Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Magalhães, Isaac Manuel da Silva

Bem-estar subjectivo, personalidade (carácter), e stress em controladores de tráfego aéreo : estudo descritivo

http://hdl.handle.net/11067/2702

Metadados

Data de Publicação 2015

Resumo O Bem-estar Subjetivo é um preditor significativo do comportamento social e individual, incluindo as respostas ao Stress. O bem-estar subjetivo é influenciado por características da personalidade e é de grande relevância compreender de que forma o Bem-estar subjetivo e a personalidade se relacionam com as respostas ao Stress em sujeitos em atividades particularmente exigentes. O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre o Bem-estar Subjetivo, o Stress e a Personalidade (Caráter), em c...

Palavras Chave Psicologia, Psicologia clínica, Avaliação psicológica, Personalidade, Afecto, Teste Psicológico : Escala de satisfação com o suporte social (ESSS), Teste psicológico : Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL), Teste psicológico : Escala de Percepção de Stress (EPS)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:48:20Z com informação proveniente do Repositório

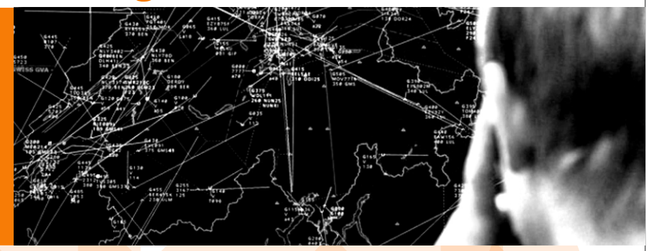
http://repositorio.ulusiada.pt

BEM-ESTAR SUBJETIVO, PERSONALIDADE (CARÁTER) E STRESS
EM CONTROLADORES DE TRÁFEGO AÉREO
ESTUDO DESCRITIVO

Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

Isaac Manuel Magalhães

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Psicologia Clínica



BEM-ESTAR SUBJETIVO, PERSONALIDADE (CARÁTER) E STRESS EM CONTROLADORES DE TRÁFEGO AÉREO
ESTUDO DESCRITIVO

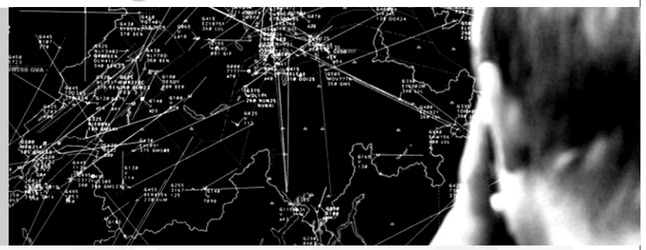
Isaac Manuel Magalhães

PORTO 2015

Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:

Psicologia Clínica



BEM-ESTAR SUBJETIVO, PERSONALIDADE (CARÁTER) E STRESS EM CONTROLADORES DE TRÁFEGO AÉREO
ESTUDO DESCRITIVO

Isaac Manuel Magalhães

PORTO 2015

ORIENTAÇÃO:
Professor Doutor Paulo Moreira

Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

PANTONE 151 C

C: 0
M: 48
Y: 95
K: 0

Agradecimentos

A todos os professores que me seguiram neste percurso académico, em particular ao Professor Doutor Paulo Moreira, pela disponibilidade e apoio, pela motivação, por todo o conhecimento e ciência transmitido e pelo facto de me ensinar a pensar de forma científica.

Aos meus Pais e restante família, em particular à minha irmã pelo apoio e incentivo, e também pela forma como sempre me apoiaram em toda a minha vida incluindo a académica.

Aos meus amigos e colegas por toda a amizade e paciência e incansável apoio.

"…Per aspera ad astra…"

Índice

Resumo ii

1. Introdução 1
1.1. Bem-estar Subjetivo 2
1.1.1 Suporte Social 5
1.1.2 Qualidade de Vida 10
1.1.3 Afeto positivo e Negativo 14
1.2. Stress 17
1.3. Personalidade 20
1.3.1 Caráter 21
1.4.Hipóteses 25

2. Metodologia 26
2.1. Participantes 26

2.2. Instrumentos de Avaliação 30
Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) 30
WHOQOL - Avaliação da Qualidade de Vida da OMS 31
PANAS - Afeto Positivo e Afeto Negativo 32
Escala de Perceção de Stress (EPS) 33
TCI-R – Inventário do Temperamento e Caráter 33

2.3. Procedimentos
2.3.1. Procedimentos de recolha dos dados 35
2.3.2. Procedimentos de análise dos dados 36

3. Resultados 38

4. Discussão 44

Conclusão 62
Referências Bibliográficas 66

Anexo

Resumo

O Bem-estar Subjetivo é um preditor significativo do comportamento social e individual, incluindo as respostas ao *Stress*. O bem-estar subjetivo é influenciado por características da personalidade e é de grande relevância compreender de que forma o Bem-estar subjetivo e a personalidade se relacionam com as respostas ao *Stress* em sujeitos em atividades particularmente exigentes. O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre o Bem-estar Subjetivo, o *Stress* e a Personalidade (Caráter), em controladores de tráfego aéreo. Participaram neste estudo 33 Controladores de Tráfego Aéreo, com idades compreendidas entre os 25 e os 56 anos, e média de idade 40,24 anos. Os resultados revelam associações positivas entre as três dimensões do caráter e os indicadores de Bem-estar. O Stress associou-se negativamente com as dimensões do Caráter, com a Satisfação Social e com a Qualidade de Vida. Foram encontradas associações negativas entre a Tensão Arterial Máxima e a Satisfação Social e a Qualidade de Vida. Foram também encontradas relações negativas entre *Stress* e indicadores de Bem-estar. Estes resultados confirmam a importância da personalidade para o Bem-estar, incluindo em controladores de tráfego aéreo.

Palavras-chave: Bem-estar Subjetivo, Personalidade (Carácter), *Stress*, Suporte Social, Qualidade de Vida, Afeto (Positivo e Negativo).

1. Introdução

O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre o Bem-estar Subjetivo, a Personalidade (Caráter) e o *Stress*, em controladores de tráfego aéreo.

O interesse teórico recente na abordagem da Psicologia Positiva na dimensão do b*em-estar Subjetivo* enquanto preditor significativo do comportamento social e individual, sugere a necessidade de explorar associações com as dimensões da p*ersonalidade e* do *stress.* Porque permitirá desenvolver novos testes psicotécnicos de avaliação da *Personalidade*, nomeadamente na dimensão *Carácter* para a seleção de candidatos a funções de trabalho exigente e sujeito a grandes cargas de *Stress* e por outro lado permitirá direcionar de forma mais eficaz os programas de gestão do *Stress*.

O *stress* é comummente aceite como sendo a causa de doença e preditor da diminuição do nível de bem-estar dos indivíduos (Lazzarus & Folkman, 1986). A demanda de estímulos aversivos decorrentes da vida pessoal, profissional, familiar e social torna a gestão do *Stress* uma necessidade premente (Karasek et col, 1982).

Particularmente as exigências de algumas profissões com intensos estímulos, horários de trabalho irregulares, bem como exigência de prontidão física e cognitiva e de performance elevados por parte das organizações, tornam os profissionais mais sujeitos a altas doses de exposição ao *stress* físico e psicológico, agudo e prolongado (Rodrigues, 1998).

Segundo Lazarus e Folkman (1984) a perceção do *stress* decorre de uma avaliação do estímulo e da capacidade subjetiva de lidar com o estímulo, bem como dos recursos disponíveis percecionados pelo indivíduo naquele momento, para enfrentar esse estímulo. São as estratégias subjetivas de *coping* que irão determinar se a exposição a determinado estímulo irá determinar ou não, uma situação de *stress*.

Segundo o *Modelo Psicobiológico da Personalidade* de Cloninger (1986) a dimensão do Caráter tem uma forte influência da natureza psicossocial, logo, a sua evolução está sob influência da relação com o meio, educação e determinantes sociais. Assim é possível perceber em que medida esta dimensão da personalidade está associado, quer com o *stress* percebido quer com a Qualidade de Vida e de que modo pode ou não alterar essa perceção. Para além disso, os traços de personalidade são ainda considerados como um dos melhores preditores na compreensão e estudo do *bem-estar subjetivo* (Cloninger e Zohar, 2011, Jossefsona, Cloninger et al, 2011).

1.1 Bem-Estar Subjetivo

O *bem-estar subjetivo* é um tema da Psicologia Positiva que tem evoluído bastante nos últimos tempos, alcançando estudos que têm usado as mais variadas designações, tais como felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo **(**Giacomoni, 2004). De um modo geral, pode-se afirmar que o tema enfatiza o modo como as pessoas avaliam a sua vida. De um modo mais específico, esta dimensão faz referência à forma e ao porquê de as pessoas experienciarem as suas vidas positivamente (Giacomoni, 2004).

Qualidade de Vida, bem-estar subjetivo, satisfação vital, bem-estar social, são conceitos integrantes de uma terminologia que se relaciona com a felicidade e que pretendem adquirir um *status* ontológico através da clarificação do conceito e da sua capacidade de ser medido (Haydée & Florenzano, 2003).

Para que seja relatado um nível de bem-estar adequado é preciso que a pessoa reconheça manter-se o nível alto de satisfação com a vida, uma alta frequência de experiências emocionais positivas e baixas frequências de experiências emocionais negativas (Siqueira & Padovam, 2008).

Para se aceder ao bem-estar subjetivo é necessário ter em conta que cada pessoa avalia a sua própria vida aplicando conceções subjetivas e, neste processo, apoia-se nas suas próprias expectativas, valores, emoções e experiências anteriores (Siqueira & Padovam, 2008).

Os diversos estudos sobre o bem-estar e psicologia originaram duas grandes perspetivas: uma denominada hedónica (subjetiva) e outra eudemónica (psicológica). A primeira perspetiva refere-se à medida na qual as pessoas experienciam a sua vida de forma positiva, o quanto tiram prazer da vida ou estão satisfeitas com a vida que levam (Zurieta et al., 2012). A segunda perspetiva centra-se mais no desenvolvimento pessoal dos indivíduos e no estilo ou forma em que confrontam os fatos da vida, no esforço para conseguirem as metas desejadas (Zurieta et al., 2012).

O bem-estar subjetivo tem bases muito mais emocionais e tem sido avaliado através de indicadores como a felicidade, a afetividade positiva e negativa, ou a satisfação vital (Blanco & Diaz, 2005).

O elemento afetivo constitui o plano hedónico, ou seja, aquele que contém a satisfação experienciada pela pessoa com seus sentimentos, emoções e estados de humor mais frequentes. Estes componentes estão associados, uma vez que a pessoa que tenha experiências emocionais agradáveis provavelmente vai perceber a sua vida como mais positiva e desejável. As pessoas com maior bem-estar subjetivo fazem uma valorização mais positiva das suas circunstâncias e eventos de vida. Já as pessoas mais "infelizes" avaliam a maior parte destes acontecimentos como prejudiciais (Zurieta et al., 2012).

A satisfação com a vida e o componente afetivo do bem-estar subjetivo tendem a estar correlacionados pois ambos os elementos influem na valorização que o indivíduo faz sobre os seus sucessos, atividades, circunstâncias e atividades que se desenvolvem

na sua vida. Então, a satisfação com a vida é o resultado da integração cognitiva que as pessoas fazem no modo como avaliam o seu percurso de vida. Trata-se de um juízo cognitivo que resulta num constructo mais estável ao longo do tempo (Zurieta et al., 2012).

O *Bem-estar Subjetivo* refere-se ao balanço global que as pessoas fazem das suas oportunidades de vida e da consequente experiência emocional (Zurieta et al., 2012).

Por outro lado, outros estudos sobre o bem-estar psicológico enfatizam a realização dos valores que trazem felicidade às pessoas, que as fazem sentir-se vivas e autênticas, que as fazem crescer como pessoas, e não tanto as atividades que lhes dão prazer ou que lhes causam sofrimento (Tomás et al., 2008).

Ryff propôs seis dimensões para operacionalizar o bem-estar psicológico (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995): auto-aceitação; relações positivas com outras pessoas; autonomia; domínio do retorno; propósito na vida; crescimento pessoal.

De acordo com Bilbao (2008), o bem-estar não consiste apenas na ausência de sintomas de ansiedade, depressão, como também que a pessoa se respeite e valorize a si mesma, que mantenha relacionamentos positivos com os outros e perceba um apoio social satisfatório, que acredite que domina e controla o seu ambiente, que se sinta autónomo, que atribua um sentido e propósito à sua vida e que acredite que se está a realizar como pessoa. Mas, também existe um tipo de bem-estar social que se encontra relacionado com as bases reais das crenças implícitas positivas sobre a pessoa, o mundo e os outros e, reporta aos elementos sociais e culturais promotores da saúde mental (Paéz, 2007).

O conceito de bem-estar social desenvolvido por Keyes (1998) engloba os aspetos interpessoais da saúde mental e é composto por cinco dimensões (Blanco & Díaz, 2005): 1) Integração Social (avaliação da qualidade das relações sociais); 2)

Aceitação Social (presença de certos valores como confiança, amizade, honestidade); 3) Contribuição Social (sentimento de utilidade de que se é um membro vital para a sociedade); 4) Atualização Social (confiança no progresso e na mudança social); 5) Coerência Social (perceção da qualidade, organização e funcionamento do mundo social).

