presente trabalho se encontra no facto de se centrar na conjugação da percepção da qualidade de vida com o tipo de personalidade dos sujeitos utilizadores de cadeira de rodas. Assim, neste estudo, temos como variável dependente a Percepção da Qualidade de Vida e como variável independente a Personalidade.

A escolha destas variáveis foi efectuada com base na revisão da literatura, nomeadamente em trabalhos de investigação nas áreas de Saúde e Psicologia. Através dessa mesma revisão, revelou-se pertinente o estudo da variável personalidade na determinação da percepção da qualidade de vida do sujeito.

Assim, neste trabalho, pretendemos centrarmo-nos sobre a análise da influência/impacto que a personalidade exerce sobre a percepção da qualidade de vida dos utilizadores de cadeira de rodas.

Portanto, definido o objectivo geral do nosso estudo, adoptamos as seguintes questões orientadoras da investigação:

- (a) Em termos da percepção da qualidade de vida, que resultados apresentam os indivíduos inquiridos (utilizadores de cadeira de rodas)?
- (b) Em termos de personalidade, que resultados apresentam os sujeitos da amostra?
- (c) Será que a personalidade influencia de modo significativo a percepção que o sujeito utilizador de cadeira de rodas tem da sua qualidade de vida?
- (d) Em termos de afectividade, que resultados apresentam os sujeitos da amostra?
- (e) Será que existe uma associação significativa entre a afectividade positiva e a percepção que os sujeitos da amostra têm da sua qualidade de vida?
- (f) Será que a percepção dos utilizadores de cadeira de rodas acerca do tratamento (fisioterapia) contribui para a sua qualidade de vida?

Acreditamos, assim, que as respostas a todas as questões que norteiam este trabalho são de revestida utilidade quer para os profissionais de saúde quer para as próprias pessoas utilizadoras de cadeira de rodas e seus familiares.

Face aos objectivos delineados e ao tipo de dados recolhidos, o estudo empírico desenvolvido caracteriza-se por um design de cariz quantitativo (Creswell, 2003). Pela não possibilidade da manipulação das variáveis em questão e do controlo dos factores classificatórios, encontramos-nos perante uma investigação não experimental (Alferes, 1997; Kiess & Bloomquist, 1985).

Considerando os fundamentos anteriores, optou-se pelo método do inquérito (*survey research*), com recurso à técnica do questionário anónimo e auto-administrado, visto tratar-se de um processo de recolha de dados que permite conduzir a uma inventariação, relativamente estruturada, de atitudes, percepções, representações, comportamentos e motivações (Ghiglione & Matalon, 1997). Segundo, Alferes (1997), a opção por um questionário anónimo auto-administrado implica uma menor reactividade por parte dos respondentes.

3. Procedimentos estatísticos

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos, foi utilizado o *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.00.

Num primeiro momento, recorreu-se à estatística descritiva, calculando-se médias e desvios padrões para as variáveis contínuas em estudo, bem como frequências e percentagens para as variáveis discretas (Maroco, 2007; Reis, 2001). Adicionalmente, ainda no âmbito da estatística descritiva, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, que enquanto medida de associação nos permite medir a intensidade e a direcção de associação do tipo linear entre duas variáveis contínuas (Maroco, 2007). Especificamente, o coeficiente de correlação referido anteriormente foi calculado para avaliar a associação existente entre a afectividade positiva e a percepção que os sujeitos da amostra têm da sua qualidade de vida, bem como entre esta e a personalidade.

Num segundo momento, optou-se pela estatística inferencial, onde se utilizou especificamente a análise de regressão múltipla, que pretende averiguar a relação linear entre um conjunto de variáveis predictoras e uma variável critério (Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003; Hair, Anderson, Tatham & Black, 2006; Howell, 2006; Kiess & Bloomquist, 1985; Maroco, 2007; Tabachnick & Fidell, 2007). A análise de regressão múltipla foi utilizada sempre que se pretendeu avaliar os efeitos principais de cada uma das dimensões da personalidade nas dimensões da qualidade de vida consideradas.

4. Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 39 indivíduos utilizadores de cadeira de rodas. Esta amostra foi obtida na zona centro em várias Instituições, tais como: Caritas Diocesana de Coimbra, Hospital da Universidade de Coimbra, Centro da Conrraria, alguns centros de actividades ocupacionais e também junto de algumas pessoas que foram contactadas no local de trabalho.

No que se refere à selecção da população-alvo, foram tidos em conta alguns critérios específicos, especificamente a idade dos sujeitos, o tempo de utilização de cadeira de rodas, o acompanhamento fisioterapêutico, a escolaridade e a saúde mental.

Deste modo, relativamente à idade, os sujeitos foram seleccionadas dentro de uma faixa etária compreendida entre os 20 e os 60 anos.

Para validar a cronicidade destes sujeitos, foi tido como critério de selecção a permanência de utilização de cadeira de rodas há mais de um ano. Ou seja, apenas foram inquiridos sujeitos utilizadores de cadeira de rodas há mais de um ano.

No sentido de analisar o impacto do tratamento na percepção da qualidade de vida destes sujeitos, utilizou-se como critério a selecção de indivíduos utilizadores de cadeira de rodas que são acompanhados pelo serviço de fisioterapia.

Em termos de escolaridade, foi utilizado como critério a escolaridade mínima.

Por último, foi considerado o estado de saúde mental dos sujeitos, no sentido de a nossa amostra não integrar indivíduos com diagnóstico de doença ou deficiência mental.

Relativamente ao trabalho de campo, após o consentimento obtido junto das Instituições e dos indivíduos utilizadores de cadeira de rodas para a participação no presente estudo, procedeu-se à explicação dos seus objectivos e à entrega dos questionários, A confidencialidade e o anonimato das respostas foram assegurados. Assim, para avaliar a percepção da qualidade de vida, aplicou-se a escala do Índice da Qualidade de Vida (cf. Anexo III), para avaliar a afectividade aplicou-se a Escala da PANAS (cf. Anexo II) e para avaliar o tipo de personalidade aplicou-se o NEO-FFI (cf. Anexo I).

Após a recolha dos questionários, procedeu-se ao seu tratamento estatístico no sentido de ir ao de encontro dos objectivos estabelecidos para o estudo que apresentamos, bem como de procurar responder às questões específicas e orientadoras da investigação.

4.1. Caracterização da amostra em estudo

A caracterização dos sujeitos que fazem parte da amostra baseia-se nas seguintes variáveis: sexo, idade, habilitações, ocupação e tempo de utilização de cadeira de rodas. Para este estudo foram analisadas as frequências e percentagens das referidas variáveis.

• SEXO

A análise das frequências dos sujeitos inquiridos em função da distribuição por *sexo* revela-nos que a amostra é constituída por uma maior percentagem de sujeitos do sexo feminino (56.4%) (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição dos sujeitos inquiridos por sexo (n = 39)

	Frequência	Percentagem
Feminino	22	56.4
Masculino	17	43.6
Total	39	100.0

• IDADE

A distribuição por *idade* dos sujeitos inquiridos é exposta no Quadro 2. Esta análise revela-nos que um total de 10 sujeitos (25.6%) apresentam idades compreendidas entre 20 e 30 anos, sendo que 20 sujeitos (51.3%) apresentam idades entre os 31 e 41anos e os restantes 9 (23.1%) sujeitos apresentam idades superiores e mesmo igual a 42 anos.

Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos inquiridos por idade (n = 39)

	Frequência	Percentagem
Entre 20 a 30 anos	10	25.6
Entre 31 a 41 anos	20	51.3
≥ 42 Anos	9	23.1
Total	39	100.0

• HABILITAÇÕES

No que se refere à distribuição dos sujeitos inquiridos em função das suas *habilidades escolares/académicas*, a análise do Quadro 3 revela-nos que na amostra em estudo existe uma maior percentagem de sujeitos com o nível de ensino secundário (25.6%).

Quadro 3 – Distribuição dos sujeitos inquiridos por habilitações (n = 39)

	Frequência	Percentagem
Até à 4ª classe	9	23.1
Até ao 6º ano	5	12.8
Até ao 9º ano	8	20.5
Ensino Secundário	10	25.6
Ensino Superior	5	12.8
Frequência de Ensino Superior	2	5.1
Total	39	100.0

• OCUPAÇÃO

O Quadro 4 apresenta a distribuição dos sujeitos por *ocupação*. A análise efectuada revela-nos que apenas um total de 8 dos sujeitos inquiridos (20.5%) se encontra a exercer uma determinada actividade/ocupação laboral.

Quadro 4 – Distribuição dos sujeitos inquiridos por ocupação (n = 39)

	Frequência	Percentagem
Reformado/Inactivo	31	79.5
Actividade	8	20.5
Total	39	100.0

• TEMPO DE UTILIZAÇÃO DE CADEIRA DE RODAS

A distribuição dos sujeitos inquiridos pela variável *tempo de utilização de cadeira de rodas* é apresentada no Quadro 5. Desta análise, verifica-se que um total de 13 sujeitos (33.3%) apresenta um tempo de utilização de cadeira de rodas entre 1 e 10 anos, sendo que 19 sujeitos (48.7%) apresentam um tempo entre 11 e 21 anos. Os restantes 7 (17.9%) sujeitos apresentam uma permanência entre os 22 e 32 anos de utilização de cadeira de rodas.

Quadro 5 – Distribuição dos sujeitos inquiridos por tempo de utilização de cadeira de rodas (n = 39).

	Frequência	Percentagem
Entre 1 a 10 anos	13	33.3
Entre 11 a 21 anos	19	48.7
Entre 22 a 32 anos	7	17.9
Total	39	100.0

5. Instrumentos

Tendo como objectivo avaliar as variáveis implicadas neste estudo, foi seleccionado e administrados três instrumentos, estes estão adaptados e validados para a população portuguesa.

Deste modo foram utilizados os seguintes instrumentos: o NEO-FFI, que procura avaliar a personalidade em termos dos seus factores; o PANAS, que avalia o bem-estar subjectivo em termos de afectividade negativa e positiva; e o Índice de Qualidade de Vida, que avalia a percepção da qualidade de vida na população de utentes de cadeira de rodas.

Por fim, para perceber o impacto da fisioterapia na qualidade de vida do sujeito utilizador de cadeira de rodas pediu-se adicionalmente aos sujeitos que respondessem à seguinte afirmação: “A Fisioterapia contribui para a minha Qualidade de Vida”, avaliada de acordo com o seu grau de concordância (“Concordo Muito”, “Concordo Pouco” e “Não Concordo”).

5.1. Inventário de personalidade (versão portuguesa do NEO-FFI)

Para avaliar a personalidade utilizou-se o Inventário de Personalidade NEO-FFI traduzido e adaptado por Lima e Simões (2000).