Existem diversos estudos que apontam diferenças no bem-estar psicológico em relação ao género das pessoas. Por exemplo, num estudo feito por Yánez e Cárdenas (2010), foi observado que os homens apresentaram maiores níveis na dimensão "propósito na vida", enquanto as mulheres obtiveram pontuações mais altas na dimensão "crescimento pessoal". Numa investigação realizada por Velásquez e colaboradores (2008) com um grupo de estudantes universitários, as mulheres apresentaram uma pontuação maior nos níveis de bem-estar psicológico, o que por sua vez está relacionado com uma maior assertividade e com um maior rendimento académico.

1.1.1 Suporte Social

A definição de suporte social e a sua conceptualização está longe de ser consensual, sendo alvo de várias definições, modelos explicativos e abordagens teóricas, os quais não são concordantes entre si (Nunes, 2005).

De acordo com Caplan (1974), o conceito de Suporte Social relaciona-se com os vínculos estabelecidos entre os indivíduos e os grupos, servindo para melhorar a adaptação quando a pessoa é confrontada com situações de *stress*, desafios ou privações.

Segundo Pinto et al. (2006), as redes sociais fazem referência a um leque de relacionamentos de uma pessoa com um grupo de pessoas. Já o conceito de suporte

social, de acordo com os mesmos autores, refere-se à qualidade dessas relações e ao modo como elas são avaliadas pela pessoa que recebe esse apoio. Contudo, para a grande parte dos autores, as diferenças entre estes dois conceitos são muito vagas para serem tidas em consideração.

O Suporte Social é um constructo multidimensional formado por duas áreas básicas: a estrutural, que representa as relações sociais e redes existentes e a área funcional ou expressiva, que faz menção ao tipo de apoio recebido. Do ponto de vista estrutural, enfatiza-se a relevância das características das redes sociais e das condições objetivas que cercam o processo de apoio social. Do ponto de vista funcional ou qualitativo, dá-se importância na medida em que as relações sociais satisfazem diversas necessidades, ou por outras palavras, em que medida desempenham diversas funções (Arango,2003).

Dentro do domínio estrutural a rede social pode ser conceptualizada como uma rede de laços diretos ou indiretos que unem um grupo de indivíduos segundo determinados vínculos, tais como as relações de parentesco, de amizade ou de conhecimento (Pérez, 1999). Uma das funções básicas da rede social é a de dar apoio social que contribui para a recuperação e manutenção da saúde. De facto, o interesse por este tema está muito ligado a questões que estão relacionadas com a presença ou ausência de certas doenças, mais precisamente as doenças psiquiátricas (Dela-Coleta, 2007).

Um estudo realizado em 2012 (Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional surve, Grav et al.), teve como objetivo investigar a relação entre o apoio social percebido e a depressão numa população em geral. Os principais resultados indicaram que o apoio social percebido foi significativamente associado com a ansiedade e com a depressão.

Outro estudo, datado de 2013, Social support in depression: structural and functional factors, perceived control and help-seeking (Kleinberg et al.), analisou as associações existentes entre apoio social, solidão e lócus de controlo e depressão em pessoas com Depressão Major. Os resultados encontrados foram os seguintes: baixa frequência de contatos com os amigos e com os pais, solidão emocional, locus de controlo externo e insatisfação emocional em relações de casal foram fatores significativos preditores de depressão. Perante estes resultados, chegou-se à conclusão que a depressão está associada a fatores estruturais e funcionais de apoio social e locus de controlo. Para além destes estudos, outros autores já têm demonstrado que ter um suporte social alto faz com que se tenha uma melhor harmonia física e mental (Ramos, 2002; Symister & Friend, 2003).

Do mesmo modo, o suporte social aparece frequentemente relacionado à promoção de uma melhor Qualidade de Vida, bem como à própria felicidade das pessoas. Também há quem defenda que o suporte social previne doenças e acontecimentos de vida negativos **(**Andrade & Vaitsman, 2002).

Didier (1985), destaca três funções básicas das redes sociais: 1) Orientação: através desta função a rede guia os seus membros até aos recursos necessários para enfrentar situações de conflito; 2) Prestação de serviços: presta serviços diretamente aos membros da rede; 3) Apoio Social: considerada como a função mais importante para os membros de uma rede social, faz referência à troca recíproca entre um recetor e um emissor, estando este último em situação de *stress* ou não.

No que concerne ao domínio funcional, de acordo com Mansilla (1993) o apoio social opera em três níveis: Cognitivo, Afetivo e Comportamental. São configurados assim três tipos de apoio que aparecem em todas as definições e autores: o apoio emocional (empatia, amor, confiança); o instrumental (comportamentos direcionados a

resolver o problema da pessoa recetora, supõe realizar ações ou prestar serviços que servem para resolver problemas práticos); e o informativo (diz respeito a todas as intervenções que implicam aconselhar, informar, guiar ou receber informação útil para resolver um problema).

Relativamente à diferenciação entre perceção e receção de apoio social, Caplan (1974) faz a diferenciação entre apoio social Objetivo e apoio social Percebido. O primeiro diz respeito aos recursos ou transações reais que a pessoa pode usufruir caso seja necessário. O segundo refere-se à avaliação que o indivíduo faz da ajuda com que acredita contar. Assim, a transação pode ser objetiva (apoio real recebido) ou subjetivo (perceção de suporte).

Quer a ajuda recebida, quer a ajuda oferecida contribuem de igual modo para um sentido de controlo pessoal, o que influi positivamente no bem-estar psicológico (Ramos, 2002). Mesmo que a perceção que cada pessoa tem sobre o seu suporte social não corresponda à realidade, essa perceção é que vai ter maior peso (Vaux, 1988). Sendo assim, a perceção de falta de suporte social vai tornar os indivíduos mais vulneráveis, especialmente aqueles que já se encontram doentes (Coyne & DeLongis, 1986).

O suporte social percebido apresenta um papel de extrema importância na saúde e no bem-estar das pessoas quer estejam doentes, em fase de recuperação ou não doentes (Ribeiro, 1999). A recuperação não significa necessariamente a recuperação clínica ou cura de uma determinada doença, sendo que uma pessoa pode recuperar a sua vida sem ter recuperado da doença (Shepherd et al., 2002).

Pernice (2010), através de entrevistas estruturadas com medidas de apoio social e recuperação, conclui que o apoio e a reciprocidade entre membros da família são dimensões importantes da rede pessoal de apoio e do processo de recuperação.

Schön et al. (2009), através da realização em profundidade de entrevistas a pessoas que passaram por um processo de recuperação, investigou quais os fatores que favorecem este processo, mostrando que as relações sociais aparecem como um fator decisivo na recuperação da doença mental grave.

Os fatores mais relevantes identificados pelos entrevistados no processo de recuperação foram os seguintes: as relações sociais, a própria pessoa e a medicina. Neste estudo, a família apareceu simultaneamente como promotora ou prejudicial à recuperação do doente. Não obstante, os membros da família são descritos como um fator determinante no processo de recuperação. A maior parte dos entrevistados fez menção a um ou mais membros da família como benéficos para o seu processo de recuperação. Contudo, alguns pacientes referiram relações destrutivas ou nulas com membros familiares, sendo que alguns apontaram os pais como causadores dos seus problemas ou como prejudiciais no processo de recuperação.

Liberman & Kopelwicz (2004) determinam que os fatores associados à recuperação, identificados através da revisão da literatura, são os seguintes: fatores familiares; abuso de substâncias; duração menor da psicose sem tratamento; uma boa resposta inicial aos neurolépticos; adesão ao tratamento; terapia de apoio com uma aliança terapêutica colaboradora; um bom funcionamento neurocognitivo; acesso a tratamento global, coordenado e contínuo.

No que concerne aos fatores familiares, estes autores consideram que existem duas linhas de investigação que reafirmam a hipótese de que ter uma família que apoia o doente, é importante para alcançar bons resultados a longo prazo:

1) Um alto nível de emoção expressa é um fator preditor da recidiva na esquizofrenia e nas perturbações de humor. Uma vez que a frequência da recidiva é um indicador de mau prognóstico, leva-se a crer que os indivíduos com famílias que lhes

dão apoio e que demonstram aceitação, calor, compreensão e ânimo, terão maior probabilidade de recuperação.

2) Outros estudos demonstraram que a psico-educação familiar e a formação de estratégias de *coping* e de resolução de problemas reduzem o índice de recaída e de hospitalização.

Para estes autores, estes resultados sugerem que a família que apoia com expetativas realistas de melhorias e grandes esforços para alcançar o progresso gradualmente, é considerado um fator fulcral nos resultados a longo prazo de pacientes com perturbações mentais.

Em suma, pode-se dizer que as relações sociais promovem as condições de saúde (Ramos, 2002) e a falta de suporte social está relacionada com a presença de doenças.

1.1.2. Qualidade de Vida

A *qualidade de vida* é um termo que tem sido amplamente utilizado por especialistas das mais variadas áreas. Uma vez que esta dimensão tem sido abordada segundo pontos de vista diferentes, apareceram dificuldades teóricas, metodológicas e instrumentais (Quintero & González, 1997).

Ao longo da história muitos autores têm se ocupado em estudar em que consiste "viver bem e sentir-se bem". Em 1954 a ONU definiu este conceito como as condições materiais de vida de uma pessoa, classe social ou comunidade para se sustentar e usufruir da sua existência (ONU, 1954). Ou seja, seria o domínio do indivíduo sobre os recursos em forma de dinheiro, posses, conhecimento, energia mental e física, relações sociais, segurança, etc., por meio dos quais este pode controlar e dirigir conscientemente as suas condições de vida (Johansson, 1970).

O nível de vida incluiria os aspetos da vida mais mensuráveis e objetiváveis e, portanto, mais comparáveis entre âmbitos distintos. Para se avaliar o nível de vida de uma pessoa ou de um grupo, deveriam conhecer-se não só as condições económicas, como também ter-se informação sobre a saúde, conhecimento e competências, relações sociais, condições laborais, etc.

Atualmente, tem-se reconhecido que o bem-estar humano não está apenas relacionado com os aspetos materiais da sua existência, como também com aspetos espirituais. A qualidade de vida é conceptualizada como um constructo multidimensional relativamente subjetivo, de acordo com a valorização que a pessoa faz dos diferentes aspetos da sua vida (Andersen et al.,1994).

Historicamente, existem duas perspetivas básicas deste conceito: aquele que o concebe como uma entidade unitária e aquele que o considera um constructo composto por uma série de domínios. Isto originou quatro grandes conceptualizações deste conceito:

1) Qualidade das condições de vida de uma pessoa (centrado no componente objetivo);

2) Satisfação experienciada pela pessoa com tais condições de vida (focada no componente subjetivo);

3) Combinação dos componentes objetivos e subjetivos;

4) Combinação das condições de vida e da satisfação pessoal ponderadas pela escala de valores, aspirações e expectativas pessoais.

Um dos primeiros autores a elaborar um conceito sobre a *qualidade de vida* foi Lawton em 1991, que entendia este conceito como um conjunto de apreciações que o sujeito faz sobre cada um dos domínios importantes da sua vida atual (Herranz Bellido,

2004). Posteriormente, reelaborou esta definição designando-a como a valorização multidimensional, tanto com critérios interpessoais ou subjetivos como socio-normativos ou objetivos do sistema pessoa-ambiente relativamente ao passado, presente e futuro (Lawton, 1991).

O caráter multidimensional do constructo causou dificuldades na hora de o usar e de o definir. Para alguns autores, o nível ótimo da *qualidade de vida* é produzido através da combinação de *inputs* físicos e psicológicos, pelo que a mesma dependerá das limitações e competências para a mudança e aquisição (Liu, 1978).

Para outros autores, é o bem-estar humano ou social que restringe e influi nas oportunidades humanas ou a satisfação que se recebe do ambiente físico e humano, com ênfase nos componentes externos (Diener, 2005).

Vitterso et al. (2002), defende que a *Qualidade de Vida* depende da possibilidade que cada pessoa tem de pensar bem sobre a própria vida, de acordo com o significado que ela dá às coisas. No entanto, as avaliações que cada um faz sobre a sua vida e sobre o mundo, podem estar relacionadas com discrepâncias entre o que se possui e o que se deseja (Michalos, 1991).

De acordo com Campbell (1976), a *Qualidade de Vida* de vida era maior quando a discrepância entre a situação ideal e a situação real era pequena, e menor quando essa discrepância era mais pronunciada. Assim, tanto os fatores afetivos e cognitivos como os comportamentais e ambientais, numa inter-relação mútua, podem ser os responsáveis por estas discrepâncias.

Circunstâncias externas ao sujeito, e ele próprio, determinariam o grau de bem-estar, satisfação ou felicidade. Uma vez que a conceptualização da *Qualidade de Vida* é, simultaneamente, social e individual, fatores como a idade, sexo, nível de escolaridade, condição sócio ocupacional e localização, entre outros, influenciam significativamente o

esquema conceptual de cada sujeito, podendo-se falar de uma *Qualidade de Vida* subjetiva.

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde definiu a *Qualidade de Vida* como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores no qual ele vive e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e interesses (WHOQOL, 1995).

Nos dias de hoje, a *Qualidade de Vida* é abordada através de uma perspetiva psicossocial, uma vez que se trata simultaneamente de um conceito objetivo e subjetivo. O eixo objetivo (bem-estar social) inclui medidas culturais que fazem referência ao bem-estar objetivo e material (*well-being*). O eixo subjetivo ou psicossocial (bem-estar psicológico) inclui a satisfação medida conforme a importância que tem para cada sujeito (satisfação). A satisfação é definida como a experiência que se tem, de se poder dar resposta, às necessidades (Tonon, 2005).

Em suma, o conceito de *Qualidade de Vida* refere-se à satisfação de necessidades humanas subjetivas e objetivas, individuais e sociais, em função do meio ambiente onde se vive, sem que se privilegie umas sobre as outras, nem satisfazê-las em separado ou por etapas.

A satisfação não se refere somente ao acesso a objetos materiais para satisfazer as necessidades, como também à participação social de cada um na formação das suas próprias condições de vida. Portanto, a *Qualidade de Vida* pode ser considerada como uma medida composta por bem-estar físico, mental e social e o modo que o indivíduo percebe a felicidade, satisfação e recompensa (Levi & Anderson, 1980).

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de *qualidade de vida*, três aspetos fundamentais referentes ao constructo *qualidade de vida* foram obtidos através de um grupo de *experts* de diferentes áreas: (1) subjetividade; (2)

multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas (por exemplo: mobilidade) e negativas por exemplo: a dor (WHOQOL G., 1995).

O desenvolvimento destes elementos conduziu à definição de qualidade de vida como "*a perceção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*" (WHOQOL GROUP, 1994).

Por último, a Organização Mundial de Saúde, desde a década de 90, tem iniciado a investigação e o desenvolvimento de ferramentas que permitem avaliar a *Qualidade de Vida* das pessoas, como forma de promover continuamente uma abordagem holística da saúde. Dentro dos instrumentos elaborados pela mesma menciona-se o WHOQOL-100 e a sua versão reduzida (WHOQOL-BRIEF), os quais têm sido adaptados e utilizados em diversas populações mundiais.

1.1.3. Afeto positivo e Afeto negativo

Dentro do conceito de bem-estar subjetivo encontram-se duas dimensões emocionais: as emoções positivas e as emoções negativas as quais têm que estar equilibradas (Siqueira & Padovam, 2008).

Existem duas abordagens à estrutura do conceito de afeto, uma *primeira abordagem* do afeto específico – que defende que existem muitos tipos de afeto, cada um com as suas características e padrões de resposta específicas embora relacionados. As emoções que resultam desta abordagem – a felicidade, a tristeza, o medo, o remorso – são entendidas como separadas e independentes umas das outras. Esta abordagem defende que cada estado emocional tem padrões de respostas fisiológicas específicas.

A segunda abordagem do afeto, a perspetiva dimensional, acredita que existem dimensões do afeto, geralmente duas dimensões afetivas centrais. As emoções

específicas são consideradas como combinações das duas dimensões básicas. Uma conceptualização muito influente é o modelo circular do afeto, onde duas dimensões se cruzam resultando em diâmetros perpendiculares de um círculo. Os estados afetivos específicos posicionam-se algures no círculo, no cruzamento das duas dimensões. A representação da estrutura das emoções através de modelos circulares defendida por Schlosberg (1941). Este modelo circular de duas dimensões: prazer-desprazer (pleasentness-unpleasentness); atenção-rejeição (attention-rejection), evolui e deu origem a modelos mais completos com a introdução de uma terceira dimensão – a intensidade (Garcia, 2011).

Os autores referem, porém, que o modelo de afeto que conseguiu reunir maior consenso foi o modelo circular, bidimensional de Watson e Tellegen (1985), sendo o modelo que está na origem da escala que é utilizada neste estudo e que foi adaptada para a população portuguesa – a Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) por Galinha e Ribeiro (2005).

O afeto positivo, refere-se à medida de manifesto entusiasmo com a vida, e o afeto negativo, a medida em que a pessoa refere sentir-se indisposta ou perturbada. São fatores descritos como sendo dimensões descritivamente bipolares mas afetivamente unipolares, para reforçar que apenas o nível elevado de cada dimensão representa um estado de excitação emocional (ou afeto elevado), enquanto o nível reduzido de cada dimensão é definido em termos de uma relativa ausência de intensidade afetiva (Watson & Tellegen,1985).

O estudo dos afetos positivos e negativos não se restringe apenas à identificação progressiva de sensações positivas durante a vida, como também engloba, detetar se, em grande escala, as experiências vividas foram entremeadas muito mais por emoções agradáveis do que por sofrimentos. De acordo com alguns investigadores, as pessoas

relatam habitualmente uma maior frequência de emoções positivas comparativamente às emoções negativas (Siqueira et al., 2008). Por outro lado, estudos têm mostrado que as pessoas que têm tendência a vivenciar fortes emoções positivas são as que igualmente tendem a relatar intensas emoções negativas (Diener & Lucas, 2000).

De acordo com Diener e Lucas (2000) as experiências emocionais são relevantes para as avaliações que um indivíduo faz do seu bem-estar sendo que essas avaliações podem estar associadas à frequência com que se vivenciam emoções positivas e não propriamente à intensidade dessas emoções. Uma vez que as pessoas consideram mais a frequência das emoções positivas do que a intensidade das mesmas, acabam também por considerar que estas são mais raras e acompanhadas por algum custo.

Em 1969 Bradburn propôs a estrutura bidimensional dos afetos o que levou a vários estudiosos construírem e validarem medidas para aferir a mesma. Em 1988, Watson e colaboradores validaram a Lista de Afetos Positivos e Negativos (*Positive Affect and Negative Affect Schedule – PANAS*), que integra duas escalas com 10 itens cada, que se mostraram, de acordo com os seus autores, consistentes, válidas e eficazes para medir as duas dimensões de afetividade.

Segundo Watson e colaboradores (1988), o Afeto Positivo (AP) representa a extensão na qual uma pessoa se sente entusiasmada, ativa e em estado de alerta. Um nível elevado de AP forma um estado de alta energia, plena concentração e prazer, enquanto um baixo AP caracteriza-se por tristeza e letargia. O Afeto negativo (AN) é uma dimensão global de falta de prazer, incluindo, no seu nível mais elevado, sensações negativas variadas, tais como raiva, desprezo, culpa, medo e nervosismo.

O nível mais baixo de AN inclui calma, serenidade e sossego. A escala de AP integrante da PANAS inclui 10 palavras que descrevem sentimentos e emoções positivas (interessado, forte, entusiasmado, orgulhoso, ativo, inspirado, determinado,

atento, animado e estimulado),enquanto a escala de AN compõe-se de outras 10 palavras que expressam a dimensão negativa da afetividade (angustiado, descontrolado, culpado, assustado, hostil, irritado, envergonhado, nervoso, inquieto e amedrontado).

Stress

O grande desafio na investigação sobre o *stress* prende-se com a dificuldade em encontrar um consenso acerca desta variável, uma vez que não há uma definição única e representativa da mesma, assim como a dificuldade em medi-la (Tapia et al., 2007).

O processo de desenvolvimento do *stress* aparece como resposta a estímulos ou situações designados de stressores, os quais perturbam ou ameaçam alterar o funcionamento físico e psicológico do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

No entanto, nem todos os acontecimentos são suscetíveis de causar *stress* em todas as pessoas. Deste modo, Lazarus defende que os vários tipos de personalidade existentes explicam as diferenças individuais na valorização cognitiva de situações ameaçadoras e as reações consequentes.

De acordo com os autores da Escala de Perceção Global do Stress (Cohen et al., 1988), a definição de *stress* está centrada no grau em que o indivíduo valoriza um acontecimento stressante.

O *stress* é amplamente definido como um estado no qual as exigências ambientais e internas ou ambas, marcam ou excedem os recursos adaptativos de um sistema individual e social (Monat & Lazarus, 1991).

As consequências que advêm de uma exposição prolongada ao *stress* podem ser de caráter psicológico ou físico, sendo uma delas o aumento do risco de morte prematura (Bravemen et al., 2011).

Existe um grande corpo de estudos que relacionam os altos níveis de *stress* com várias doenças, entre as quais se pode mencionar a hipertensão, a gripe, as doenças cardiovasculares, etc. Um estudo datado de 2010 (*Impacto do Stress e Hostilidade na doença coronária*, Rodrigues et al.), teve como objetivo principal investigar algumas variáveis psicológicas como o *stress*, os acontecimentos de vida, o suporte social e a hostilidade que estão associadas à doença coronária. A investigação foi realizada na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia do Hospital de S. João, no Porto. Compararam um grupo de indivíduos que sofreram enfarte do miocárdio com um grupo de indivíduos saudáveis. Os resultados mostraram que houve diferenças significativas entre grupos quanto às variáveis estudadas no que diz respeito à da perceção do *stress*. Outro estudo de 2012 (Perceção de *stress* e sintomas depressivos: funcionalidade e impacto na Qualidade de Vida em mulheres com fibromialgia, Homman et al.), chegou à conclusão que a relação entre *stress*, depressão e funcionalidade parece fazer parte de um complexo mecanismo que pode interferir na Qualidade de Vida de pacientes com Fibromialgia.

Vários outros estudos têm sido feitos de modo a investigar a relação entre o *stress* e as consequências do mesmo para a saúde. Estes estudos incluem a mortalidade e são focados em stressores específicos, tais como acontecimentos de vida negativos (Lantz et al., 2005), e *stress* crónico causado pelo trabalho (Matthew et al., 2002), os quais são limitados por causa de determinadas condições físicas, como por exemplo as doenças cardiovasculares **(**Burazeri et al., 2008).

A perceção do *stress* como prejudicial para a saúde é conceptualmente distinta da quantidade de *stress* presente nas experiências individuais. Ou seja, a perceção do *stress* como estando a afetar a saúde tem um impacto para a mesma diferente da quantidade ou da gravidade do *stress* (Keller et al., 2013).

De acordo com o Modelo do Stress e Coping (Wenzel et al., 2002), o impacto de um stressor é mediado através da avaliação que a pessoa faz desse mesmo stressor, o qual deve cumprir os seguintes critérios: a situação deve ser percebida como ameaçadora e os recursos disponíveis escassos para poder enfrentar essa mesma situação.

Por outro lado, desde a antiguidade, o conceito de medo, semelhante ao do *stress*, pode ser equiparado hoje em dia com o que conhecemos por ansiedade ou angústia. O medo era considerado como um poderoso agente motivador do comportamento (Tapia et al., 2007).

As principais definições teóricas de *stress* enfatizam a perceção como um importante componente responsável pela experiência do *stress*. De acordo com Lazarus & Folkman (1984), os eventos são avaliados como stressantes para a pessoa se foram percebidos como 1) relevantes para o seu bem-estar e, 2) terem o potencial de dano ou perda. As primeiras avaliações da demanda, podem resultar em novas perceções do *stress* como um desafio a ser superado e vencido ou como uma ameaça a ser suportada. Estas perceções consequentes podem influenciar as respostas psicológicas e fisiológicas ao estímulo stressor (Tomaka et al., 1993).

1.3. Personalidade

A pertinência dos modelos que explicam a Personalidade refere-se à explicação da conduta humana e de que forma a podemos prever.

O estudo da personalidade envolve diferentes áreas da ciência humana como a psiquiatria, psicologia, antropologia, sociologia, filosofia e, mais recentemente, a genética que explora o estudo dos fatores biológicos envolvidos na determinação dos traços de personalidade e perturbações psicológicas associadas (Natrielli, 2002).

Os primeiros esforços na definição do conceito de personalidade foram amplamente explorados por Allport (1937) conceituando a personalidade como estando influenciada por aspetos gerais e ambientais, Mais tarde, define-a como o conjunto de características herdadas e adquiridas (traços de personalidade) que tornam cada indivíduo único. Para Allport a personalidade era uma organização dos padrões de ajustamento, processo esse que pode decorrer ao longo do desenvolvimento do ser humano e durante toda a vida.

A personalidade desenvolve-se através da interação de disposições hereditárias e influências ambientais, como um reflexo do funcionamento intrínseco da arquitetura cerebral (Adelstein et al., 2011).

Os traços de personalidade são um dos melhores preditores para compreender o bem-estar subjetivo.

Neste estudo foi utilizado o *Modelo Psicobiológico da Personalidade* de Cloninger e col., que parte de duas grandes dimensões explicativas da personalidade, o temperamento e o caráter, e cujas aplicações para o estudo do comportamento humano tem evidenciado profundas contribuições nos diversos campos da ciência psicológica.

No *Modelo Psicobiológico da Personalidade* de Cloninger, a Personalidade é definida como uma organização dinâmica dos sistemas psicobiológicos que diz respeito à adaptação do indivíduo à experiência, e está relacionada com a maturação neurobiológica, experiências afetivas, das relações interpessoais, que funcionam como facilitadoras na modelação e adaptação do indivíduo ao meio em ambiente. Esta organização, interação dimensional e neurobiológica intrínseca ao indivíduo, dá origem a padrões de respostas referentes à busca da novidade (*novelty seeking*), ao evitamento de dano (*harm avoidance*) e à dependência de recompensa (*reward dependence*) (Cloninger et al., 1998).