A versão original deste inventário, intitulada de NEO PI-R (Inventário de Personalidade NEO Revisto de Costa & McCrae, 1992) tem por base a teoria de *traço* e foi construído com o objectivo de representar o modelo de personalidade dos cinco factores. Assim, este instrumento surgiu com o objectivo de avaliar as cinco dimensões da personalidade: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade e Conscienciosidade (C). A ideia subjacente a este inventário é a de que estes traços podem ser

reunidos de modo útil num só instrumento (Costa & McCrae, 1992). Numa fase inicial, este instrumento era composto por 145 itens (Costa & McCrae, 1985) contudo, posteriormente Costa e McCrae desenvolveram um novo questionário com 240 itens (NEO PI-R) (Costa & McCrae, 1989, 1990). Acredita-se, deste modo, que o recurso a questionários e à auto-avaliação dos sujeitos às suas características é de extrema utilidade para o estudo e investigação em torno da personalidade. Isto porque o sujeito é revestido de capacidade para compreender com exactidão as suas características pessoais. Neste sentido, o Inventário de Personalidade NEO PI-R permite obter uma avaliação compreensiva da personalidade (Lima, 1997; Lima & Simões, 1997; Lima & Simões, 2000) do sujeito no que diz respeito ao seu estilo emocional, interpessoal, experiencial, atitudinal e motivacional bastando para tal identificar o posicionamento do sujeito nas referidas dimensões (Lima & Simões, 2003).

No sentido de perceber o que avalia cada dimensão, McCrae e Costa (Costa & McCrae, 1985, 1991; McCrae, 1994) referem que o factor *Neuroticismo* (N) identifica indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, com sentimentos de incompetência, hipocondríacos, ideias irrealistas e respostas de coping desadequadas. Assim, este domínio avalia a tendência do sujeito para expressar afectos negativos como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpa e repulsa. Já a *Extroversão* (E) traduz a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de expressar alegria. Os extrovertidos são indivíduos sociáveis, optimistas, activos, afectuosos e gostam da excitação e da estimulação e tendem a ser alegres, animados e enérgicos. A extroversão traduz a quantidade e a intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de expressar alegria. Na introversão pelo contrário, os indivíduos são essencialmente retraídos, sóbrios, pouco animados, distantes, com um ritmo de vida mais calmo, tímidos, silenciosos, gostam de estar sozinhos, estão mais canalizados para a tarefa e são independentes nas suas tomadas de decisão e tendem a ser menos optimistas com tendências para ser pessimistas. No que se refere ao factor *Abertura à Experiência* (O), este avalia atributos como a fantasia, a sensibilidade estética, a abertura a ideias ou a curiosidade intelectual, a amplitude de sentimentos e o juízo independente. Os indivíduos com (O) elevado são, curiosos em relação ao seu mundo interior e ao que o rodeia, sendo as suas vivências muito ricas. O factor *Amabilidade* (A), é uma dimensão que se refere às tendências interpessoais. O sujeito amável é, geralmente, possuidor de bons sentimentos, digno de confiança, prestável, pronto a acreditar nos outros, recto e com tendência a perdoar. E por último, o factor *Conscienciosidade* (C), avalia o grau de organização, persistência e motivação com fim a um objectivo. O indivíduo consciencioso é

munido de força de vontade, de confiança, é determinado, pontual, organizado, trabalhador e ambicioso. (Costa & McCrae, 1985, 1991; McCrae, 1994).

Em síntese, considera-se que as noções que compõem a personalidade podem ser agrupadas, de maneira a serem reunidas num instrumento único e útil para a compreensão e predição de uma vastidão de critérios, desde os interesses vocacionais, à doença, à saúde, ao bem-estar psicológico e aos estilos característicos de coping (Costa & McCrae, 1992). Neste sentido, o NEO-PI-R tem vindo a revelar-se um instrumento útil nesta multiplicidade de contextos (Lima, 1997).

O NEO PI-R foi adaptado e validado para a população portuguesa por Lima (1997). Nesta análise, o NEO PI-R foi aplicado a uma amostra de 2000 sujeitos com idades entre os 17 e os 84 anos do distrito de Leiria (Lima, 1997).

Para responder a este inventário o sujeito avalia cada pergunta numa escala de Lickert de 5 pontos, de 0 a 4, conforme o seu grau de concordância. Nesta escala, os valores possuem o seguinte paralelismo: 0= Discordo Fortemente, 1= Discordo, 2= Neutro, 3= Concordo e 4= Concordo fortemente.

Neste trabalho foi utilizada uma versão reduzida do NEO PI-R que é o NEO-FFI constituído por 60 itens. Para a construção desta escala foram retirados 180 itens ao questionário NEO PI-R, ficando assim um inventário de 60 itens. A literatura revela que dos instrumentos reduzidos da avaliação da personalidade o NEO-FFI com 60 itens tem sido provavelmente o mais utilizado (Bertoquini & Pais-Ribeiro, 2006).

5.2. Escala de avaliação da Afectividade (versão portuguesa da PANAS)

Para medir a afectividade, utilizou-se a escala de afectividade positiva e negativa, traduzida e adaptada para a população Portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005).

A versão original deste instrumento, apelidada por PANAS (*Positive and Negative Affect Scale*) foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) contendo uma composição de 60 itens. Para a versão Portuguesa pretendeu-se reduzir os 60 itens originais para 20 itens. Neste processo, os autores pretenderam, com base na mesma metodologia utilizada na escala original, encontrar 20 adjectivos que definissem as emoções positivas e negativas e que estivessem adaptadas ao vocabulário emocional dos Portugueses. No que se

refere à validação, a PANAS foi aplicada a uma amostra de 338 sujeitos (estudantes universitários). Esta escala revelou-se ser de fácil aplicação e de valiosa utilidade na avaliação do afecto positivo e negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Assim, a PANAS utilizada neste estudo contém um total de 10 itens relativos ao afecto positivo (Interessado, Entusiasmado, Excitado, Inspirado, Determinado, Orgulhoso, Activo, Encantado, Caloroso, Surpreendido) e 10 itens de afecto negativo (Perturbado, Atormentado, Amedrontado, Assustado, Nervoso, Trémulo, Remorsos, Culpado, Irritado e Repulsa).

Ao responder à escala, o indivíduo deve avaliar cada adjectivo numa escala de 5 pontos, de 1 a 5, conforme a presença ou ausência de cada adjectivo. Nesta escala, os valores possuem a seguinte correspondência: 1= Nada ou muito Ligeiramente; 2= Um Pouco; 3= Moderadamente; 4= Bastante e 5= Extremamente (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Comparando a escala global original com a versão portuguesa, ao nível da consistência interna mediante os valores obtidos no Alpha de Cronbach, podemos observar que para a escala de afecto positivo original o valor é de 0.88, enquanto que na versão portuguesa é de 0.86. No que se refere à escala de afecto negativo original o valor de alpha é de 0.87, sendo na versão portuguesa de 0.89. Deste modo, os valores de consistência interna da versão portuguesa são de magnitude semelhante à da escala original (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

5.3. Índice de Qualidade de Vida (versão portuguesa da QLI)

Para medir a percepção de qualidade de vida, foi utilizado o questionário de Índice de Qualidade de Vida para utentes de cadeira de rodas, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Martins e Pais-Ribeiro (2005).

A versão original deste instrumento, designada por *Quality of Live (QLI)* foi desenvolvida por Carol Estwing Ferrans e Powers de Marjorie (1984). Para Ferrans (1990, in Martins, 2008, p.15) a qualidade de vida é descrita como “a percepção de bem-estar de uma pessoa, que resulta da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para si”.

O QLI, no contexto de utilizadores de cadeira de rodas, foi desenvolvido com o propósito de avaliar a satisfação e a importância de vários aspectos da vida, tais como a qualidade da vida geral, bem como quatro domínios específicos: Saúde e Funcionalidade,

Psicologia e Espiritual, Social e Económica, e Família (Martins, 2008). Este instrumento está dividido em duas partes. Assim, na primeira parte, é pedido ao sujeito que mencione o seu nível de satisfação no que diz respeito em cada uma das áreas da vida referidas, numa escala de Lickert que varia entre 1= muito insatisfeito e 6= muito satisfeito. Na segunda parte, é pedido ao sujeito que escolha o grau de importância que cada uma das áreas representa para si, numa escala de Lickert que varia entre 1= sem importância nenhuma e 6= muito importante.

A construção (adaptação e tradução) do QLI levada a cabo por Martins e Pais-Ribeiro (2005) surgiu da fusão de quatro versões presentes no estudo original de Carol Estwing Ferrans e Powers de Marjorie (1984), tais como a Versão Genérica III, a Versão Lesão Vertebro-Medular, a Versão Esclerose Múltipla e a Versão Acidente Vascular Cerebral (Martins, 2008).

A validação do QLI para utilizadores de cadeira de rodas foi levada a cabo mediante a sua aplicação a uma amostra de 184 sujeitos, recrutados em diversos serviços de fisioterapia em Portugal.

No Quadro 6 podemos observar e comparar a escala global original com a versão portuguesa ao nível da consistência interna.

Quadro 6 – Consistência Interna do Índice de Qualidade de Vida (n=187)

	AlphaCronbach	Alpha Cronbach original
Índice de Qualidade de Vida	0.94	0.73 e 0.99*
Saúde e Funcionalidade	0.90	0.70 e 0.94**
Social e Economia	0.74	0.78 e 0.96**
Psicologia e Espiritual	0.91	0.71 e 0.92***
Familiar	0.68	0.63 e 0.92***

Fonte: Martins (2008, p. 95)

A consistência interna da QLI total do estudo original em 48 estudos que englobam populações com diferentes condições de saúde oscila entre 0.73 e 0.99. Para as dimensões Saúde e Funcionalidade e Social e Económica, foram obtidos, em 24 estudos, alphas de Cronbach que oscilam entre 0.70 e 0.94 e 0.78 e 0.96 respectivamente. Para a dimensão Psicológica e Espiritual, os alphas de Cronbach oscilam, em 23 estudos, entre 0.71 e 0.92. Por último, no que se refere à dimensão Família, um total de 19 estudos mostra alphas de Cronbach situados entre 0.63 e 0.92 (Martins, 2008). Assim, verifica-se que os resultados da

escala portuguesa apresentam valores de magnitude semelhante aos da escala original (Martins, 2008).

6. Resultados

No ponto do presente trabalho que agora iniciamos, temos como objectivo apresentar e descrever os resultados obtidos em relação às variáveis em estudo.

Deste modo, começaremos pela caracterização dos sujeitos inquiridos (utentes utilizadores de cadeira de rodas) no que se refere à afectividade, à qualidade de vida e à personalidade, efectuada através do recurso a medidas da estatística descritiva. Adicionalmente, procederemos à apresentação dos resultados obtidos mediante a verificação da associação existente entre as diversas variáveis em estudo. Neste âmbito, serão mencionados os resultados que se revelaram estatisticamente significativos.

Por último, apresentaremos os resultados relativos ao impacto das dimensões da personalidade nas dimensões da qualidade de vida. Assim, será analisado o impacto da personalidade ao nível das seguintes dimensões da variável qualidade de vida: (a) Índice Total de Satisfação da Qualidade de Vida, (b) Percepção da Satisfação na Saúde e Funcionalidade, (c) Percepção da Satisfação no domínio Social e Económico, (d) Percepção da Importância no domínio Social e Económico e (e) Percepção da Satisfação no domínio Psicológico e Espiritual. De referir, que serão igualmente analisados os resultados que se mostraram estatisticamente significativos.

6.1. Avaliação da Afectividade através da PANAS

Apresentaremos de seguida os dados referentes aos valores obtidos para a Escala da Afectividade.