1.3.1. Caráter

O carácter reflete as diferenças na aprendizagem que são influenciadas de forma significativa pela aprendizagem social, dependendo das experiências do sujeito. Esta dimensão é constituída por três sub-dimensões: *a Auto-Diretividade, a Cooperatividade e a Auto-transcedência.* A Auto-Diretividade implica a capacidade de auto-suficiência, confiança e auto-estima, orientando o indivíduo para objetivos, e capacitando-o para controlar e adaptar o seu comportamento de forma eficaz de acordo com os objetivos estabelecidos; a *Cooperatividade* diz respeito a diferenças individuais na aceitação dos outros. Esta dimensão implica uma conduta cooperativa, tolerante, empático e colaborativa da parte do indivíduo, com manifesto prazer de servir e cooperar com os outros, esforçando-se profundamente no sentido de cooperar para concretizar os objetivos e necessidades dos outros; a *Auto-Transcendência* está relacionada com a maturidade espiritual, o auto-conhecimento e o altruísmo, caracterizando-se como uma experiência extrassensorial e uma conexão intensa com a natureza no sentido de se viver e experienciar a vida como um todo (Cloninger, 1998).

O Caráter é pois definido em termos de auto-conceito incluindo a identificação do Self como indivíduo autónomo (Auto-Diretividade) como parte integrante da sociedade (Cooperatividade) e do Universo (Auto-transcendencia.). (Cloninger et al., 1993, 2005).

As dimensões do Caráter são também constituídas por treze facetas: cinco facetas da Auto-Diretividade: *responsabilidade, propósito, recursos, auto-aceitação e congruência*; cinco facetas da *Cooperatividade*: *aceitação social, empatia, altruísmo, compaixão e consciência*; e três facetas da *Auto-transcendência*: *abstração, identificação transpessoal e espiritualidade* (Cloninger et al., 1993).

Assim, a Auto-directividade ou Determinação é a identificação de si mesmo como indivíduo autónomo e quantifica os ideais e as conceções que um indivíduo tem em relação a si mesmo; o quanto as pessoas se responsabilizam pelos seus atos ou culpam outras pessoas ou circunstancias externas por isso; sentido de direção das suas vidas ou dúvidas e incertezas com objetivos a longo prazo; capacidade de resolver situações, ter iniciativa individual e identificar oportunidades (Cloninger et al., 1994).

A Cooperatividade é a identificação do Self como uma parte integrante da sociedade e da humanidade, reflete a conceção de um indivíduo no tocante à sociedade. Avalia a extensão de como os indivíduos aceitam e toleram as demais pessoas que têm opiniões e comportamentos diversos dos seus (aceitação social versus intolerância); como consideram os sentimentos dos demais comparados aos deles (empatia versus desinteresse social); descreve pessoas que gostam de ajudar os outros, distintas daquelas que tentam tirar proveito (sentimento de utilidade versus inutilidade), Cloninger (1995).

E a Auto-transcendência, é a identificação de si mesmo como uma parte integrante da unidade de todas as coisas de um todo interdependente e reflete o sistema de ideais do individuo em relação ao universo e a Deus (Aluja & Blanch, 2011).

Diversos estudos apontam para uma associação positiva significativa entre as dimensões do Caráter e o Bem-estar, nomeadamente a investigação feita por Cloninger e Zohar (2011) num estudo na população geral de Israel em que conclui que Auto-diretividade está fortemente associada com todos as dimensões do bem-estar, independentemente das interações com outras dimensões. A Cooperatividade foi fortemente associada à perceção de Suporte Social. A Auto-transcendência está fortemente associada com o Afeto Negativo e Afeto Positivo. Personalidade explicou quase metade da variação na felicidade e mais de um terço da variação no bem-estar. Em outro estudo de Josefsson et al., 2011 junto da população geral na Finlândia chegou a conclusões que apontam no mesmo sentido: Auto-diretividade está fortemente associado com todos os aspetos d0 bem-estar, independentemente de interações com outras dimensões. A Cooperatividade também está associada a várias dimensões do bem-estar, mas especialmente fortemente com o Suporte Social percebido. A Auto-transcendência está associada positivamente com o Afeto Negativo Afeto Positivo quando o efeito das outras dimensões do Caráter é tido em consideração.

Assim tendo em conta estes dois estudos em que as diferenças sócio culturais são tão diversas é possível dizer que há uma associação direta entre o Caráter e o Bem-estar. Uma das limitações do presente este tudo é não ter sido possível utilizar um grupo de controle constituído por indivíduos da população geral contudo partindo da conclusão acima referida procurou estudar se em sujeitos com profissão mais sujeita a altos níveis de Stress as dimensões de Caráter estariam associadas ao bem-estar.

Os controladores de Tráfego Aéreo (CTA) são diariamente confrontados com a exposição ao *stress* intenso, de onde resultam problemas de ordem física, psicológica e emocional gerando intensidade no ambiente de trabalho, e por conseguinte nas relações sociais no local de trabalho, e no seu universo pessoal e cultural. Todos os dias exige-se

que estejam prontos a tomar decisões criticas, muitas vezes em curtos espeço de tempo (escassos segundos) e podem enfrentar situações de atenção focada, exercícios de memória visual e verbal, capacidade de visualização e orientação espacial, tomadas de decisões criticas e urgentes, gestão do próprio ambiente de trabalho e da ergonomia do local. O facto de trabalharem por turnos rotativos, enfrentarem períodos de privação de sono torna a sua atividade mais stressante. É também, neste sentido, uma atividade capaz de lançar enormes desafios de gestão de relacionamentos interpessoais, no âmbito familiar e social. No presente estudo pretendeu-se elaborar um estudo descritivo sobre a perceção dos CTA´s relativamente ao *stress* a que estão sujeitos e à sua Qualidade de Vida subjetiva, e se existe alguma associação com a Personalidade nomeadamente na dimensão Caracter a fim de perceber qual o papel que tem na perceção da qualidade de vida e o modo como perceciona o stress. Deste modo poder-se-á adequar os instrumentos de avaliação psicológica vocacional de modo a garantir o acesso a profissão de indivíduos com determinadas características de caracter. Poder-se-á igualmente desenhar ou redesenhar novas intervenções na gestão do *stress* durante a carreira do individuo, dando-lhes hipóteses de melhorar a gestão do *stress* bem como a perceção da qualidade de vida.

Neste sentido, foram testadas as seguintes hipóteses:

H1 = Existem associações estatisticamente significas positivas entre as dimensões do TCI-R (Caráter), e o ESSS

H2 = Existem associações estatisticamente significativas positivas entre as dimensões do TCI-R (Caráter), e o WHOQOL,

H3 = Existem associações estatisticamente significas positivas entre as dimensões do TCI-R (Caráter), e o PANAS

H4 = Existem associações estatisticamente significativas negativas entre as dimensões do TCI-R (Caráter), e o *Stress*

H5 = Existem associações estatisticamente significativas negativas entre o *Stress* e as dimensões de Bem-estar

H6 = Existem associações estatisticamente significativas negativas entre a Tensão Arterial Máxima o Suporte Social

H7 = Existem associações estatisticamente significativas negativas entre a Tensão Arterial Máxima e a Qualidade de Vida

H8 = Existem associações estatisticamente significativas negativas entre o *Stress* e Satisfação Social

H9 = Existem associações estatisticamente significativas negativas entre o *Stress* e a Qualidade de Vida.

2. Metodologia

Para efeitos deste trabalho utilizou-se um estudo correlacional de acordo com a tipologia dos autores Montero e León (2007).

2.1. Participantes

O presente estudo empírico teve por base uma amostra constituída por 33 participantes, controladores de tráfego aéreo em operação efetiva. com idades compreendidas entre os 25 e os 56 anos de idade e média de idade 40,24 anos, funcionários dos serviços de tráfego aéreo de Portugal.

Para a seleção da amostra foram tidos em consideração os seguintes critérios de inclusão: *desempenhar a função de controlador de tráfego aéreo*.

Conforme apresentado na Tabela 1, a amostra total é constituída por 33 participantes, dos quais elementos do género masculino (N = 28, 84,8%) e do género feminino (N = 5, 15,2%).

Tabela 1.

Frequência e percentagem dos participantes por Género

Frequência, e percentagem dos participantes por Género		
	Amostra (n = 33)	
	N	%
Masculino	28	84,8%
Feminino	5	15,2%

Na Tabela 2, apresentam-se os dados de caracterização da amostra relativamente ao mínimo, máximo, média e desvio padrão da Idade por género.

Os participantes do género masculino apresentam a idade mínima de 28, máximo 56, a média 41,96 e o desvio padrão 9,693; e o género feminino a idade mínima de 25, a máxima 38, a média 30,60 e o desvio padrão 5,459.

Tabela 2:

Mínimo, Máximo, Média e Desvio Padrão da Idade por género

Mínimo, Máximo, Média e Padrão da Idade por género				
	Amostra (n = 33)			
	Mínimo	Máximo	Média	DP
Masculino	28	56	41,96	9,693
Feminino	25	38	30,60	5,459

Na Tabela 3 está apresentada a amostra de participantes por Habilitações Literárias, tendo a maioria dos participantes Licenciatura (n= 16, 48,5%) e Ensino Secundário (n=12, 36,4%).

Tabela 3.
Frequência e percentagem dos participantes por Habilitações Literárias

Frequência e percentagem dos participantes por Habilitações Literárias		
	Amostra (n = 33)	
	N	%
Ensino Secundário	12	36,4%
Bacharelato	3	9,1%
Licenciatura	16	48,5%
Mestrado	1	3%

Na Tabela 4 está apresentada a amostra de participantes por Estado Civil; sendo a maioria com o estado Casado (n=15, 45,5%) e Solteiro (n=11, 33,3%).

Tabela 4.
Frequência e percentagem dos participantes por Estado Civil

Frequência e percentagem dos participantes por Estado Civil		
	Amostra (n = 33)	
	N	%
Solteiro	11	33,3%
Casado	15	45,5%
União de Fato	3	9,1%
Divorciado	3	9,1%
Viúvo	1	3%

Na Tabela 5 está apresentada a amostra de participantes por Local de Trabalho; estando a maioria a trabalhar em Lisboa (n= 10, 30,3%) e Madeira (n=11, 33,3%).

Tabela 5.
Frequência e percentagem de participantes por Local de Trabalho

Frequência e percentagem de participantes por Local de Trabalho		
	Amostra (n = 33)	
	N	%
Lisboa	10	30,3%
Porto	7	21,2%
Faro	5	15,2%
Madeira	11	33,3%

Na Tabela 6 está apresentada a amostra de participantes por Prática de Desporto; Praticantes (n= 30, 93,8%), Não-praticantes (n=2, 6,3%).

Tabela 6.
Frequência e percentagem dos participantes por Prática de Desporto

Frequência e percentagem dos participantes por Prática de Desporto		
	Amostra (n = 32)	
	N	%
Sim	30	93,8%
Não	2	6,3%

2.2. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados cinco instrumentos de avaliação: um questionário sociodemográfico, TCI-R Escala de Temperamento e Carácter (Revista), a Escala de Perceção de Stress (EPS), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), o World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-Bref) e a Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) avalia a satisfação com o suporte social existente, assumindo que as medidas de perceção de suporte social explicam melhor a saúde do que as de suporte social tangível (Wethingson e Kessler, 1986).

A ESSS é constituída por 15 itens que são apresentados para autopreenchimento como um conjunto de afirmações. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação, numa escala de Likert com cinco posições, que varia entre "concordo totalmente", "concordo na maior parte", "não concordo nem discordo", "discordo a maior parte", e "discordo totalmente" a que são atribuídos os valores 1, 2, 3, 4 e 5 respetivamente. Os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, por serem formulados pela positiva são invertidos. Pontuações mais elevadas refletem maior nível de satisfação com o suporte social.

A ESSS é constituída por 4 subdomínios: O primeiro, a "satisfação com amigos", mede a satisfação com as amizades/amigos que tem, inclui cinco itens, que têm uma consistência interna de (Alpha de Cronbach) 0,83. Este fator explica 35% da variância total. O segundo, a "intimidade", mede a perceção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens que têm uma consistência interna de (Alpha de

Cronbach) 0,74 e o fator explica 12,1%. da variância total. O terceiro subdomínio, "satisfação com a família", mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens, que têm uma consistência interna de (Alpha de Cronbach) 0,74 e o fator explica 8,7% da variância total. O quarto subdomínio, "atividades sociais", mede a satisfação com as atividades sociais que realiza. Inclui três itens que têm uma consistência interna de (Alpha de Cronbach) 0,64 e o facto explica 7,3% da variância total. Os quatro subdomínios explicam 63,1% da variância total e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala total é de 0,85. (De Brito, Ribeiro e Lopes, 2003).

WHOQOL - Avaliação da Qualidade de Vida da OMS

A versão Portuguesa do WHOQOL-Bref é composta por cinco domínios: o *Domínio Físico* que inclui as facetas (Dor e desconforto, Energia e fadiga, Sono e repouso, Mobilidade, Atividades da vida cotidiana, Dependência de medicação ou de tratamentos, Capacidade de trabalho); o *Domínio Psicológico* que inclui as facetas (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima, imagem corporal e aparência e sentimentos negativos); o *Domínio Psicológico*, que inclui as facetas (Sentimentos positivos, Pensar, aprender, memória e concentração; Auto-estima, Imagem corporal e aparência, Sentimentos negativos e Espiritualidade/religião/crenças pessoais); o *Domínio Relações sociais* que contem as facetas: relações pessoais, suporte (Apoio) social e atividade sexual; o *Domínio Ambiente*, que inclui as facetas, (Segurança física e proteção, Ambiente no lar, Recursos financeiros, Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima), Transporte); Domínio Aspetos Espirituais / Religião/ Crenças pessoais, com uma única faceta, espiritualidade/religião/crenças pessoais.

As questões do WHOQOL são formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito -muito satisfeito; muito ruim - muito bom).

O WHOQOL-bref apresentou boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e fiabilidade teste-reteste, utilizando uma amostra heterogénea de pacientes com diferentes doenças e tratados tanto em regime ambulatório como hospitalar. A consistência interna do WHOQOL-bref medida pelo coeficiente a de Cronbach foi boa (Vaz-Serra et al.,2006).

PANAS - Afeto Positivo e Afeto Negativo

A escala PANAS - Positive and Negative Affect Schedule avalia o afeto positivo e o afeto negativo. Os seus autores concluíram que o afeto emerge consistentemente nas análises fatoriais com duas dimensões independentes: o afeto positivo e o afeto negativo (Watson, Clark & Tellegen, 1988)

A escala PANAS é uma escala que mede o afeto negativo e o afeto positivo e é composta por duas medidas com 10 itens, que incluem a lista de afetos positivos e uma lista de afetos negativos que a constituem. Os sujeitos escolhem quais as palavras que descrevem os afetos que costumam sentir mais frequentemente. Um maior score de cada de afeto positivo reflete uma pessoa integrada e entusiasmada com a sua vida enquanto um resultado mais elevado no afeto negativo refere-se a uma pessoa em *distress* e perturbada com a vida. Ao nível da consistência interna, observar os valores: Alpha de Cronbach para a escala de afeto positivo $\alpha = 0,86$; e para a escala de afeto negativo $\alpha = 0,89$ (Galinha e Pais Ribeiro, 2005).

Escala de Perceção de Stresse (EPS)

A Escala de Perceção de Stresse (EPS) é uma medida global de *stress* que avalia o grau em que um individuo aprecia as suas situações de vida como stressantes. (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983).

As respostas são dadas numa escala ordinal de cinco posições, acerca da frequência com que os sentimentos ou pensamentos ocorreram, variando entre "nunca" e "muitas vezes" (com uma classificação entre 0 e 4). Os itens formulados pela positiva, que os autores designam como itens positivos, são os 4, 5, 6, 7, 9, 10, e 12 e os itens restantes, formulados pela negativa (itens negativos). A pontuação total é obtida através da soma dos itens, cuja nota mais elevada corresponda maior *stress* (Pais Ribeiro e Marques, 2009).

A consistência interna, Alfa de Cronbach, da EPS é 0,88 sendo uma escala breve com adequada consistência interna de acordo com a teoria clássica dos testes (classic test theory). A adaptação do EPS a população portuguesa foi realizada por J. Pais Ribeiro e T. Marques (2009).

TCI-R – Inventário do Temperamento e Caráter

O Inventário de Temperamento e Carácter, versão revista – TCI-R (Cloninger, 1999), é um questionário de auto-relato, composto por 240 itens, concebido para quantificar as diferenças individuais de cada uma das 7 dimensões básicas da personalidade postuladas pelo modelo psicobiológico de Cloninger, nomeadamente, 4 traços de Temperamento (Evitamento do Perigo, Procura da Novidade, Dependência da Recompensa e a Persistência) e 3 traços de Carácter (Auto-Diretividade, Cooperatividade e a Auto-Transcendência). Para efeitos deste estudo foi utilizada apenas a dimensão do carácter (Cloninger, 1998).

Os itens são classificados numa escala de Likert com 5 opções de resposta: "Completamente Falso", "Maioritariamente Falso", "Nem verdadeiro, nem falso", "Maioritariamente Verdadeiro" e "Completamente Verdadeiro". (De Fruyt et al., 2000).

O estudo de avaliação da equivalência da versão Portuguesa (Moreira et al., em preparação), indicam boa consistência interna para todas as dimensões com valores de coeficiente de Cronbach *alfa* acima de 0.84, excepto para *Novelty Seeking* (NS) e *Reward Dependence* (RD) (0,79 e 0,80, respectivamente).

2.3. Procedimentos

2.3.1. Procedimentos de recolha de dados

Para a recolha de dados, foi solicitada a colaboração da empresa NAV – Portugal EP, onde trabalham todos os participantes controladores de tráfego aéreo, no sentido de poder ser divulgada uma carta em que se explicava resumidamente o objetivo da recolha de dados, a metodologia dessa recolha e um apelo à colaboração.

Foi igualmente solicitado às chefias dos serviços de prestação de serviço de Tráfego Aéreo - Air Traffic Services (ATS) de Lisboa, Porto Faro e Funchal, que os intervenientes pudessem participar neste trabalho, à entrada ou saída do seu turno de trabalho, bem como a cedência de um espaço em cada órgão (ATS) para o efeito. Garantida a divulgação e colaboração dos responsáveis locais, foram marcadas datas para a recolha de dados através dos instrumentos que compõem esta investigação, em cada local de trabalho dos Controladores de Tráfego Aéreo (CTA).

Nos dias e locais acordados iniciou-se o processo de recolha de dados. Antes da entrada no espaço que foi apropriado à recolha de dados, nomeadamente a sala de formação dos serviços ATS, foi entregue de uma carta de consentimento informado para participação no estudo dando garantias da confidencialidade e solicitando a mesma a cada participante. De seguida, foram apresentados individualmente aos CTA´s o conjunto de instrumentos que compõem o presente estudo.

A ordem dos questionários distribuídos foi aleatória entre os sujeitos participantes, após a conclusão foi realizada uma pausa de aproximadamente uma hora. Depois de terminado a recolha de dados de cada CTA e verificado se tinha respondido a todos os instrumentos, era convidado a colocar o compósito num envelope e fechá-lo. Este procedimento foi repetido em cada um dos locais onde foi feita a recolha de dados.

Devido a grande dispersão geográfica e à amplitude de turnos, a recolha foi limitada no tempo, no mínimo abrangendo 3 turnos num único dia, e 3 dias em cada serviço *Air Traffic Service* ATS.

Após a conclusão desta fase de recolha de dados, os envelopes contendo os instrumentos preenchidos, foram abertos e procedeu-se e a exclusão dos instrumentos que não tivessem o mínimo de respostas completas para serem considerados válidos, e que anularam todo o conjunto de questionários referentes ao respetivo sujeito.

2.3.2. Procedimentos de análise dos dados

Para a apresentação adequada dos dados obtidos, recorreu-se ao uso de tabelas, com os respetivos dados estatísticos obtidos, os quais serão antecedidos da respetiva análise.

Obteve-se a análise dos dados por estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o *software* SPSS-21.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Tendo em consideração o cumprimento dos critérios necessários para a realização de testes de hipóteses paramétricos conclui-se que a amostra segue uma distribuição normal nas variáveis do Bem-estar e Caráter. (Maroco, 2014).

Para verificar a correlação entre as variáveis que seguem uma distribuição normal (Dimensões do Caráter, Afeto Negativo Afeto Positivo, Suporte Social, Qualidade de Vida e Stress) foi utilizado, o Teste de Correlação de Pearson. Este coeficiente mede a intensidade e a direção da associação de tipo linear entre duas variáveis quantitativas. Foi também utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman que é uma medida de associação não paramétrica entre variáveis que não seguem uma distribuição normal (Tempo de exercício da profissão, Prática desporto, Tensão arterial mínima e Tensão arterial máxima) e são ordinais em termos de escala (Este coeficiente

é obtido através da substituição dos valores das observações pelas respetivas ordens. As medidas de associação quantificam a intensidade e a direção da associação entre duas variáveis (Maroco, 2014).

3. Resultados

O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre o *Bem-estar Subjetivo,* o *Stress e Personalidade (Caráter),* em controladores de tráfego aéreo.

Na tabela 7, estão apresentadas as associações do teste de Correlação de Pearson entre as dimensões do Caráter (TCI-R), *Cooperatividade e Auto-transcendência,* o ESSS, o WHOQOL o PANAS (Afeto Positivo e Afeto Negativo) e o ESSS.

A Auto-Diretividade (Caráter, TCI-R) apresenta uma associação negativa com o *Stress* (*r*= -,509, *p*=0,01) e uma associação positiva com o *ESSS* (*r*= ,356, *p*=0,05) e o *WHOQOL* (*r*= ,558, *p*=0,01); a sub-dimensão *TCI_ Cooperatividade* apresenta associações positivas com o ESSS (*r*= ,397, *p*=0,05); o *WHOQOL* (*r*= ,562, *p=0,01*)) e uma associação negativa com o *Stress* (*r*= -,418, *p=0,01*); a sub-dimensão *TCI_Auto-Transcendência* apresenta associações positivas com *ESSS* (*r*= ,443, *p=0,01*) e com o *PANAS* (*r*= ,552, *p=0,01*); o *ESSS* apresenta uma associação negativa com o *Stress* (*r*= -,396, *p=0,05*) e associações positivas com o WHOQOL (*r*= ,412, *p=0,05*) e o PANAS (*r*= ,365, *p=0,01*). O WHOQOL apresenta associações negativas com o *Stress* (*r*= ,416, *p=0,05*) e com o PANAS (*r*= ,392, *p=0,05*). O PANAS apresenta associação positiva com todas as dimensões do Caráter: com a Auto-Diretividade (*r*= ,249, *p*=0,05), com a Cooperatividade (*r*= ,3319, *p*=0,05) e associação significativa com a Auto-transcendência (*r*= ,552, *p*=0,01).

Tabela 7:
Correlação de Pearson entre as sub-dimensões do TCI-R (Carácter), o ESSS, o WHOQOL, o Stress e o PANAS (Afeto Positivo e Afeto Negativo) (n= 33).

	TCI_ Determ.	TCI_ Coop.	TCI_ A.Transc.	ESSS	WHOQOL	STRESS
ESSS	**,356***	**,397***	**,443****			
WHOQOL	**,558****	**,562****	,335	**,412***		
STRESS	**-,509****	**-,418****	-,034	**-,396***	**-,416***	
PANAS	,249	,319	**,552****	**,365****	**,410***	,060

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Na Tabela 8, estão apresentadas as associações do teste de Correlação de Spearman, entre as dimensões *TCI-R* (Carácter), *EPS* (*Stress*), *ESSS* (Suporte Social), *WHOQOL* (Qualidade de Vida), *PANAS* (Afeto Positivo e Afeto Negativo), *Tempo de Profissão, Frequência da Prática de Desporto, Tensão Arterial Mínima* e *Tensão Arterial Máxima.*

Relativamente às dimensões do TCI-R (Carácter), os resultados indicam uma associação positiva entre a Auto-Diretividade e a Qualidade de Vida (r= ,367, p=0,05) ; mostram uma associações positivas entre *Cooperatividade* e o *ESSS* (r= ,445, p=0,01); a Cooperatividade e o *WHOQOL* (r= ,450, p=0,01) e a Cooperatividade e o *PANAS* (r= ,408, p=0,019); Há ainda associações positiva da *Auto-Transcendência* com o Suporte Social (r= ,376, p=0,05); Auto-transcendência e a Qualidade de Vida (r= ,392, p=0,05) e Auto-transcendência e o PANAS (r= ,434, p=0,05).

Os resultados indicam ainda associações significativas relativamente à *Tensão Arterial, isto é,* uma associação negativa entre a *Tensão Arterial Máxima* e o *Suporte Social* (r= -,364, p=0,05) e a Qualidade de Vida (r= -,408, p=0,05).

Relativamente ao Suporte Social podemos verificar associações negativas com a *Tensão Arterial Máxima* (*r*= -,364, *p*=0,05) e com o *Stress* (*r*= -,382, *p*=0,05) e associações positivas entre Suporte Social e a *TCI-R Cooperatividade* (*r*= -0,445, *p*=0,01) e Suporte Social e a o *TCI-R Auto-Transcendência* (*r*= ,376, *p*=0,01).

Os resultados indicam ainda uma associação relativamente à Qualidade de Vida, *isto é,* uma associação positiva significativo entre a Qualidade de Vida e o *TCI-R Auto-Diretividade* (*r*= ,614, *p=0,05*); Qualidade de Vida e a *TCI-R Cooperatividade* (*r*=,450, *p=0,01*)e a Qualidade de Vida e a *TCI-R Auto-Transcendência* (*r*=,392, *p=0,05*), e a Qualidade de Vida e o ESSS (*r*= ,364, *p=0,05*) e uma associação negativa entre a Qualidade de Vida a *Tensão Arterial Máxima* (*r*= -,408, *p=0,05*).