Quadro 7 – Dados descritivos da Afectividade (n = 39)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
PANAS INTERESSADO	2	5	3.92	0.807
PANAS ORGULHOSO	1	5	3.26	1.117
PANAS PERTURBADO	1	5	1.97	1.013
PANAS IRRITADO	1	5	2.13	0.978
PANAS EXCITADO	1	4	2.26	0.966
PANAS ENCANTADO	1	5	2.64	1.112
PANAS ATORMENTADO	1	5	1.74	0.993
PANAS REMORSOS	1	4	1.44	0.754
PANAS SURPREENDIDO	1	5	2.72	1.123
PANAS INSPIRADO	1	5	3.13	1.128
PANAS CULPADO	1	4	1.44	0.718
PANAS NERVOSO	1	5	2.08	1.109
PANAS ASSUSTADO	1	5	1.72	1.075
PANAS DETERMINADO	1	5	3.67	1.132
PANAS CALOROSO	1	5	2.95	1.050
PANAS TRÉMULO	1	5	1.72	1.075
PANAS REPULSA	1	4	1.46	0.790
PANAS ACTIVO	1	5	3.38	1.330
PANAS ENTUSIASMADO	1	5	3.36	1.158
PANAS AMEDRONTADO	1	5	1.74	0.966

Observa-se que o resultado mais elevado surge no item *PANAS Interessado* ($M=3.92$; $DP=0.81$). Próximo do valor mais elevado, encontra-se a *PANAS Determinado* ($M=3.67$; $DP=1.13$). Os itens *PANAS Culpado* ($M=1.44$; $DP=0.72$) e *Remorsos* ($M=1.44$; $DP=0.75$) são aqueles que apresentam um valor mais baixo. Constata-se que os participantes do nosso estudo se avaliam na sua generalidade como sujeitos interessados, determinados, sendo o sentimento de culpa e de remorsos o que pontuou mais baixo.

6.2. Avaliação da Satisfação e Importância da Qualidade de Vida através do QLI

De seguida apresentaremos os dados referentes aos valores relativos à Percepção da Satisfação atribuída à Qualidade de Vida.

Quadro 8 – Dados descritivos da Percepção da Satisfação da Qualidade de vida (n = 39)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Saúde e Funcionalidade	2.82	5.65	4.464	0.7303
Social e Economia	2.67	6.00	4.717	0.7790
Psicologia e Espiritual	3.00	6.00	4.890	0.5930
Familiar	3.67	6.00	5.239	0.6303
Índice de Qualidade de Vida (QLI)	3.52	5.70	4.671	0.5586

Observa-se que o resultado mais elevado surge na área *Familiar* ($M=5.24$; $DP=0.63$), seguido da área *Psicológica e Espiritual* ($M=4.89$; $DP=0.59$). Os sujeitos da amostra apresentam-se, na sua maioria, satisfeitos a nível familiar, psicológico e espiritual, de acordo com as respostas ao respectivo questionário. A escala que pontuou mais baixo diz respeito a área da *Saúde e Funcionalidade* ($M=4.46$; $DP=0.73$), sugerindo que os sujeitos avaliam menos bem esta dimensão.

Apresentaremos de seguida os valores correspondentes à Percepção da Importância atribuída à Qualidade de Vida.

Quadro 9 – Dados descritivos da Percepção da Importância da Qualidade de Vida (n = 39)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Saúde e Funcionalidade	4.00	5.82	5.235	0.4095
Social e Economia	3.67	6.00	5.222	0.4703
Psicologia e Espiritual	4.29	6.00	5.366	0.3183
Familiar	5.00	6.00	5.777	0.3183
Índice de Qualidade de Vida(QLI)	4.45	5.85	5.310	0.3123

Observa-se que o valor mais elevado foi obtido na sub-escala *Familiar* ($M=5.78$; $DP=0.32$), revelando que os sujeitos inquiridos, na sua maioria, atribuem mais importância à dimensão da família para a sua qualidade de vida. A escala que pontuou mais baixo foi a referente à dimensão *Social e Economia* ($M=5.22$; $DP=0.47$), sugerindo menor atribuição da importância para a percepção da qualidade de vida.

6.3. Avaliação da Personalidade através do NEO-FFI

No Quadro 10 podemos observar os dados descritivos referentes à Personalidade.

Quadro 10 – Dados descritivos da Personalidade (n = 39)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Neuroticismo	0.75	2.92	1.739	0.5094
Extroversão	1.42	3.42	2.258	0.4623
Abertura à Experiência	1.42	3.08	2.027	0.3263
Amabilidade	1.25	3.00	1.989	0.3668
Conscienciosidade	1.75	3.67	2.512	0.4212

Constata-se que a dimensão da personalidade que pontuou mais alto foi a *Conscienciosidade* ($M=2.51$; $DP=0.42$), seguido da dimensão *Extroversão* ($M=2.26$; $DP=0.46$), revelando que os sujeitos da amostra, na sua maioria, percebem-se como sujeitos conscienciosos e extrovertidos. No que se refere à pontuação mais baixa, verifica-se que esta se refere à dimensão *Neuroticismo* ($M=1.74$; $DP=0.51$).

6.4. Análise Correlacional das Variáveis: Afectividade, Qualidade de Vida e Personalidade

O estudo da associação entre a Percepção da Qualidade de Vida e as variáveis Afectividade e Personalidade realizou-se através do coeficiente de correlação de Pearson.

Os resultados obtidos das correlações entre as variáveis relativas à Percepção da Satisfação da Qualidade de Vida e a Afectividade são apresentados no Quadro 11.

Quadro 11 – Correlações entre as variáveis Percepção da Satisfação da Qualidade de Vida e Afectividade (n = 39)

	Saúde e Funcionalidade	Social e Economia	Psicologia e Espiritual	Familiar	Índice de Qualidade de vida (QLI)
PANAS INTERESSADO	0.388*	0.195	0.225	0.089	0.370*
PANAS ORGULHOSO	0.349*	0.075	-0.132	0.035	0.228
PANAS PERTURBADO	-0.205	-0.337*	-0.61	-0.045	-0.242
PANAS IRRITADO	-0.263	-0.049	-0.221	0.120	-0.227
PANAS EXCITADO	0.432**	0.134	0.142	0.415**	0.400*
PANAS ENCANTADO	0.304	0.310	0.132	0.601**	0.375*
PANAS ATORMENTADO	-0.197	-0.107	-0.100	0.171	-0.165
PANAS REMORSOS	-0.220	-0.099	-0.386*	-0.115	-0.272
PANAS SURPREENDIDO	0.234	0.102	0.189	0.333*	0.260
PANAS INSPIRADO	0.347*	0.272	0.443**	0.165	0.419**
PANAS CULPADO	0.091	-0.041	-0.026	0.074	0.052
PANAS NERVOSO	-0.131	0.107	0.036	0.098	-0.043
PANAS ASSUSTADO	-0.274	0.070	0.056	0.206	-0.133
PANAS DETERMINADO	0.434**	0.333*	-0.129	0.201	0.368*
PANAS CALOROSO	0.210	0.234	0.244	0.324*	0.289
PANAS TRÉMULO	-0.278	-0.171	-0.150	0.038	-0.261
PANAS REPULSA	-0.129	-0.211	-0.298	-0.016	-0.209
PANAS ACTIVO	0.533**	0.226	0.069	0.086	0.441**
PANAS ENTUSIASMADO	0.471**	0.344*	0.223	0.468**	0.503**
PANAS AMEDRONTADO	-0.145	-0.011	-0.195	0.103	-0.134

Nota: ***p <0.001 **p <0.01 *p≤0.05

Pela análise ao Quadro 11, verificamos a existência de associações significativas e positivas entre o *Índice total da Percepção da Satisfação da Qualidade de Vida* e as seguintes sub-escalas da PANAS: *Interessado* (r=0.370; p=0.020), *Excitado* (r=0.400; p=0.012), *Encantado* (r=0.375; p=0.019), *Inspirado* (r=0.419; p=0.008), *Determinado* (r=0.368; p=0.021), *Activo* (r=0.441; p=0.005) e *Entusiasmado* (r=0.503; p=0.001). Os resultados obtidos revelam assim que a percepção global da satisfação com a vida em sujeitos utilizadores de cadeira de rodas se encontra correlacionada com a percepção de afectividade positiva.

Particularizando a dimensão *Saúde e Funcionalidade* (de QLI) as correlações significativas e positivas com as dimensões da PANAS são as seguintes: *Interessado* (r=0.388; p=0.015), *Orgulhoso* (r=0.349; p=0.029), *Excitado* (r=0.432; p=0.006), *Inspirado* (r=0.347; p=0.031), *Determinado* (r=0.434; p=0.06), *Activo* (r=0.533; p=0) e *Entusiasmado* (r=0.471; p=0.002).

A dimensão *Social e Economia* apresenta associações significativas e positivas com as seguintes sub-escalas da *PANAS*: *Determinado* ($r=0.333$; $p=0.038$) e *Entusiasmado* ($r=0.344$; $p=0.032$); e apresenta uma associação significativa e negativa com a *PANAS Perturbado* ($r=-0.337$; $p=0.036$).

A dimensão *Psicologia e Espiritual* revela associações significativas e positivas com as sub-escalas da *PANAS*: *Inspirado* ($r=0.443$; $p=0.005$); e apresenta uma associação significativa e negativa com a *PANAS Remorsos* ($r=-0.386$; $p=0.015$).

Por fim, a dimensão *Familiar* apresenta associações significativas com as seguintes sub-escalas da *PANAS*: *Excitado* ($r=0.415$; $p=0.009$), *Encantado* ($r=0.601$; $p=0$), *Surpreendido* ($r=0.333$; $p=0.038$), *Caloroso* ($r=0.324$; $p=0.044$) e *Entusiasmado* ($r=0.468$; $p=0.003$).

Todas as categorias da escala de Afectividade (*PANAS*) apresentam uma forte associação com todas as áreas contempladas no domínio da Percepção da Satisfação com a Vida.

No Quadro 12, apresentamos as correlações entre as variáveis Percepção da Importância da Qualidade de Vida e Afectividade.

Quadro 12 – Correlações entre as variáveis Percepção da Importância da Qualidade de Vida e Afectividade (n = 39)

	Saúde e Funcionalidade	Social e Economia	Psicologia e Espiritual	Familiar	Índice de Qualidade de vida(QLI)
PANAS INTERESSADO	0.412**	-0.046	0.049	0.034	0.284
PANAS ORGULHOSO	0.237	0.106	-0.057	-0.058	0.166
PANAS PERTURBADO	-0.056	-0.209	0.038	0.091	-0.075
PANAS IRRITADO	-0.143	0.079	0.070	-0.103	-0.063
PANAS EXCITADO	0.352*	-0.013	0.064	-0.095	0.245
PANAS ENCANTADO	0.377*	0.182	0.330*	0.215	0.425**
PANAS ATORMENTADO	-0.114	-0.147	0.022	0.009	-0.110
PANAS REMORSOS	-0,140	0.153	-0.073	0.232	-0.054
PANAS SURPREENDIDO	0.175	0.114	0.254	0.286	0.254
PANAS INSPIRADO	0.221	0.466*	0.305	0.033	0.373*
PANAS CULPADO	0.216	0.043	0.168	0.128	0.221
PANAS NERVOSO	-0.099	0.277	0.243	0.000	0.084
PANAS ASSUSTADO	-0.207	0.275	0.297	0.197	0.044
PANAS DETERMINADO	0.414**	0.233	-0.020	-0.065	0.332*
PANAS CALOROSO	0.295	0.388*	0.343*	0.149	0.424**
PANAS TRÉMULO	-0.127	-0.124	-0.022	-0.009	-0.127
PANAS REPULSA	0.134	-0.213	-0.044	-0.105	0.009
PANAS ACTIVO	0.389*	0.098	-0.154	-0.083	0.235
PANAS ENTUSIASMADO	0.591**	0.276	0.397*	0.246	0.619**
PANAS AMEDRONTADO	0.020	-0.093	0.101	-0.048	0.014

Nota: ***p <0.001 **p <0.01 *p≤0.05

A análise ao Quadro 12, mostra associações significativas e positivas entre o *Índice total da Percepção da Importância da Qualidade de Vida* e as seguintes sub-escalas da PANAS: *Encantado* (r=0.425; p=0.007), *Inspirado* (r=0.373; p=0.019), *Determinado* (r=0.332; p=0.039) e *Caloroso* (r=0.424; p=0.007).