O *PANAS* indicou associação positivas com *TCI-R Cooperatividade* (*r*= ,408, *p=0,05*), com o *TCI-R Auto-Transcendência* (*r*= ,434, *p=0,05*) e com a WHOQOL Qualidade de vida (*r*= , 376, *p*=0,05)

Tabela 8:
Correlação de Spearman das dimensões TCI-R (Caráter), Tempo de Profissão, Prática de Desporto, Tensão Arterial Mínima e Tensão Arterial (n=33).

	Tempo Profissão	Prática de Desporto	Tensão Arterial_Max	Tensão Arterial_Min
STRESS	-,273	,141	,196	,010
ESSS	,242	,035	**-,364***	-,192
WHOQOL	,061	-,210	**-,408***	,148
PANAS	-,161	-,266	-,180	,321

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 9: *Correlação de Pearson das facetas (Auto-Diretividade), Responsabilidade, Propósito, Recursos, Auto-aceitação, Congruência, Suporte Social (ESSS), Qualidade de Vida (WHOQOL), Stress Afeto Negativo Afeto Positivo (PANAS) (n=33).*

	ESSS	WHOQOL	STRESS	PANAS
SD1_Responsabilidade	,263	**,464****	**-,384***	,173
SD2_Propósito	,212	**,432***	-,242	,224
SD3_Recursos	,275	**,550****	**-,635****	,200
SD4_Auto_Aceitação	,246	,304	**-,384***	,188
SD5_Congruência	,307	**,435***	-,275	,160

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).
**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na tabela 9, estão apresentadas as associações do teste de correlação de *Pearson* entre ESSS, WHOQOL, Stress e PANAS e as sub-dimensões da Auto-Diretividade (Carácter). *Responsabilidade, Propósito, Recursos, Auto-Aceitação e Congruência*.

O WHOQOL apresenta associações positivas com a *Responsabilidade* (*r*= ,464, *p*=0,01), WHOQOL com o *Propósito* (*r*= ,432, *p*=0,05) o WHOQOL com os *Recursos* (*r*= ,550, *p*=0,01) e WHOQOL com a *Congruência* (*r*= ,435, *p*=0,05).

O *Stress* apresentou associações negativas com Responsabilidade (*r*= -,384, *p*=0,05), *Stress* com os Recursos (*r*= -,635, *p*=0,01) e o *Stress* com a Auto-aceitação (*r*= -,384, *p*=0,05)

Tabela 10:
Correlação das facetas (Cooperatividade) Aceitação, Empatia, Altruísmo, Compaixão, Consciência, Suporte Social (ESSS), Qualidade de Vida (WHOQOL), Stress e Afeto Negativo Afeto Positivo (PANAS) (n=33).

	ESSS	WHOQOL	STRESS	PANAS
C1_Aceitação	**,382***	**,431***	**-,529****	,178
C2_Empatia	**,569****	**,618****	-,336	,330
C3_Altruismo	**,367***	**,587****	-,207	**,483****
C4_Compaixão	,217	,396*	-,273	,269
C5_Consciência	,202	,326	-,303	,087

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).
**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na tabela B estão apresentadas as associações do teste de correlação de *Pearson* entre ESSS, WHOQOL, Stress e PANAS e as sub-dimensões da Cooperatividade (Carácter), *Aceitação*, *Empatia, Altruísmo*, *Compaixão e Consciência*.

O ESSS apresenta associações positivas com *Aceitação* (*r*= ,382, *p*=0,05) o ESSS com a *Empatia* (*r*= ,569, *p*=0,01), e o ESSS com o *Altruísmo* (*r*= ,367, *p*=0,05).

O WHOQOL apresenta associações positivas com a *Aceitação* (*r*= ,431, *p*=0,05), WHOQOL com a *Empatia (r*= ,618, *p*=0,01), O WHOQOL com o *Altruísmos (r*= ,587, *p*=0,01) e O WHOQOL com a *Compaixão (r*= ,396, *p*=0.05).

O PANAS apresenta uma associação positiva com *Altruísmo* (*r*= ,483, *p*=0,01)

O *Stress* apresenta associação negativa com a *Aceitação* (*r*= -,529, *p*=0,01).

Tabela 11: *Correlação das facetas (Auto-Transcendência), Abstração, Identificação Transpessoal, Espiritualidade, Suporte Social (ESSS), Qualidade de Vida (WHOQOL), Stress e Afeto Negativo Afeto Positivo (PANAS) (n=33).*

	ESSS	WHOQOL	STRESS	PANAS
ST1_Abstração	**,365***	,324	,023	**,477****
ST2_Identificação Transpessoal	**,512****	**,480****	-,290	**,435***
ST3_Espiritualidade	,113	-,053	,175	,320

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na tabela C estão apresentadas as associações do teste de correlação de *Pearson* entre ESSS, WHOQOL, Stress e PANAS e as sub-dimensões da Auto-Transcendência (Carácter), *Abstração, Indentidade Transpessoal e Espiritualidade*.

O ESSS apresenta associação positiva com a Abstração (*r*= ,365, *p*=0,05) e o ESSS com a *Identidade e Transcendência* (*r*= ,512, *p*=0,01).

O WHOQOL apresenta associações positiva com a *Identidade e Transpessoal* (*r*= ,480, *p*=0,01).

O PANAS apresenta associações positivas com a *Abstração* (*r*= ,477, *p*=0,01) e PANAS com a *Identidade e Transpessoal* (*r*= ,435, *p*=0,05).

4. Discussão dos resultados

Os resultados deste estudo apontam para a existência de associações significativas positivas entre as três sub-escalas do TCI (*Auto-Diretividade, Cooperatividade* e *Auto-Transcendência*) e *ESSS, WHOQOL, Afeto Positivo (PANAS*) e *Afeto Negativo (PANAS)* e associações negativas significativas entre as sub-escalas do TCI (*Auto-Diretividade, Cooperatividade e Auto-transcendência*) e o *Stress*. O *Stress* tem associações negativas com os indicadores de Bem-estar. A Tensão Arterial máxima tem uma associação negativa com a Suporte Social e com a Qualidade de vida. Os resultados indicam também associações entre os constructos ESSS, WHOQOL, *Stress* e PANAS bem como entre a Tensão Arterial Máxima e o Suporte Social e a Qualidade de Vida.

1. Dimensões do Caráter e Bem-estar

1.1 Dimensões do Caráter e Stress.

Os resultados indicam a existência de associação significativa negativa entre o *Stress a Auto-Diretividade (TCI-R)* e a *Cooperatividade (TCI-R),* o que significa que sujeitos com altos níveis de *Stress* tendem a ter menores níveis de Cooperatividade e de Auto-Diretividade relatam menores respostas de *stress.* O *stress* é amplamente definido como um estado no qual as exigências ambientais e internas ou ambas, marcam ou excedem os recursos adaptativos de um sistema individual e social (Monat & Lazarus, 1991). As principais definições teóricas de *stress* enfatizam a perceção como um importante componente responsável pela experiência do *stress*. De acordo com Lazarus & Folkman (1984), os eventos são avaliados como stressantes para a pessoa se foram

percebidos como 1) relevantes para o seu bem-estar e, 2) terem o potencial de dano ou perda. As primeiras avaliações da demanda, podem resultar em novas perceções do *stress* como um desafio a ser superado e vencido ou como uma ameaça a ser suportada. Estas perceções consequentes podem influenciar as respostas psicológicas e fisiológicas ao estímulo stressor (Tomaka et al., 1993).

A Cooperatividade diz respeito a um traço de personalidade que tem que ver com o grau em que uma pessoa é geralmente agradável nas suas relações com os outros. Cloninger (1993) descreveu a Cooperatividade como um traço que está relacionado com o quanto as pessoas se identificam com os outros e os aceitam. A *Auto-Diretividade* implica a capacidade de auto-suficiência, confiança e auto-estima, orientando o individuo para objetivos, e capacitando-o para controlar e adaptar o seu comportamento de forma eficaz de acordo com os objetivos estabelecidos (Cloninger, 1993). As pesquisas feitas por Cloninger (1993) demonstraram que uma baixa Cooperatividade está associada a quase todas as perturbações de personalidade. A Cooperatividade é conceptualmente semelhante e está fortemente correlacionada com a afabilidade no Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade. A Cooperatividade é avaliada através de cinco sub-escalas: 1) aceitação social vs. intolerância; 2) empatia vs. desinteresse social; 3) prestabilidade vs. imprestabilidade; 4) compaixão vs. vingatividade; 5) valores morais vs. vantagens pessoais. De acordo com um estudo feito por Zeffane e McLoughlin (2006), o qual teve como objetivo avaliar a Cooperatividade e o *stress* numa equipa de trabalho, a satisfação no trabalho e a comunicação positiva com os superiores hierárquicos são fortes preditores de sentimentos de *stress* e de cooperação percebidos.

Os resultados indicam uma associação negativa entre a Auto-Diretividade e o *Stress*, o que significa que sujeitos com altos níveis de Auto-Diretividade tendem a ter

baixos níveis de *stress*. Pesquisas feitas com base na teoria da auto-determinação sugerem que menores níveis de *stress* estão associados com melhor funcionamento autónomo, maior atenção plena, maior interesse em eventos internos e em estilos de vida com foco na busca de objetivos extrínsecos, entre outros fatores (Weinstein & Ryan, 2011).

1.2 Dimensões do Caráter e Bem-estar

Os resultados apontam para uma associação negativa entre o suporte social e o *stress*, o que significa que sujeitos com altos níveis de suporte social, tendem a ter baixos níveis de *stress*. O suporte social pode atenuar ou prevenir a resposta ao *stress*. Isto é, a perceção que os outros podem e vão fornecer os recursos necessários, pode redefinir o potencial dano representado por uma situação e/ou evitar que uma situação em particular seja avaliada como altamente stressante. O apoio social pode aliviar o impacto da avaliação do *stress*, fornecendo uma solução para o problema, reduzindo a importância percebida do problema, de modo a que as pessoas fiquem menos reativas ao *stress* percebido, ou facilitando comportamentos saudáveis (House et al., 1988).

a) Auto-Diretividade e Qualidade de Vida

A sub-dimensão TCI_ Auto-Diretividade apresenta uma associação positiva com a Qualidade de Vida, o que significa que sujeitos com altos níveis de Auto-Diretividade tendem a ter altos níveis de Qualidade de Vida.

De acordo com o modelo proposto por Cloninger (1988), a Auto-Diretividade é a capacidade de manter um comportamento apesar da frustração, fadiga e/ou falta de recompensa. Trata-se de uma dimensão básica da personalidade que é caracterizada pelo grau em que o individuo vai continuar a esperar e a procurar recompensas mesmo

quando os resultados não são ou raramente são bem-sucedidos (Cloninger et al.,1993). Pessoas determinadas tendem a perceber a frustração e o cansaço como um desafio pessoal. Elas não desistem facilmente, de facto, tendem a trabalhar arduamente quando criticadas ou confrontadas com erros. Pessoas altamente determinadas tendem a ser bastante ambiciosas que estão dispostas a fazer vários sacrifícios para alcançarem o sucesso.

A Auto-Diretividade pode ser hereditária (Gillespie et al., 2003; Heath et al., 1994) na medida em que tem sido definida em termos de circuitos cerebrais que se encontram subjacentes e pelo seu papel no processamento de informação de estímulos emocionais (Gusnard et al., 2003), assim como as diferenças individuais resultantes das características comportamentais (Svrakic et al., 1993). Porém, a influência da Auto-Diretividade no comportamento e nos afetos tem sido pouco clara.

Alguns estudos realizados demonstraram que altos níveis de Auto-Diretividade estão relacionados com a Resiliência e a Emotividade (Cloninger et al., 1998; Garcia, 2011), enquanto outro estudo associou esta dimensão à Compulsão e à Emoção Negativa (Bulik et al.,2000; Fassino et al., 2004; Mulder et al., 1996). Pessoas altamente determinadas são descritas como tendo um comportamento determinado, persistente, consciencioso e ambicioso porque o seu entusiasmo e perseverança em trabalhar arduamente faz com que acabem por alcançar os seus objetivos. Por outro lado, individuos altamente determinados também tendem a ser perfecionistas e insatisfeitos com qualquer coisa, procurando a perfeição em tudo o que fazem, sentem que têm que ser os melhores em tudo aquilo que fazem (Fleet & Hewitt, 2002).

O excesso de ambição e de expectativas positivas exageradas pode fazer com que a pessoa tenha dúvidas compulsivas sobre si mesmo e julgamentos excessivamente rígidos sobre os outros, o que pode conduzir a uma série de problemas pessoais e sociais

relacionados com a ansiedade, compulsão e depressão (Beevers & Miller, 2004; Hamilton & Schweitzer, 2000).