Particularizando a dimensão *Saúde e Funcionalidade* encontramos associações significativas e positivas com as seguintes sub-escalas da PANAS: *Interessado* (r=0.412; p=0.009), *Excitado* (r=0.352; p=0.028), *Encantado* (r=0.337; p=0.018), *Determinado* (r=0.414; p=0.009), *Activo* (r=0.389; p=0.014) e *Entusiasmado* (r=0.591; p=0).

A dimensão *Social e Economia* apresenta associações significativas e positivas com as seguintes sub-escalas da PANAS: *Inspirado* (r=0.466; p=0.003) e *Caloroso* (r=0.388; p=0.015).

A sub-escala *Psicologia e Espiritual* revela associações significativas e positivas com as seguintes sub-escalas da PANAS: *Encantado* ($r=0.330$; $p=0.040$), *Caloroso* ($r=0.343$; $p=0.033$) e *Entusiasmado* ($r=0.397$; $p=0.012$).

Quanto à sub-escala *Familiar*, esta não revelou possuir associações significativas com as sub-escalas da PANAS.

As correlações entre as variáveis Percepção da Satisfação da Qualidade de Vida e Personalidade são apresentadas no Quadro 13.

Quadro 13 – Correlações entre as variáveis Percepção da Satisfação da Qualidade de Vida e Personalidade (n = 39)

	Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
Saúde e Funcionalidade	-0.436**	0.194	0.164	0.064	0.195
Social e Economia	-0.497**	-0.081	-0.217	-0.274	0.042
Psicologia e Espiritual	-0.338*	0.343*	0.188	-0,053	0.211
Familiar	-0.231	0.015	-0.083	-0.011	0.230
Índice de Qualidade de vida(QLI)	-0.520**	0.189	0.089	-0.040	0.213

Nota: *** $p < 0.001$ ** $p < 0.01$ * $p \leq 0.05$

Os resultados obtidos demonstram uma associação significativa e negativa entre o *Índice total da Percepção da Satisfação da Qualidade de Vida* e a sub-escala *Neuroticismo* ($r=-0.520$; $p=0.001$).

Ao nível das dimensões da Percepção da Satisfação da Qualidade de Vida, podemos observar que a sub-escala *Saúde e Funcionalidade* apresenta igualmente uma associação significativa e negativa com a sub-escala *Neuroticismo* ($r=-0.436$; $p=0.005$), sugerindo que maiores índices de *Neuroticismo* implicam maiores índices de *Satisfação* no domínio da *Saúde e Funcionalidade*.

A dimensão *Social e Economia* expressa uma associação igualmente negativa e significativa com a sub-escala *Neuroticismo* ($r=-0.497$; $p=0.001$).

No que se refere à dimensão *Psicologia e Espiritual*, esta revela igualmente uma associação significativa e negativa com a sub-escala *Neuroticismo* ($r=-0.338$; $p=0.035$), e positiva com a sub-escala *Extroversão* ($r=0.343$; $p=0.033$).

Por fim, a sub-escala *Familiar* não revelou possuir associações significativas com as sub-escalas da Personalidade.

Apresentaremos agora as correlações entre as variáveis Percepção da Importância da Qualidade de Vida e Personalidade.

Quadro 14 – Correlações entre as variáveis Percepção da Importância da Qualidade de Vida e Personalidade (n = 39)

	Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
Saúde e Funcionalidade	-0.312	0.182	0.186	0.056	0.194
Social e Economia	-0.302	-0.022	-0.334*	-0.102	0.245
Psicologia e Espiritual	-0.123	0.254	0.112	0.072	0.250
Familiar	0.273	0.271	0.159	0.229	0.431**
Índice de Qualidade de Vida (QLI)	-0.306	0.220	0.083	0.053	0.314

Nota: ***p <0.001 **p <0.01 *p ≤ 0.05

Observa-se que em termos globais o *Índice da Percepção da Importância da Qualidade de Vida* não apresentou associações significativas com as cinco dimensões da *Personalidade*.

Ao nível das sub-escalas da Importância da Qualidade de Vida, encontramos uma associação negativa entre a importância dada à qualidade de vida *Social e Economia* e a dimensão de Personalidade relativa à *Abertura à Experiência* ($r=-0.334$; $p=0.038$), significando isto que uma personalidade aberta a novas experiências está associada a um baixo nível de importância dada à qualidade de vida de natureza Social e Económica.

Ainda neste estudo verificou-se uma associação significativa entre a importância dada à qualidade de vida *Familiar* e a dimensão de personalidade *Conscienciosa* ($r=0.431$; $p=0.006$), sugerindo que a existência de traços de personalidade de tipo consciencioso está associado a uma mais elevada percepção de importância da dimensão Familiar.

6.5. Impacto da Personalidade Sobre a Percepção da Qualidade de Vida do Utente Utilizador de Cadeira de Rodas.

Com o objectivo de avaliar em que medida as dimensões da personalidade constituem preditores das dimensões consideradas para a qualidade de vida, procedeu-se à aplicação da análise de regressão múltipla. Este estudo foi efectuado entre as cinco dimensões da Personalidade e o Índice Total da Percepção da Qualidade de Vida, seguindo-se entre as cinco dimensões da Personalidade e as sub-escalas do Índice Total da Percepção da Qualidade de Vida. Deste modo, considera-se como variáveis predictoras as dimensões da Personalidade e como variáveis critério o Índice geral da Qualidade de Vida, bem como as suas respectivas dimensões ou sub-escalas. Assim, este estudo foi realizado entre vários preditores (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) e um só critério (cada um dos critérios considerados isoladamente).

6.5.1. Impacto da Personalidade sobre a Percepção do Índice Total de Satisfação da Qualidade de Vida

Tomando como variável critério o *Índice Total de Satisfação da Qualidade de Vida* e como preditores as dimensões da *Personalidade*, verificamos que estas, no seu conjunto, apresentam uma capacidade para explicar 37.8% da variabilidade do *Índice Total da Percepção da Satisfação da Qualidade de Vida* (cf. Quadro 15), sendo essa percentagem estatisticamente significativa [$R^2 = 0.378$; $F_{(5, 33)} = 4.017$, $p=0.006$].

Quadro 15 – Síntese do modelo da regressão linear múltipla na dimensão do *Índice total da percepção da satisfação da qualidade de vida* (VIs=*Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade*)

	R	R²	F	p
Modelo 1	0.615	0.378	4.017	0.006

Através da análise do contributo de cada variável da *Personalidade* para a variabilidade total do *Índice da Satisfação da Qualidade de Vida*, especificamente através da análise dos coeficientes de regressão, verifica-se que os resultados são apenas significativos para a dimensão referente ao *Neuroticismo* [$t(38) = -3.744$, $p=0.001$] (cf. Quadro 16). De salientar, que o sinal negativo que acompanha o coeficiente de regressão é indicativo que aquela dimensão da *Personalidade* apresenta um impacto negativo sobre a percepção que os sujeitos têm acerca da satisfação geral com a qualidade de vida por eles detida.

Quadro 16 – Coeficientes da regressão linear múltipla do *Índice total da percepção da satisfação da qualidade de vida* (VIs=*Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade*)

	B	Beta	T	P
Neuroticismo	-0.633	-0.577	-3.744	0.001
Extroversão	-0.078	-0.064	-0.261	0.795
Abertura à Experiencia	0.363	0.212	1.030	0.311
Amabilidade	-0.117	-0.077	-0.369	0.715
Conscienciosidade	0.426	0.321	1.419	0.165

6.5.2. Impacto da Personalidade sobre a Percepção da Satisfação na Saúde e Funcionalidade

Com o objectivo de avaliar em que medida as dimensões da Personalidade constituem preditores da percepção acerca da *Satisfação na Saúde e Funcionalidade*, procedeu-se novamente ao cálculo de uma equação de regressão múltipla. Assim, tendo como critério a *Percepção da Satisfação na Saúde e Funcionalidade* e como preditores as cinco dimensões da *Personalidade*, constatou-se que 31.1% da variância total da variável critério é explicada pelo conjunto das variáveis predictoras consideradas. Esta percentagem revelou-se como sendo estatisticamente significativa [$R^2 = 0.311$; $F_{(5, 33)} = 2.974$, $p=0.025$] (cf. Quadro 17).

Quadro 17 – Síntese do modelo da regressão linear múltipla na dimensão da *percepção da satisfação na saúde e funcionalidade* (VIs=*Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade*)

	R	R²	F	P
Modelo 1	0.557	0.311	2.974	0.025

Analisando os contributos específicos de cada preditor para a variabilidade total no critério, constata-se a existência de um efeito significativo apenas ao nível da dimensão referente ao *Neuroticismo* [$t(38) = -3.413$, $p=0.002$] (cf. Quadro 18). Mais uma vez, o impacto deste traço de personalidade sobre a percepção dos sujeitos sobre a qualidade de vida ao nível da saúde e funcionalidade é de uma valência negativa.

Quadro 18 – Coeficientes da regressão linear múltipla na dimensão *percepção da satisfação na saúde e funcionalidade* (VIs=*Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade*)

	B	Beta	T	P
Neuroticismo	-0.795	-0.554	-3.413	0.002
Extroversão	-0.169	-0.107	-0.412	0.683
Abertura à Experiência	0.601	0.268	1.238	0.224
Amabilidade	0.175	0.088	0.401	0.691
Conscienciosidade	0.354	0.204	0.857	0.397

6.5.3. Impacto da Personalidade sobre a Percepção da Satisfação no domínio Social e Económico

Procedendo novamente a uma análise da regressão múltipla e considerando como preditores as cinco dimensões da *Personalidade* e como variável critério a *Percepção da Satisfação da Qualidade de Vida no domínio Social e Económico*, constatou-se que 33.1% da variabilidade total da qualidade de vida social e económica é explicada pelo conjunto de variáveis predictoras introduzido, sendo aquele valor estatisticamente significativo [$R^2 = 0.311$; $F_{(5,33)} = 2.973$, $p=0.025$] (cf. Quadro 19).