No outro extremo, sujeitos com baixos níveis de Auto-Diretividade são descritos a nível de comportamento como vulneráveis e facilmente desencorajáveis (Cloninger et al., 1993). Consequentemente, eles têm tendência a ser sub-empreendedores quando as recompensas são intermitentes, isto é, quando os esforços não são continuamente reforçados. Contudo, os sujeitos com baixos níveis de Auto-Diretividade podem ser melhor sucedidos que os indivíduos com altos níveis de Auto-Diretividade quando as recompensas e as contingências vão mudando rapidamente ao longo do tempo, isto porque estes últimos são excessivamente condicionados por acontecimentos passados que não são preditivos dos resultados atuais (Cloninger et al., 1994).

b) Cooperatividade e Qualidade de Vida

Os resultados indicam a existência de associação significativa positiva entre a Cooperatividade e a Qualidade de Vida, o que significa que sujeitos com altos valores de Cooperatividade tendem a ter altos níveis de Qualidade de Vida.

c) Cooperatividade e Suporte Social

Os resultados indicam a existência de associação positiva entre a Cooperatividade e o suporte social, o que significa que sujeitos com altos níveis de Cooperatividade, tendem a ter altos níveis de suporte social.

d) Auto-transcendência e Suporte Social

Os resultados indicam a existência de associação significativa positiva entre a *ESSS* (Suporte Social) e a *Auto-Transcendência* (TCI), o que significa que sujeitos com altos valores de Suporte Social tendem a ter maiores níveis de Auto-Transcendência.

A Auto-Transcendência diz respeito ao interesse que as pessoas têm na procura de algo elevado, algo que vá mais além que a sua experiência individual. Segundo o modelo de Cloninger, a auto-transcendência pode ser manifestada através de uma compreensão intuitiva de aspetos elevados da humanidade, como a compaixão, a ética, a arte e a cultura. Sujeitos com altos níveis de auto-transcendência tendem relatam experiências frequentes de infinitude e inseparabilidade.

Da Auto-transcendência fazem parte características como a espiritualidade, o misticismo, o pensamento mágico e religioso, assim como a visão que a própria pessoa tem de ser parte integrante do universo. Este conceito relaciona-se também com a criatividade e com a imaginação e é composta por três áreas: 1) auto-abandono (abstração, imaginação e sensibilidade à beleza e à arte, perda de limites e fronteiras no espaço e no tempo); 2) identificação transpessoal (união e ligação espiritual e emocional com os outros, com a natureza e com o mundo); 3) aceitação espiritual (relações intuitivas e mágicas, experiências religiosas e compreensão do sentido verdadeiro da vida, auto-cognição transcendente).

O suporte social é definido como a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que demonstram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós (Sarason et al., 1983). De acordo com Cobb (1976), o suporte social pode ser agrupado em três categorias de informação: a informação que leva o individuo a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele; a informação que conduz o individuo a acreditar que é apreciado e valorizado; a

informação que leva o individuo a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas.

Um estudo realizado por Matthews e Ellyn (2008) com doentes com cancro, demonstrou que os efeitos positivos do otimismo no bem-estar emocional destes pacientes são mediados pelos seus níveis de auto-transcendência.

e) Auto-transcendência e Qualidade de vida

Os resultados deste estudo apontam para uma associação significativa positiva entre o *WHOQOL* (Qualidade de Vida) e a *Auto-Transcendência* (TCI), o que significa que sujeitos com altos níveis de qualidade de vida tendem a ter altos níveis de Auto-transcendência. Num estudo feito por Guerrero et al. (2009), sobre o efeito que a Auto-transcendência tem na qualidade de vida de pacientes com cancro, foi observado que a espiritualidade apresenta influência na qualidade de vida destes doentes. Quanto maior for a Auto-transcendência, melhor é a perceção da qualidade de vida que está associada a diversos domínios (psicossocial, físico, emocional, entre outros). Outro estudo, feito por Farren (2010), demonstrou que existem associações complexas e sinérgicas entre os vários fatores que contribuem para a qualidade de vida e a Auto-transcendência em pacientes que tiveram cancro da mama.

f) Auto-Transcendência e Afeto Negativo Afetos Positivo

Os resultados deste estudo apontam para uma associação significativa positiva entre o *Afeto Positivo (PANAS)* e *a Auto-Transcendência (TCI),* o que significa que sujeitos com altos níveis de afeto positivo tendem a ter altos níveis de Auto-transcendência. O termo *Auto-transcendência* tem sido amplamente utilizado para referir-se tanto a um processo de expansão (Levenson et al., 2005; Reed, 1991), como a

uma qualidade que surge como resultado deste processo, culminando numa visão estabilizada e ampliada do mundo (Maslow, 1971; Wilber, 2000). Na psicologia, Viktor Frankl (1966) definiu a Auto-transcendência como a uma parte integrante da capacidade do ser humano para criar significado. De acordo com Reed (1991), a Auto-transcendência é a capacidade de a pessoa expandir os seus próprios limites intrapessoais (para uma maior consciência de uma filosofia, valores e sonhos), interpessoais (para se relacionar com os outros e com o seu meio ambiente), temporais (de modo a integrar o passado e o futuro de uma maneira que tenha significado para o presente) e transpessoais (para se ligar a dimensões que vão para além do que é tipicamente percetível). Esta definição sugere que a Auto-transcendência influencia as relações que o individuo estabelece com ele próprio, com os outros, com o meio ambiente e com as forças cósmicas (Reed, 1991).

De acordo com o modelo de Cloninger (1993), a Auto-transcendência faz referência à identificação com tudo que é concebido como essencial e com as partes consequentes de um todo unificado (Cloninger et al., 1993). O Afeto Positivo representa a extensão na qual uma pessoa se sente entusiasmada, ativa e em estado de alerta (Watson et al.,1988). Um nível elevado de Afeto Positivo forma um estado de alta energia, plena concentração e prazer, enquanto um baixo Afeto Positivo caracteriza-se por tristeza e letargia. De acordo com os estudos mencionados, pode-se dizer então que níveis de transcendência elevados estão relacionados com a afetividade positiva, uma vez que a pessoa se sente mais ligada com o mundo à sua volta.

2. Bem-estar (ESSS, WHOQOL, STRESS e PANAS)

a) Qualidade de vida e Suporte Social

Os resultados deste estudo apontam para uma associação significativa positiva entre o *WHOQOL* (Qualidade de Vida) e o *ESSS* (Suporte Social), o que significa que sujeitos com altos níveis de qualidade de vida tendem a ter altos níveis de suporte social. Estes resultados encontram-se em harmonia com a maioria dos estudos encontrados, os quais referem que o suporte social tem impacto positivo na qualidade de vida das pessoas, especialmente em doentes. Carneiro et al. (2007), observou que os idosos que se encontravam isolados socialmente, com uma menor rede de apoio social apresentavam pior qualidade de vida.

O tipo de apoio social tem influência no nível de qualidade de vida, sendo que quanto maior for o apoio emocional menor será o *stress*, os sintomas depressivos e os sintomas ansiosos (Strine et al., 2008). Estudos feitos anteriormente revelaram que um elevado suporte social pode melhorar a qualidade de vida de pacientes com perturbações mentais (Yanos et al., 2001).

O suporte social atenua o impacto dos efeitos de experiências stressantes, tais como aquelas que se encontram relacionadas com a saúde mental (Swindells et al., 1999). O suporte social também pode servir como moderador dos efeitos da dor, certas limitações funcionais e depressão (Blixen & Kippes, 1999).

A quantidade de relações sociais é preditor da qualidade de vida subjetiva (Baker et al. 1992). O apoio social pode promover a recuperação em pacientes com perturbações mentais severas, especialmente quando o mesmo se caracteriza por uma ampla rede de relacionamentos (Goldberg et al., 2003).

b) PANAS (Afeto Positivo e Afeto Negativo) e Suporte Social

Os resultados apontam para uma associação significativa positiva entre o *Afeto Positivo (PANAS)* e o *ESSS (Suporte Social)*, o que significa que sujeitos com altos níveis de *Afeto Positivo* tendem a ter perceção positiva acerca do suporte social, ESSS Suporte Social. Estes resultados são consistentes com a maioria encontrada nesta área. As pesquisas têm demonstrado que indivíduos felizes tendem a ter uma boa rede de apoio social, ou seja, os sujeitos que têm relacionamentos satisfatórios relatam sentirem-se frequentemente mais felizes do que aqueles que não têm relacionamentos satisfatórios (Diener & Seligman, 2002). Contudo, ainda não é claro o porquê de ter relacionamentos satisfatórios ser tão benéfico. Uma das hipóteses para esta questão é a de que os sujeitos que têm relacionamentos satisfatórios podem obter apoio quando precisam, ao contrário daqueles que não têm. Outra possibilidade é a de que o pensamento ou expectativa da capacidade de confiar em alguém quando precisam é reconfortante e contribui para o sentimento de bem-estar.

Num estudo realizado por Paschoal et al. (2010), verificou-se que o suporte social tem impacto direto no bem-estar dos indivíduos em contexto de trabalho. Outro estudo levado a cabo por Guedea et al. (2006) com idosos apontou para uma associação positiva entre os afetos positivos e a satisfação do apoio social recebido. O bem-estar subjetivo está também relacionado com um envelhecimento mais saudável (Gracia, 1997), é um indicador de saúde mental e sinónimo de felicidade, ajuste e integração social (Anguas, 1997). O bem-estar aparece associado de forma negativa a sintomas depressivos e a doenças físicas (Martínez & García).

c) PANAS (Afeto Positivo e Afeto Negativo) e Qualidade de Vida

Foi encontrada uma associação significativa e positiva entre o *Afeto Positivo (PANAS)* e o *WHOQOL (Qualidade de vida)*, o que significa que sujeitos com altos níveis de Afeto Positivo tendem a ter altos níveis de qualidade de vida. Num estudo feito por Singh & Jha (2008), o afeto positivo, a felicidade e a satisfação com a vida também apareceram positivamente correlacionados. O bem-estar subjetivo, a satisfação com a vida, a felicidade e a qualidade de vida são termos que parecem estar relacionados. O bem-estar subjetivo reflete a medida em que as pessoas sentem e pensam que a sua vida está a correr bem (Lucas & Donnellan, 2007). A satisfação com a vida é definida como o aspeto cognitivo do bem-estar subjetivo e faz menção à avaliação global que a pessoa faz da sua qualidade de vida (Peterson, Park & Seligman, 2005).

Diener, Suh & Oishi (1997) propuseram que o bem-estar subjetivo é um constructo multidimensional que consiste em três componentes distintos: 1) a presença de afeto positivo; 2) a falta de afeto negativo; e 3) a avaliação que as pessoas fazem dos seus eventos de vida (Diener et al.,1997; Arthaud-Day et al., 2005). Este terceiro componente é definido como satisfação com a vida e distingue-se da avaliação afetiva uma vez que é conduzida mais cognitivamente que emocionalmente. As avaliações que os sujeitos fazem das suas vidas envolvem tanto uma avaliação cognitiva como um nível de Afeto Positivo ou negativo (Andrews & Withey, 1976).

O Afeto Positivo e o Afeto Negativo são duas dimensões independentes. O Afeto Positivo faz referência ao grau em que o individuo experiencia de modo positivo os seus eventos de vida, tais como alegria, interesse e confiança. O Afeto Negativo, por sua vez, diz respeito ao grau em que o individuo experiencia estados emocionais negativos, tais como medo, tristeza, raiva, culpa e desprezo (Snyder & Lopez, 2002). O

conceito de felicidade pode ser definido o nível médio de satisfação durante um período específico, a frequência e o grau de manifestações de Afeto Positivo e a ausência relativa de Afetos Negativos (Argyle, Martin & Crossland, 1989).

d) PANAS (Afeto Negativo Afeto Positivo) e Suporte Social

Os resultados deste estudo apontam também para uma associação positiva entre o *Afeto Negativo e Afeto Positivo (PANAS)* e *o ESSS (Suporte Social),* o que significa que há uma tendência para que sujeitos com altos valores de *Afeto Negativo e Afeto Negativo* tenham altos valores de *Suporte Social*. Estes resultados são congruentes com a maioria dos estudos encontrados os quais demonstraram que o suporte social ajuda as pessoas a lidarem com vários problemas de vida e com o *stress* emocional (Cobb, 1976; House, 1981; Turner, 1981). Uma rede de apoio composta por família, amigos e colegas de trabalho ajuda as pessoas a ultrapassar situações difíceis. Contudo, convém referir que não é quantidade ou número de relações sociais que a pessoa tem que vai interferir no seu bem-estar, mas sim a qualidade dessas mesmas relações (Dubow & Ullman, 1989).

Por exemplo, ter um grande grupo de amigos pode não ter influência positiva no bem-estar da pessoa caso ela não receba o apoio que realmente necessita. Estudos mais antigos mostraram que o apoio social é bastante benéfico para o bem-estar geral da pessoa (Cobb, 1976; Turner, 1981). O apoio emocional torna-se uma vantagem numa grande variedade de situações stressantes (Cohen & Wills, 1985). Cohen & Wills (1985) sugerem que o apoio social fornece emoções positivas, sentimentos de previsibilidade e estabilidade na vida, e reforçam também a auto-estima. Além disso, a falta de apoio social positivo pode resultar em condições psicológicas negativas como a depressão e a ansiedade. Sendo assim, o apoio social torna-se crucial para a melhoria do

bem-estar geral de uma pessoa. Um bom suporte social pode melhorar consideravelmente ou realçar os aspetos positivos de uma situação considerada negativa. De facto, existem evidências de que existe relação entre apoio social e reavaliação de situações e emoções. Por exemplo, um estudo transversal realizado em mulheres com artrite reumatóide mostrou que o apoio social pode contribuir para a capacidade de lidar com a doença o que, por sua vez, pode melhorar o bem-estar geral (Manne & Zautra, 1989).