Quadro 19 – Síntese do modelo da regressão linear na dimensão da *percepção da satisfação no domínio social e económico* (VIs=*Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade*)

	R	R²	F	p
Modelo 1	0.557	0.331	2.973	0.025

A análise relativa à contribuição de cada uma das variáveis para a variabilidade total permite verificar que os resultados são significativos ao nível do *Neuroticismo* [$t(38) = -2.606$, $p=0.014$] (cf. Quadro 20). De referir que o impacto desta variável preditora na variável critério aqui considerada corresponde a um impacto de natureza negativa.

Quadro 20 – Coeficientes da regressão linear múltipla na dimensão da *percepção da satisfação no domínio social e económico* (VIs=*Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade*)

	B	Beta	T	P
Neuroticismo	-0.647	-0.423	-2.606	0.014
Extroversão	-0.220	-0.131	-0.505	0.617
Abertura à Experiência	-0.035	-0.015	-0.067	0.947
Amabilidade	-0.552	-0.260	-1.182	0.246
Conscienciosidade	0.664	0.359	1.506	0.142

6.5.4. Impacto da Personalidade sobre a Percepção da Importância no domínio Social e Económico

Avaliando agora em que medida as cinco dimensões da *Personalidade* constituem preditores da *Percepção da Importância da Qualidade de Vida no domínio Social e*

Económico, constatou-se que o conjunto daquelas variáveis preditoras tem a capacidade de explicar 32% da proporção de variabilidade total na variável critério, sendo aquele valor estatisticamente significativo [$R^2 = 0.320$; $F_{(5,33)} = 3.100$, $p=0.021$] (cf. Quadro 21).

Quadro 21 – Síntese do modelo da regressão linear na dimensão da *percepção da importância no domínio social e económico* (VIs=*Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade*)

	R	R²	F	p
Modelo 1	0.565	0.320	3.100	0.021

Pela análise dos contributos de cada variável para o total da variabilidade, especificamente pela análise aos coeficientes de regressão, verifica-se que, é a dimensão referente à *Conscienciosidade* é aquela que apresenta um impacto, de natureza positiva, sobre a *Percepção da Importância da Qualidade de Vida Social e Económica* [$t(38)=2.078$, $p=0.046$] (cf. Quadro 22).

Quadro 22 – Coeficientes da regressão linear múltipla da *percepção da importância no domínio social e económico* (VIs=*Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade*)

	B	Beta	T	P
Neuroticismo	-0.200	-0.217	-1.345	0.188
Extroversão	-0.007	-0.007	-0.028	0.978
Abertura à Experiência	-0.500	-0.347	-1.612	0.117
Amabilidade	-0.214	-0.167	-0.765	0.450
Conscienciosidade	0.549	0.492	2.078	0.046

6.5.5. Impacto da Personalidade sobre a Percepção da Satisfação no domínio Psicológico e Espiritual

Pela observação do Quadro 23 e tendo como objectivo avaliar em que medida as cinco dimensões da *Personalidade* constituem preditores da *Percepção da Satisfação da Qualidade de Vida no domínio Psicológico e Espiritual*, constatou-se que o conjunto daquelas variáveis preditoras tem a competência de explicar 28.8% da proporção de variabilidade total na variável critério, sendo tal valor estatisticamente significativo [$R^2 = 0.288$; $F_{(5,33)} = 2.673$, $p=0.039$].

Quadro 23 – Síntese do modelo da regressão linear na dimensão da *percepção da satisfação no domínio psicológico e espiritual* (VIs=Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade)

	R	R²	F	P
Modelo 1	0.537	0.288	2.673	0.039

Perante a análise aos coeficientes de regressão, verificou-se que, apesar dos resultados obtidos ao nível do modelo geral de regressão para as variáveis consideradas, nenhuma das variáveis predictoras apresentou valores de impacto estatisticamente significativos (cf. Quadro 24).

Quadro 24 – Coeficientes da regressão linear múltipla na dimensão da *percepção da satisfação no domínio psicológico e espiritual* (VIs=Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade)

	B	Beta	T	p
Neuroticismo	-0.376	-0.323	-1.960	0.059
Extroversão	0.389	0.303	1.152	0.258
Abertura à Experiência	0.230	0.127	0.576	0.569
Amabilidade	-0.407	-0.252	-1.127	0.268
Conscienciosidade	0.253	0.180	0.743	0.463

CONCLUSÃO

A abordagem à temática do bem-estar, na área da saúde, prende-se com o reconhecimento atribuído a esta necessidade por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS). Concebendo a compreensão do bem-estar como um processo indispensável na melhoria dos cuidados ao sujeito, a compressão e a análise de variáveis com as quais se relaciona e que o influenciam, afigura-se como aspectos importantes para a compreensão das condições necessárias e facilitadoras na promoção da qualidade de vida do sujeito.

A revisão da literatura permitiu verificar que caminhar no sentido da promoção do bem-estar do sujeito é ter como meta o carácter individual deste, pois, o ajuste à doença depende dos recursos e variáveis psicológicas individuais (Paúl & Fonseca, 2001). Neste contexto, a personalidade tem sido mencionada por diversos autores como uma variável significativa no domínio da compreensão da adaptação e bem-estar psicológico (Allport, 1961, 1966; Atchley, 1982; Neugarten, 1977, in Novo, 2003).

Tendo presente que a nossa investigação teve como objectivo explorar o efeito da personalidade sobre a percepção da qualidade de vida em pessoas com incapacidade motora, e tendo em conta que os estudos nesta população são escassos acreditamos que os resultados aqui obtidos serão úteis na apreciação de variáveis significativas e que possam ser promotoras da qualidade dos cuidados.

Neste capítulo iremos reflectir sobre os resultados obtidos nesta investigação. Por último, são expostas algumas considerações finais sobre esta investigação e eventuais limites, considerando algumas sugestões para investigações futuras.

Relativamente à nossa amostra a maioria apresenta idades entre os 31 e 41 anos de idade e o sexo feminino corresponde a 56.4% da amostra. A maioria (25.6%) dos participantes possui o ensino secundário, sendo que 12.8% possui o ensino superior.

Trinta e um dos participantes (79.5%) estão reformados, não tendo nenhuma ocupação laboral, sendo que apenas oito (20.5%) dos sujeitos se encontram em actividade.

Todos os participantes estão dependentes de cadeira de rodas há mais de um ano, sendo que a maioria se situa entre os 11 e 21 anos em termos de permanência de utilização de cadeira de rodas.

No que se refere à percepção da satisfação da qualidade de vida, os utilizadores de cadeira de rodas apresentam-se, na sua maioria, satisfeitos a nível familiar, tendo sido esta a sub-escala do índice de percepção da satisfação da qualidade de vida (QLI) que pontuou mais alto (Quadro 8). Tendo em conta que existem estudos que têm revelado a importância do

apoio ou o suporte social no contexto da saúde (Pais-Ribeiro, 1999) e perante os resultados fará todo o sentido a criação de apoios sociais à família, pois esta parece cumprir com um papel essencial na manutenção da qualidade de vida destes sujeitos.

No que se refere à variável importância, os sujeitos utilizadores de cadeira de rodas atribuíram uma maior importância à área familiar (Quadro 9).

Perante os resultados referentes à percepção da qualidade de vida constatamos que a dimensão da família é aquela onde os participantes possuem simultaneamente uma percepção de maior satisfação e de maior importância no âmbito da sua qualidade de vida. Assim, perante os resultados referidos e de acordo com Ferrans e Powers (1990), que considera que um domínio terá impacto sobre a qualidade de vida se for considerado importante para o sujeito então poderemos dizer que estamos perante indícios de que a área familiar, na qual a maioria dos sujeitos se encontram satisfeitos, terá um impacto positivo sobre a qualidade de vida dos participantes deste estudo.

Relativamente à variável personalidade, este estudo demonstrou que os participantes, na sua maioria, exibem uma personalidade conscienciosa, tendo sido esta a dimensão do Inventário da Personalidade (NEO-FFI) que pontuou mais alto, seguido da dimensão da extroversão (Quadro 10). Com estes resultados e de acordo com Hansenne (2003) que refere que os sujeitos extrovertidos e os conscienciosos tendem a ser mais sensíveis aos acontecimentos positivos e avaliam de forma mais saliente o seu próprio bem-estar poderemos ter indícios de que o perfil de personalidade da maioria da amostra está a cumprir o seu papel no contexto da percepção da qualidade de vida.

No que diz respeito aos resultados referentes ao bem-estar subjectivo em termos de afectividade negativa e positiva, estes revelaram que os participantes deste estudo demonstraram também, na sua maioria, ser sujeitos determinados e interessados (Quadro 7).

No que se refere ao estudo das relações entre o índice total de percepção de satisfação da qualidade de vida e a afectividade, os resultados revelaram a existência de associações significativas e positivas entre o índice total da percepção da satisfação da qualidade de vida e a afectividade positiva (PANAS): interessado, excitado, encantado, inspirado, determinado, activo e entusiasmado (Quadro 11). Assim, tais sentimentos parecem estar associados à percepção de bem-estar em termos de qualidade de vida total para esta amostra. Neste sentido, poderemos dizer que estes resultados vão de encontro ao que teoricamente é defendido, ou seja que o bem-estar subjectivo está associado a sentimentos positivos (Albuquerque & Lima, 2007).

Em termos da relação entre o índice total da percepção, da importância da qualidade de vida e a afectividade, este estudo encontrou associações significativas e positivas entre o índice total da percepção da importância da qualidade de vida e a afectividade positiva (PANAS): encantado, inspirado, determinado e caloroso (Quadro 12). Estes resultados foram reveladores de que a existência de tais sentimentos positivos estão associados a altos níveis de percepção de importância atribuída à qualidade de vida em termos globais.

Relativamente às dimensões da percepção da qualidade de vida, este estudo revelou que o domínio da percepção da satisfação na saúde e funcionalidade encontra-se relacionada de modo positivo e significativo com a afectividade positiva (PANAS): interessado, orgulhoso, excitado, inspirado, determinado, activo e entusiasmado (Quadro 11). Assim, a presença de tais sentimentos positivos é reveladora da percepção de bem-estar na área da saúde e funcionalidade por parte do sujeito utilizador de cadeira de rodas.

No que se refere à percepção da importância na dimensão da saúde e funcionalidade, podemos observar neste estudo que esta se encontra relacionada positivamente e de forma significativa com a afectividade (PANAS): interessado, excitado, encantado, determinado, activo e entusiasmado (Quadro 12). Deste modo, os sentimentos enumerados permitem observar no sujeito altos níveis de percepção de importância sob o domínio da saúde e funcionalidade.

A percepção da satisfação no domínio social e económico apresenta associações significativas e positivas com a afectividade positiva (PANAS): determinado e entusiasmado; e apresentou uma associação significativa e negativa com a afectividade negativa (PANAS): perturbado (Quadro 11). Estes resultados demonstraram que a determinação e o entusiasmo se encontram relacionados com a existência de uma percepção alta em termos de satisfação no domínio social e económico, já o sentimento de perturbação demonstrou estar relacionado com um nível baixo de satisfação no domínio social e económico.

A percepção da importância no domínio social e económico encontra-se neste estudo associada de modo significativo e positivo com a afectividade positiva (PANAS): inspirado e caloroso (Quadro 12). Assim, a inspiração e o sentimento caloroso revelaram estar relacionados a altos níveis de percepção de importância sob o domínio social e económico.

No que se refere à percepção da satisfação no domínio psicológico e espiritual, esta demonstrou estar associada de modo positivo e significativo com a afectividade positiva (PANAS): inspirado; e demonstrou estar associada de modo significativo e negativo com o sentimento de remorsos (Quadro 11), significando estes resultados que a inspiração implica

níveis altos de percepção de satisfação no domínio psicológico e espiritual e o sentimento de remorsos implica um nível baixo de satisfação no domínio psicológico e espiritual.

A percepção da importância no domínio psicológico e espiritual revelou estar associada de modo significativo e positivo com a afectividade positiva (PANAS): encantado, caloroso e entusiasmado (Quadro 12). Deste modo, o sentimento de entusiasmo, caloroso e encantado encontram-se relacionados com altos níveis de percepção de importância sob o domínio psicológico e espiritual.

No que diz respeito à relação entre a percepção da satisfação no domínio familiar e a afectividade, encontramos neste estudo associações positivas e significativas entre a percepção da satisfação no domínio da família e a afectividade (PANAS): excitado, encantado, surpreendido, caloroso e entusiasmado (Quadro 11). Assim, tais sentimentos revelaram estar relacionados com altos níveis de percepção da satisfação conferida à família.

Quanto à relação entre a percepção da importância no domínio familiar e a afectividade (PANAS), no presente estudo não se encontram associações significativas entre ambas (Quadro 12).

Pretendeu-se também analisar a relação entre a percepção da qualidade de vida e a variável personalidade. Assim, em termos globais os resultados obtidos entre a percepção da satisfação da qualidade de vida e as dimensões de personalidade permitiram observar a existência de uma associação significativa e negativa entre o índice total da percepção da satisfação da qualidade de vida e a sub-escala neuroticismo (Quadro 13). No entanto, não foi possível encontrar neste estudo associações significativas entre o índice total da percepção da importância da qualidade de vida e a personalidade (Quadro 14).

Ao nível das dimensões da qualidade de vida este estudo apresentou uma associação negativa e positiva entre a percepção da satisfação da saúde e funcionalidade e a sub-escala neuroticismo (Quadro 13), significando este resultado que maiores índices de neuroticismo implicam menores índices de satisfação no domínio da saúde e funcionalidade. Já a percepção da importância da saúde e funcionalidade não apresentou, neste estudo, associações significativas com a variável personalidade (Quadro 14).

No que diz respeito à relação entre a percepção da satisfação no domínio social e económico e as dimensões da personalidade, encontramos neste estudo associações negativa e significativa entre a primeira e o neuroticismo (Quadro 13), significando este resultado que maiores índices de neuroticismo implicam menores índices de satisfação no domínio social e económico.

No contexto da relação entre a percepção da importância no domínio social e económico e a personalidade encontramos uma associação significativa e negativa entre a importância dada à qualidade de vida social e económica e a dimensão de personalidade relativa à abertura à experiência (Quadro 14), deste modo, podemos dizer que uma personalidade aberta a novas experiências parece estar associada a um baixo nível de importância dada à qualidade de vida no domínio social e económico.

A percepção da satisfação no domínio psicológico e espiritual revelou estar associado significativamente e negativamente com o neuroticismo e positivamente com a extroversão (Quadro 13), significando este resultado que maiores índices de neuroticismo implicam menores índices de satisfação no domínio psicológico e espiritual e que maiores índices de extroversão implicam maiores índices de satisfação no domínio psicológico e espiritual. Já a percepção da importância no domínio psicológico e espiritual não revelou neste estudo possuir associações significativas com a variável personalidade (Quadro 14).

A percepção da satisfação no domínio familiar não revelou possuir associações significativas com a personalidade (Quadro 13). Já a percepção da importância dada à qualidade de vida familiar revelou a existência de uma associação significativa e positiva com a conscienciosidade (Quadro 14), sugerindo que a existência de traços de personalidade de tipo consciencioso está associado a uma mais elevada percepção de importância da dimensão familiar.

Atendendo aos objectivos referentes à verificação das interacções da personalidade com a percepção da qualidade de vida, constatou-se um impacto significativo da personalidade sobre a percepção total da satisfação com a vida (Quadro 15). Sendo o neuroticismo a dimensão que se revelou ser estatisticamente significativa e negativa (Quadro 16), significando isto que o impacto do neuroticismo sobre a percepção que os sujeitos têm acerca da satisfação geral com a qualidade de vida é de valência negativa.

Atendendo, especificamente, às dimensões da percepção da satisfação com a vida, constatou-se que, ao longo das análises de regressão, o neuroticismo manteve-se como preditor significativo e com valência negativa ao nível da percepção da satisfação na saúde e funcionalidade (Quadro 18) e para a percepção da satisfação no domínio social e económico (Quadro 20). Já a nível da percepção da satisfação no domínio psicológico e espiritual nenhum dos factores preditores apresentou impacto de valor estatisticamente significativo (Quadro 24).

Ao nível da percepção da importância da qualidade de vida, verificou-se um impacto significativo da personalidade sobre a percepção da importância no domínio social e

económico (Quadro 21). Sendo a conscienciosidade a dimensão da personalidade que se revelou ser estatisticamente significativa (Quadro 22).

Tendo em conta que os participantes do nosso estudo são confrontados frequentemente com a situação de tratamento quisemos analisar o impacto da Fisioterapia na Qualidade de Vida do sujeito utilizador de cadeira de rodas, neste âmbito, os resultados obtidos em torno da pergunta “A Fisioterapia contribui para a minha Qualidade de Vida” foram no sentido da escolha da opção “Concordo Muito”. A este respeito o sujeito nr. 19 refere o seguinte “Concordo muito mas em Portugal, trabalha-se muito pouco com os nossos casos, nós devíamos ter muito mais tempo de fisioterapia”. Assim, será de considerar que a qualidade do tratamento exerce impacto sobre a qualidade de vida do sujeito utilizador de cadeira de rodas.

Em suma, o presente estudo é revelador da importância que assume a variável personalidade, assim como a presença de afectos positivos para a promoção de uma vida com qualidade.

Atendendo ao carácter multidimensional do conceito de qualidade de vida, os resultados aqui obtidos irão ser de grande utilidade, se ao nível da intervenção atendermos às áreas fortes e fracas de bem-estar do sujeito.

Ao nível das limitações ocorridas neste estudo, nomeadamente no número de participantes e pelo facto de alguns deles terem sido excluídos do estudo devido ao preenchimento de forma incompleta dos questionários, estamos sensibilizados para a cautela a ter no contexto da generalização dos resultados aqui obtidos para a população utilizadora de cadeira de rodas.

Uma vez que o presente estudo utilizou uma amostra reduzida, constituída na sua maioria por residentes da zona de Coimbra, seria interessante para investigações futuras a replicação deste trabalho em amostras de utilizadores de cadeira de rodas mais alargadas e provenientes de diferentes zonas do país.

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, I., & Lima, M. (2007). *Personalidade e Bem-Estar Subjectivo: Uma Abordagem com os Projectos Pessoais*. Retirado em Outubro de 2009 (<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0373.pdf>).
- Alferes, V. (1997). *Investigação científica em psicologia: teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Allport, G., & Odbert, H. (1936). “Trait-names: A psycho-lexical study”, *Psychological Monographs*, 47, pp. 221.
- Antonak, R., & Livneh, H. (1997). Psychological adaptation to chronic illness and disability. In A. E. Orto, & P. W. Arthur (5^o Eds.). *The Psychological and Social Impact of illness and disability* (pp. 125-128). New York: Springer Publishing Company.
- Bech, P. (1993). Quality of life measurement in chronic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 1-10.
- Bertoquini, V., & Pais-Ribeiro. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Factores da Personalidade. *Psicológica*, 43, 193-210.
- Berzon, R. A. (2000). Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In M. J. Staquet, R. D. Hays, & P. M. Fayers (Eds.), *Quality of Life Assessment in Clinical Trials* (pp. 3-15). Great Britain: Oxford University Press.
- Botelho, T. (1999). *Personalidade Materna e Prematuridade*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

- Bowling, A. (1995). *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (2004). *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. (3^a Edition). Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales* (2^o ed.). Buckingham: Open University.
- Bradley, C. (2002). Assessment of health-related quality of life (HRQoL) in people with diabetes. *Scientific report: Training session on health-related quality of life assessment and depression in diabetes* (pp. 2-3). Budapest: MAPI Research Institute.
- Campbel, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campos, S. & Johnson, M. (1990). Cultural considerations. In B. Spilker (Ed.). *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 163-170) New York: Raven.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., et al (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria clínica*, 27 (1), 15-23.
- Cervone, D. (1991). The Two Disciplines of Personality Psychology. *Psychological Science*, 2, pp. 371-377.
- Charavel, M. (2003). La relation médecin-patient vers la decicion partageé, un nouveau champ d'investigation en psychologie de la santé. *Bulletin de Psychologie*, 56 (1), 79-88.

- Churchman, A. (1992). As mulheres e a qualidade de vida urbana. *Jornal de Psicologia, 10*, (3), 3-9.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S., & Aiken, L. (2003). *Applied multiple regression/correlation: analyses for the behavioral sciences* (3 ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conboy, J., Estevens, D., & Pestana, J. (2007). *O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia*. Retirado em Janeiro de 2009 (<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0391.pdf>).
- Cook, M. (1984). *Levels of Personality*. London: Rinehart and Winston Ltd.
- Costa, P. T e McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*, 668-678.
- Costa, P. T, & McCrae, R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism, and aging. *American Psychologist, 40*, 19-28.
- Costa, P. T, & McCrae, R. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences, (12)*, 887-898.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R (1992). *NEO-PI-R Professional manual. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R (1997). Longitudinal stability of adult personality. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.). *Handbook of personality psychology* (pp.269-290). New York: Academic Press.
- Costa, P. T., McCrae, R. R, (1989). *The NEO-PI/NEO-FFI manual supplement*. Odessa: Psychological Assessment Resources.

- Costa, P. T., McCrae, R. R. (1990), *The NEO personality inventory manual revised*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. In T. Heatherton & J. Weinberger (Eds), *Can Personality Change?* (pp. 21-40). Washington. DC: American Psychological Association.
- Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*. (12), 1-13.
- Creswell, J. (2003). *Research design – qualitative, quantitative and mixed methods approaches*, (2° ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Davidhizar, R. & Vance, A. (1994). In Pursuit of Happiness – How does one define and find Happiness. *Today's O.R. Nurse*, 41-44.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life-satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Diener, E. & Lucas, R. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwartz (Eds), *well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russell sage foundation.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (1998). Personality and Subjective Well-Being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Orgs.) *Hedonic Psychology: Scientific perspectives on enjoyment, suffering, and well-being*. New York, NY: Rusell Sage.
- Diener, E. & Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, (95) 542-575.

- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and proposal for a national index: *American Psychologist*, (55), 34-34.
- Eid, M., & Diener, E. (1999). Intraindividual variability in affect: Reliability, validity, and personal correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, (76) 662-676.
- Emmons, R. A. & Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 89-97.
- Endler, N., & Edwards, J. (1982). Stress and Personality. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp.36-48). New York: Free Press.
- Erikson, E. H (1987). *Infância e Sociedade*. (2º ed). (tradução brasileira). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Erikson, E. H. (1963/1968). *Infância e Sociedade* (trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Fagulha, T., Miranda, M. J., & Duarte, M. E (2000) A “qualidade de vida”: Uma nova dimensão psicológica? *Psychologica*, 25, 5-17.
- Faria, M (1999). *Comunicação e bem-estar no limiar do Século XXI, conhecer através da relação e orientar para a saúde*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade de Coimbra.
- Fallowfield, L (1990). *The quality of life: The missing measurement in health care*. Canada: A Condor Book Souvenir Press (E & A) Ltd.
- Ferrans, C. E. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17(3), 15-19.

Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D., & Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *British Medical Journal*, 305, 1074-1077.

Frankl, V. (2000). *Man's search for ultimate meaning*. New York: Basic Books.

Galinha, I., & Pais Ribeiro, J.L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.

Glasgow, R. E., Ruggiero, L., Eakin, E. G., Dryfoos, J., & Chobanian, L (1997). Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 20 (4), 562-567.

Grégoire, J. (1995). Introduction: l'évaluation de la qualité de vie. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 45 (4), 243-244.

Gross, J. J.; & John, O. P. (1995), Facets of emotional expressivity: Three self-report factors and their correlates. *Personality and Individual Differences*, (19) 555-568.

Gross, J. J.; & John, O. P. (1997), Revealing feelings: Facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, (72) 435-448.

Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (2006). *Multivariate data analysis* (6^o ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Hall, C., Lindzey, G., Campbell, J.(2000). *Teorias da Personalidade* (4^o ed.). A Teoria de Carl Rogers Centrada na Pessoa. Porto Alegre: Artmed.

Hansenne, M. (2003). *Psicologia da personalidade*. Lisboa: Climepsi. Editores.

- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events and subjective well-being: Towards a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, (57) 731-739.
- Heidrich, S. M. & Ryff, C. D. (1993). The role of social comparisons processes in the psychological adaptation of elderly adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48, 127-136.
- Helson, R. & Moane, G. (1987). Personality change in women from college to midlife. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 176-186.
- Howell, D. (2006). *Statistical methods for psychology* (6^o ed.). USA: Thomson Wadsworth.
- Jacobson, A. M. (2002). Depression & HRQoL in diabetes: From research to clinical care. *Scientific report: Training session on health-related quality of life assessment and depression in diabetes* (pp. 9-10). Budapest: MAPI Research Institute.
- Jacoby, A. (2000). Theoretical and methodological issues in measuring quality of life. In G. A. Baker & A. Jacoby (Eds.), *Quality of life in epilepsy: Beyond seizure counts in assessment and treatment* (pp. 43-64). Amsterdam: Harwood Academic.
- Kiess, M., & Bloomquist, D. (1985). *Psychological research methods: a conceptual approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kilian, R., Matschinger, H., & Angemeyer, M. (2001). Assessment the impact of chronic illness on subjective quality of life: A comparison between general population and hospital inpatients with somatic and psychiatric diseases. *Clinical Psychology and Psychology*, 8, 206-213.

- Koot, H. M. (2001). The study of quality of life: Concepts and methods. In H. M. Koot & J. L. Wallander (Eds.). *Quality of life in child and adolescent illness: Concepts, methods and findings* (pp. 3-30). New York: Brunner-Routledge.
- Laghai, A., & Joseph, S. (2000), Attitudes towards emotional expression: Factor structure, convergent validity and associations with personality. *British Journal and Medical Psychology*, (73) 381-384.
- Larsen, R. J.: Ketelaar, R. (1991), Personality and susceptibility to positive and negative emotional states. *Journal of Personality and Social Psychology*, (61), 132-140.
- León, J., Morales, J., Navarro, J. & Mitchell, A. (2003). A review about the impact of multiple sclerosis on health-related quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 25 (23), 1291-1303.
- Leventhal, H. & Colman, S. (1997). Quality of life: a process review. *Psychology and Health*, 12, 753-767.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and effect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 143-163.
- Lima, M. O., & Simões, A (2003). Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica - Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto.

- Lima, M. P. & Simões, A. (1997). O inventário de personalidade NEO-PI-R: Resultados da aferição portuguesa. *Psychologica*, (18), 25-46.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R, Inventário de Personalidade Neo Revisto. Manual Profissional* (1 ed.). Lisboa: CEGOC-TEA, Lda – Investigação e Publicações Psicológicas.
- Lima, M.L.P. (1997). *NEO-PI-R: Contextos teóricos e psicómétricos. “Ocean” ou “Iceberg”?* Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Machado, A. C. C (2003). *Variáveis psicológicas na doença asmática: um estudo à luz do modelo cognitivo-comportamental*. Dissertação de Mestrado não publicado. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade de Coimbra.
- Marcelino, D, & Figueiras, M. (2007). A Perturbação Pós-Stress Traumático Nos Socorristas de Emergência Pré-Hospitalar: Influência Do Sentido Interno de Coerência e da Personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 95-105.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS* (3º ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, A. J., & Stockler, M. (1998). Quality of life assessment in healthcare research and practice. *Evolution & The Health Professions*, 21, 141-156.
- Martins, A. (2000). *Construir um social diferente*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Martins, A. & Ribeiro, J. (2008). Desenvolvimento e validação da Escala de Auto-Eficácia para Utilizadores de Cadeira de Rodas. *Análise Psicológica*, 1(XXVI) 135-145.

- Martins, A. (2008). *Indicadores da qualidade de vida nas pessoas utilizadoras de cadeira de rodas: uma análise exploratória dos hábitos da vida, características psicológicas, clínicas, sociodemográficas e relacionadas com tecnologias de apoio*. Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação do Porto.
- McAdams D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63 (3), 365-393.
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we lived by: Personal myths and the making of the self*. New York: Guilford Press.
- McAdams, D. P. (1994). Can personality change? Levels of stability and growth in personality across the life span. In T. Heatherton & J. Weinberger (Eds.), *Can Personality Change?* (pp. 299-314). Washington, DC: American Psychological Association.
- McAdams, D. P. (1997). A conceptual history of personality psychology. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 4-39). New York: Academic Press.
- McCrae, R. R., John, O. P., & Costa, P. T. (1992). An introduction to the five factor model and its applications, special issue, “the five factor model: issues and applications”. *Journal of Personality*, 60 (2), 175-210.
- Meneses, R. (2005). *Promoção da Qualidade de Vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Lisboa: Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Miller, W. & Thoresen, C. (2003). Spirituality, religion and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58 (1), 24-35.
- Murray, H.A. (1938), *Explorations in personality*. Nova Iorque, Oxford University Press.

- Nortvedt, M., & Riise, T.(2003). The use of quality of life measures in multiple sclerosis resaerch. *Multiple Sclerosis*, (9), 63-72.
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian: F C T.
- Nucci, N. (2003). *Qualidade de Vida e Câncer: um estudo compreensível*. Tese de Doutoramento. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Nunes, P. (2007). *Psicologia Positiva*. Retirado em Janeiro de 2009 (<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0391.pdf>).
- Pais-Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 1798-191).
- Pais-Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, (XVII), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M.R. Dias & E. Durá (Eds). *Territórios da psicologia oncológica*. (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. (2004).Quality of Life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23 (1), 121-130.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto
- Pais-Ribeiro, J., Meneses, R. F., Meneses, I., & Group-QDV (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1. *Analise Psicológica*, 16 (1), 91-100.

- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Avaliação da personalidade em mulheres com cancro da mama segundo o modelo dos Big Five. In J. Ribeiro, & I. Leal (Eds.), *Actas do 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 530-544). Lisboa: ISPA.
- Paúl, M.C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M (1996). O psicólogo no contexto de saúde: Modelos de colaboração. *Análise Psicológica*, XVI, 357-361.
- Perez, F., & Fernandez, G., Rivera, E. (2001). Ageing in place: predictors of the residential satisfaction of the elderly. *Social Indicators Research*, (54), 173-208.
- Perrine, K., Hermann, B. P., Meador, K. J., Vickrey, B. G., Cramer, J. A., Hays, R. (1995). The relationship of neuropsychological functioning to quality of life in epilepsy. *Archives of Neurology*, 52, 997-1003.
- Pervin, L. A. (1990), *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York, The Guilford Press.
- Quartilho, M. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria: do Sintoma à Experiência*. Coimbra: Quarteto Editora, Coleção Psicologia Clínica e Psiquiatria.
- Rabello, E. T. (2001). *Personalidade: estrutura, dinâmica e formação – um recorte Eriksoniano*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa. Universidade Aberta.
- Rasclé, N., Aguerre, C., Bruchon-Schweitzer, M., Nuissier, J., Cousson, F., Gillard, J., & Quintard, B. (1997). Soutien social et santé: Adaptation

- française du questionnaire de soutien social de Sarason, le S.S.Q. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 33, 35-51.
- Reis (1998). *O Sorriso de Hipócrates: A integração dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Assírio Bacelar.
- Reis, E. (2001). *Estatística multivariada aplicada* (2º ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Ruiz, V. M. (2005). The five-factor model of personality, subjective well-being, and social adaptation: generalizability to the Spanish context. *Psychological Reports*, (96), 863-866.
- Runyan, W. (1997). Studying lives: Psychobiography and the conceptual structure of personality psychology. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 41-69). New York: Academic Press.
- Ryan, C. M. (1997). Psychological factors and diabetes mellitus. In J. Pickup, & G. Williams (Eds.), *Textbook of Diabetes* (pp. 661-6613). Oxford: Blackwell Science.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Santos, C. S. V. B., & Ribeiro, J. L. P (2001). A qualidade de vida do doente oncológico: revisão da bibliografia. *Referência*, 7, 5-15.
- Santos, C. S., Ribeiro, J. L., & Lopes, C. (2003). Estudos de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 185-204.
- Sardinha, M. (2008). *Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade de Coimbra.

- Scheier, M. & Carver, C. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 201-228.
- Schmutte, P. & Ryff, C. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 549-559.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
- Seligman, M. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objectiva.
- Shin, D., & Jonhson, D. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of live. *Social Indicators Research*, (5), 474-492.
- Silva, M & Costa, M (2005). Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 111-127.
- Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (S. W. L. S). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI, (3), 503-515.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. M., Pinheiro, M. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M & Oliveira, A. L (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, IV (2), 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. M., Pinheiro, M. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M & Oliveira, A. L (2001). O bem-estar subjectivo dos idosos: Factores sociodemográficos e de personalidade: *Actas das IIª s Jornadas de Educação de Adultos*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.

- Snyder, C. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13 (4), 249-275.
- Sobral, Z. (1987). Adaptação psico-social do doente oncológico. *Divulgação*, 1 (3), 3-10.
- Spieth, L. E., & Harris, C. V. (1996). Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: An integrative review. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 175-193.
- Stewart, A. L., Greenfield, S., Hays, R. D., Wells, K., Rogers, W. H., Berry, S. D., et al. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions: Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 262 (7), 907-913.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics* (4° ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Taylor, S. E (1999). *Health Psychology* (4° ed.). Singapore: McGraw-Hill.
- The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- Thoresen, C. (1999). Spirituality and health. Is there a relationship? *Journal of Health Psychology*, 4, 291-300.
- Valero, C. H. (1991). Indicadores de calidad de vida: um estudo em crónicos. *Revista Rol de Enfermería*, (150), 13-17.
- Wallander, (2001). *Quality of life in child and adolescent illness: Concepts, methods and findings* (pp. 3-30). New York: Brunner-Routledge.

- Watson, D., Clark, L. A. (1992), “On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model”. *Journal of Personality*, 60, pp. 441-476.
- Werebe., M.J.G. (1984). Corpo e sexo: imagem corporal e identidade sexual. In: D’Avila Neto, M.I. *A negação da deficiência: a instituição da diversidade*. Rio de Janeiro: Achiamé/Socii.
- Whitbourne, S. K. (1987). Personality development in adulthood and old age: Relationships among identity style, health, and well-being. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 7, 189-216.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: Classification, Assessment, Surveys and Terminology Team.

Anexos

ANEXO 1: Dados sociodemográficos

Este conjunto de questionários destina-se a um estudo a realizar no âmbito do mestrado, na área da Psicologia do Desenvolvimento. Para esse fim, gostaria de contar com a sua colaboração. Este estudo assegura a confidencialidade dos questionários.

Obrigado pela sua colaboração.

Sexo

Masculino

Feminino

Idade _____

Escolaridade _____

Ocupação

Reformado

Em Actividade

Quadro clínico

Utiliza cadeira de roda há quanto tempo _____

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO 2: Inventário de Personalidade (NEO-FFI)

NEO-FFI
Lima & Simões (2000)

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações que se seguem e assinale com uma cruz o que melhor representa a sua opinião. Responda a todas as questões.

	Discordo Fortemente 0	Discordo 1	Neutro 2	Concordo 3	Concordo Fortemente 4
	0	1	2	3	4
1. Não sou uma pessoa preocupada.					
2. Gosto de ter muita gente à minha volta.					
3. Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a).					
4. Tento ser delicado com todas as pessoas que encontro.					
5. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.					
6. Sinto-me muitas vezes inferior às outras pessoas.					
7. Rio facilmente.					
8. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa não mudo mais.					
9. Frequentemente arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.					
10. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.					
11. Quando estou numa grande tensão sinto-me, às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.					
12. Não me considero uma pessoa alegre.					
13. Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza.					
14. Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.					
15. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).					
16. Raramente me sinto só ou abatido(a).					
17. Gosto muito de falar com as outras pessoas.					
18. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.					
21. Muitas vezes sinto-me tenso(a) e enervado(a).					
22. Gosto de estar onde está a acção.					
23. A poesia pouco ou nada me diz.					
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
25. Tenho objectivos claros e faço por atingi-los de uma forma ordenada.					
26. Às vezes sinto-me completamente inútil.					
27. Normalmente prefiro fazer as coisas sozinho(a).					
28. Frequentemente experimento comidas novas e desconhecidas.					
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos.					
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.					
31. Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).					
32. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.					

Discordo Fortemente 0	Discordo 1	Neutro 2	Concordo 3	Concordo Fortemente 4
----------------------------------------	-----------------------------	---------------------------	-----------------------------	----------------------------------------

	0	1	2	3	4
33. Poucas vezes me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
34. A maioria das pessoas que conheço gostam de mim.					
35. Trabalho muito para conseguir o que quero.					
36. Muitas vezes aborrece-me a maneira como as pessoas me tratam.					
37. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
39. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.					
40. Quando assumo um compromisso podem sempre contar que eu o cumpra.					
41. Muitas vezes quando as coisas não me correm bem perco a coragem e tenho vontade de desistir.					
42. Não sou um(a) grande optimista.					
43. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
44. Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes.					
45. Às vezes não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser.					
46. Raramente estou triste ou deprimido(a).					
47. A minha vida decorre a um ritmo rápido.					
48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
49. Geralmente procuro ser atencioso(a) e delicado(a).					
50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.					
52. Sou uma pessoa muito activa.					
53. Tenho muita curiosidade intelectual.					
54. Quando não gosto das pessoas faço-lhe saber.					
55. Parece que nunca consigo ser organizado(a).					
56. Já houve alturas em que fiquei tão envergonhado(a) que desejava meter-me num buraco.					
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas.					
58. Muitas vezes dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas.					
59. Se for necessário não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
60. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.					

Por favor, confirme que respondeu em todas as afirmações,

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO 3: Escala de avaliação da Afectividade (PANAS)

PANAS
(Galinha & Ribeiro, 2005)

Segue-se um conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Por favor, leia com atenção cada palavra e assinale – de acordo com a escala/numeração proposta – o modo como se sente habitualmente (nos últimos tempos) relativamente a cada uma.

Nada ou muito ligeiramente 1	Um pouco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Extremamente 5
----------------------------------------	----------------------	---------------------------	----------------------	--------------------------

___ Interessado

___ Orgulhos

___ Perturbado

___ Irritado

___ Excitado

___ Encantado

___ Atormentado

___ Remorsos

___ Agradavelmente surpreendido

___ Inspirado

___ Culpado

___ Nervoso

___ Assustado

___ Determinado

___ Caloroso

___ Trémulo

___ Repulsa

___ Activo

___ Entusiasmado

___ Amedrontado

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO 4: Pergunta - “A Fisioterapia contribui para a minha Qualidade de Vida”

Por favor, anote a sua opinião relativamente à afirmação destacada, assinalando a opção que considera mais adequada para si.

A Fisioterapia contribui para a minha Qualidade de Vida

Concordo Muito _____ **Concordo Pouco** _____ **Não concordo** _____

ANEXO 5:Índice de Qualidade de Vida (QLI)

Ferrans and Powers
ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA©

Parte1. Para cada uma das perguntas seguintes, por favor escolha o número que melhor exprime o grau de **satisfação** relativamente a cada uma das áreas da sua vida. Por favor, faça um círculo à volta do número que escolher. Não há respostas certas ou erradas.

Qual é o seu grau de satisfação com:	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1. A sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. Os cuidados de saúde que recebe?	1	2	3	4	5	6
3. As dores que tem?	1	2	3	4	5	6
4. A energia que tem para realizar as actividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. A capacidade que tem para cuidar de si próprio/a sem ajuda?	1	2	3	4	5	6
6. A capacidade que tem para se deslocar dentro de casa e sair à rua?	1	2	3	4	5	6
7. A capacidade que tem para falar?	1	2	3	4	5	6
8. O controlo que tem sobre a sua vida?	1	2	3	4	5	6
9. A capacidade que tem manter os seus pulmões limpos (sem secreções)?	1	2	3	4	5	6
10. As possibilidades que tem de viver uma vida tão longa quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
11. A saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
12. Os seus filhos (se tiver)?	1	2	3	4	5	6
13. A possibilidade de vir a ter filhos?	1	2	3	4	5	6
14. A felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
15. A sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
16. A sua/seu esposa/esposo ou companheira/o? (se tiver)	1	2	3	4	5	6
17. O facto de não ter esposa/esposo ou companheira/o (se não tiver)?	1	2	3	4	5	6
18. Os seus amigos?	1	2	3	4	5	6

(Por favor, passe para a página seguinte)

Qual é o seu grau de satisfação com:	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
19. O apoio emocional que recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
20. O apoio emocional que recebe de pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
21. A sua capacidade para cumprir as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
22. A sua utilidade para os outros?	1	2	3	4	5	6
23. A quantidade de preocupações que tem na sua vida?	1	2	3	4	5	6
24. Os seus vizinhos?	1	2	3	4	5	6
25. A sua casa, apartamento ou lugar onde vive?	1	2	3	4	5	6
26. O seu trabalho? (se estiver empregado)	1	2	3	4	5	6
27. O facto de não ter trabalho? (se estiver desempregado, reformado ou com incapacidade para trabalhar)	1	2	3	4	5	6
28. A sua educação/escolaridade?	1	2	3	4	5	6
29. A sua capacidade para satisfazer as suas necessidades financeiras?	1	2	3	4	5	6
30. Aquilo que faz para se divertir?	1	2	3	4	5	6
31. As suas possibilidades de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
32. A sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
33. A sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
34. Os objectivos pessoais que atingiu?	1	2	3	4	5	6
35. A sua felicidade em geral?	1	2	3	4	5	6
36. A sua vida em geral?	1	2	3	4	5	6
37. A sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
38. Consigo próprio em geral?	1	2	3	4	5	6

Ferrans and Powers
ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA©

Parte2. Para cada uma das perguntas seguintes, por favor escolha o número que melhor exprime o grau de **importância** que cada uma dessas áreas tem para si. Por favor, faça um círculo à volta do número que escolher. Não há respostas certas:

Quanto importante é para si:	Sem importância nenhuma	Sem importância	Importância insignificante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1. A sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. Os cuidados de saúde que recebe?	1	2	3	4	5	6
3. As dores que tem?	1	2	3	4	5	6
4. A energia que tem para realizar as actividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. A capacidade que tem para cuidar de si próprio/a sem ajuda?	1	2	3	4	5	6
6. A capacidade que tem para se deslocar dentro de casa e sair à rua?	1	2	3	4	5	6
7. A capacidade que tem para falar?	1	2	3	4	5	6
8. O controlo que tem sobre a sua vida?	1	2	3	4	5	6
9. A capacidade que tem manter os seus pulmões limpos (sem secreções)?	1	2	3	4	5	6
10. As possibilidades que tem de viver uma vida tão longa quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
11. A saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
12. Os seus filhos (se tiver)?	1	2	3	4	5	6
13. A possibilidade de vir a ter filhos?	1	2	3	4	5	6
14. A felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
15. A sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
16. A sua/seu esposa/esposo ou companheira/o? (se tiver)	1	2	3	4	5	6
17. O facto de não ter esposa/esposo ou companheira/o (se não tiver)?	1	2	3	4	5	6
18. Os seus amigos?	1	2	3	4	5	6

(Por favor, passe para a página seguinte)

Quanto importante é para si:	Sem importância nenhuma	Sem importância	Importância insignificante	Pouco importante	Importante	Muito importante
19. O apoio emocional que recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
20. O apoio emocional que recebe de pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
21. A sua capacidade para cumprir as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
22. A sua utilidade para os outros?	1	2	3	4	5	6
23. A quantidade de preocupações que tem na sua vida?	1	2	3	4	5	6
24. Os seus vizinhos?	1	2	3	4	5	6
25. A sua casa, apartamento ou lugar onde vive?	1	2	3	4	5	6
26. O seu trabalho? (se estiver empregado)	1	2	3	4	5	6
27. O facto de não ter trabalho? (se estiver desempregado, reformado ou com incapacidade para trabalhar)	1	2	3	4	5	6
28. A sua educação/escolaridade?	1	2	3	4	5	6
29. A sua capacidade para satisfazer as suas necessidades financeiras?	1	2	3	4	5	6
30. Aquilo que faz para se divertir?	1	2	3	4	5	6
31. As suas possibilidades de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
32. A sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
33. A sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
34. Os objectivos pessoais que atingiu?	1	2	3	4	5	6
35. A sua felicidade em geral?	1	2	3	4	5	6
36. A sua vida em geral?	1	2	3	4	5	6
37. A sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
38. Consigo próprio em geral?	1	2	3	4	5	6