Neste estudo, o apoio social recebido por parte dos maridos apareceu associado positivamente com a capacidade das pacientes em reavaliar as suas emoções. Cohen & Wills (1985), propuseram a hipótese de que os comportamentos de apoio social funcionam como um atenuador, protegendo os sujeitos de emoções negativas causadas por eventos potencialmente stressantes. O *stress* é causado quando o individuo avalia uma situação como ameaçadora e não dispõe de estratégias de *coping* adequadas para lidar com ela (Lazarus, 1966). Isto faz com que apareçam sentimentos de vulnerabilidade e de baixa auto-estima.

De acordo com a hipótese proposta por Cohen & Wills (1985), o suporte social pode evitar a avaliação negativa do acontecimento ou reduzir os efeitos negativos do mesmo, o que faz com que tenha efeitos benéficos sobre o bem-estar emocional. Assim sendo, existe uma sugestão de que apoio social tem influência nas estratégias de regulação das emoções dos indivíduos.

Ter uma rede forte e positiva de apoio social pode ajudar as pessoas a focar a sua atenção nos aspetos positivos de uma situação stressante (Pearlin & Schooler, 1978). Pelo contrário, ter uma rede negativa de suporte social pode prejudicar a capacidade da pessoa perante uma situação stressante, fazendo com que atue de forma disfuncional. Alguns exemplos de suporte social negativo incluem a avaliação de situações de modo

mais stressante, o foco nos aspetos negativos da situação e mesmo a sugestão de estratégias descontrutivas de regulação emocional.

e) PANAS (Afeto Positivo e Afeto Negativo) e Qualidade de Vida

Os resultados deste estudo apontam para a existência de uma associação positiva entre o *Afeto Negativo (PANAS)* e *o WHOQOL (Qualidade de Vida)*, o que significa que sujeitos com altos valores de *PANAS* tendem a ter altos valores de *Qualidade de Vida*. Estes resultados confirmam que sujeitos com altos valores de Afeto Negativo (parte integrante dos PANAS, o Afeto negativo) estão mais suscetíveis a experienciar níveis significantes de *stress* e de insatisfação. A tendência ou pré-disposição para dirigir respostas afetivas negativas durante um longo período de tempo está associada com o aumento da vulnerabilidade ao *stress* (Costa & McCrae, 1985) e também parece desempenhar um papel importante no aparecimento e progressão de doenças físicas (Watson & Pennebaker, 1989).

As evidências indicam que o PANAS está fortemente associado ao *stress* e às queixas de saúde (Watson et al., 1994). Além disso, o PANAS apareceu relacionado com o neuroticismo, o qual por sua vez é apontado como passível de baixar o bem-estar (DeNeve and Cooper, 1998). Sujeitos com altos níveis de afeto negativo estão mais propensos a sofrer de *stress* em comparação com aqueles que apresentam baixos níveis nesta dimensão (Vassend et al., 1995). Esta dimensão aparece também associada com o comprometimento do sistema imunitário (Herbert and Cohen, 1993). Consequentemente, é de se esperar que PANAS seja é um preditor importante da qualidade de vida. Contudo, os estudos feitos com a qualidade de vida nem sempre controlam e avaliam a influência desta dimensão. Porém, a maioria do corpo empírico que avaliou a qualidade de vida e o Afeto Negativo e Afeto Positivo aponta para uma

associação consistente e significativa entre os dois constructos. Reich et al. (1987), avaliaram a qualidade de vida em idosos e relataram uma associação moderada entre a qualidade de vida e o Afeto Negativo e Afeto Positivo. Efklides et al., (2003), numa amostra também de idosos, verificou que o PANAS é um preditor importante do bem-estar subjetivo e da felicidade.

Zautra et al. (1995), num estudo feito com pacientes com artrite reumatóide, verificaram que o PANAS está significativamente associado com a dor e com a limitação da atividade. Denollet et al., (2000) seguiu durante 5 anos o prognóstico de 319 pacientes com doença coronária e descobriu que o PANAS é um preditor da não adesão ao tratamento, reduz a qualidade de vida e aumenta o risco de problemas cardíacos. Além disso, a evidência mais consistente da associação entre PANAS (afeto) e saúde física foi demonstrada por Eysenck (1991) que verificou que as taxas de mortalidade mais elevadas (de doença cardiovascular e cancro) encontram-se em pessoas com altos níveis de neuroticismo.

3. Tensão Arterial Máxima e Bem-Estar

a) Tensão Arterial Máxima e Qualidade de Vida

Os resultados indicam uma associação negativa entre a Tensão Arterial Máxima e a Qualidade de Vida, o que significa que sujeitos com altos níveis de Tensão Arterial Máxima tendem a ter piores níveis de Qualidade de Vida.

As doenças cardiovasculares e a hipertensão parecem ter impacto na qualidade de vida daqueles que sofrem destas condições. Um estudo realizado por Theodorou et al. (2011) demonstrou nos seus resultados que a hipertensão está relacionada fortemente com a depressão e com a ansiedade, afetando a qualidade de vida dos pacientes.

A hipertensão arterial é uma das doenças que afeta mais frequentemente a população adulta do mundo. Numerosos estudos têm demonstrado que esta doença encontra-se presente em cerca de 20 a 30 % das pessoas maiores de 15 anos (Castro, 1997). Não se trata apenas de uma doença do sistema circulatório, como também de um fator de risco importante para o desenvolvimento ou agravamento de algumas das principais causas de morbilidade e de mortalidade, tais como a cardiopatia isquémica, a insuficiência cardíaca e os acidentes cerebrovasculares (Castro, 1997).

De acordo com Caplan (1974), o conceito de Suporte Social relaciona-se com os vínculos estabelecidos entre os indivíduos e os grupos, servindo para melhorar a adaptação quando a pessoa é confrontada com situações de stress, desafios ou privações. Numerosos estudos demonstraram que os relacionamentos sociais constituem-se como fator atenuante da morte prematura. Tucker et al. (1999), examinaram a relação entre laços sociais e mortalidade em 697 homens e 544 mulheres durante um período de tempo de 51 anos. Eles descobriram que os homens que tinham um casamento sólido possuíam um risco de mortalidade significativamente menor em comparação com aqueles que foram separados, divorciados, viúvos ou casados mais que uma vez. Para as mulheres, o risco de mortalidade foi mais baixo naquelas que tiveram um maior número de filhos. O estado civil e os problemas cardiovasculares recorrentes também apareceram associados num estudo feito por Case et al. (1992) que descobriram um elevado risco de mortes cardíacas e enfartes em pessoas que viviam sozinhas.

A falta de suporte emocional, o isolamento social e a falta de relacionamentos interpessoais são fatores de risco importantes para a progressão acelerada de doenças cardíacas (Wang et al., 2006). Além disso, os sujeitos com maior suporte social tem menos tendência a fumar (Vaananen et al., 2008), maior tendência a praticar exercício

físico durante o tempo de lazer (Jonsson et al.,1999), e aderem melhor aos tratamentos e recomendações médicas (Doherty, 1983).

b) Tensão Arterial Máxima e Suporte Social

Os resultados indicam uma associação negativa entre o Suporte Social e a Tensão Arterial Máxima, o que quer dizer que sujeitos com alto Suporte Social tendem a ter menor Tensão Arterial Máxima.

O suporte social apareceu associado a uma melhor regulação da pressão sanguínea e à redução da reatividade cardiovascular ao *stress* agudo (Uchino, 1996). A falta de suporte social é conhecida por levar a estados psicológicos negativos, tais como a ansiedade e a depressão, os quais por sua vez, podem ter influência na saúde do indivíduo, quer através de um efeito direto sobre os processos fisiológicos, quer através de comportamentos de saúde adversos (Rozanski et al., 1999).

A relação entre suporte social e depressão é particularmente importante - um baixo apoio social influencia o desenvolvimento e o aparecimento da depressão (Oxman et al., 1992). Por sua vez, a depressão é um preditor relevante de doenças cardiovasculares e, ter um bom suporte social reduz o risco deste tipo de doenças em indivíduos com perturbação depressiva (Frasure-Smith et al., 2000).

Um estudo feito sobre a relação entre o suporte social e tensão arterial numa cidade do México demonstrou que, para os homens, o apoio percebido de parentes, amigos e vizinhos estava relacionado com a tensão arterial mais baixa, ao passo que a quantidade de contactos sociais foi relacionada ao aumento da tensão arterial. Para as mulheres, o padrão de correlações apareceu dependente da idade: o apoio de familiares e amigos apareceu relacionado com a tensão arterial mais elevada nas mulheres mais

jovens, enquanto o apoio de familiares apareceu associado à tensão arterial mais baixa em mulheres mais velhas Dressler et al., 1986).

Limitações do estudo

O número da amostra é relevante pois 33 sujeitos representam cerca de 25% do total de controladores de Tráfego Aéreo em Portugal a exercerem funções operacionais. A principal limitação deste estudo reside na não utilização por motivos económicos de um grupo de controlo que permitiria aferir se os resultados obtidos (com indivíduos sujeitos a elevados níveis de stress) diferiam ou não dos resultados da população geral.

Conclusão

Neste estudo foram encontrados resultados de associação positiva estatisticamente significativa entre a Personalidade e o Bem-estar. As sub-dimensões do caráter (Auto-Diretividade, Cooperatividade e Auto-transcendência) associaram-se positivamente com os indicadores de Bem-estar (Suporte Social, Qualidade de vida e Afeto. Encontraram-se ainda associações negativas entre o Caráter e o Stress e entre a Tensão Arterial Máxima e os indicadores de Bem-estar: Suporte Social e Qualidade de Vida.

De um modo geral, os resultados encontrados neste estudo são congruentes a outros realizados nesta área (Cloninger e Zohar, 2011; Josefsson, Cloninger et al., 2011). No que diz respeito ao *Stress* e às dimensões do Caráter (Auto-Diretividade, Cooperatividade e Auto-transcendência), os resultados foram congruentes com a maioria dos resultados encontrados na literatura, uma vez que é esperado que os sujeitos mais afetados por este problema sejam menos cooperativos, menos determinados e com menor vida espiritual e social, tal como este estudo demonstrou.

Relativamente à Auto-transcendência e o Suporte Social, como confirmaram os estudos já referidos no parágrafo anterior e que estudaram a relação entre estas duas dimensões, também é esperado que as pessoas com maior grau de Auto-transcendência tendam a perceber um maior suporte social. Segundo Cloninger (1993), a Auto-transcendência trata-se de uma caraterística forte da personalidade de quem procura sempre algo mais elevado, que vá mais além da sua própria existência individual. Uma das caraterística desta dimensão é a união e a ligação espiritual e emocional com os outros, com a natureza e com o mundo. Logo, e tendo em conta o conceito de suporte

social, é compreensível que estas duas dimensões se relacionem positivamente, conforme encontrado neste estudo.

O conceito de Qualidade de Vida foi também alvo de estudo no presente trabalho. A Qualidade de Vida apareceu associada à Auto-transcendência e ao Suporte Social. Através da revisão da literatura foi possível concluir que a Auto-transcendência, dimensão que tem que ver com a espiritualidade, pode influenciar de forma bastante positiva na qualidade de vida, especialmente no caso de doença, como por exemplo, nos doentes com cancro. A qualidade de vida está relacionada com diversos conceitos eminentemente biológicos e funcionais, tais como a saúde, a funcionalidade/incapacidade, o bem-estar, o apoio social e emocional e a felicidade. No entanto, não existe ainda consenso definitivo na literatura sobre este conceito. Na grande maioria dos estudos encontrados, o suporte social tem uma influência bastante benéfica na qualidade de vida das pessoas, principalmente em doentes. O Afeto Negativo e Afeto Positivo e a Auto-transcendência aparecem associados positivamente: níveis de transcendência elevados estão relacionados com a afetividade positiva, uma vez que a pessoa se sente mais ligada com o mundo à sua volta.

No que diz respeito à associação entre o Afeto Positivo e o Suporte Social, os resultados encontrados no presente estudo revelaram-se contraditórios, uma vez que estes dois conceitos, de acordo com a maioria das pesquisas efetuadas, encontram-se relacionados positivamente. Isto é, indivíduos felizes tendem a ter uma boa rede de apoio social, ou seja, os sujeitos que têm relacionamentos satisfatórios relatam sentirem-se frequentemente mais felizes do que aqueles que não têm relacionamentos satisfatórios. As razões para isto podem ser as seguintes: os sujeitos com relacionamentos satisfatórios podem obter apoio quando necessitam e, para além disso,

a expectativa da capacidade de se confiar em alguém quando se precisa é reconfortante e contribui para o sentimento de bem-estar.

O Afeto Negativo e Afeto Positivo também apareceram associados positivamente à Qualidade de Vida. Quanto ao afeto negativo, que se trata de uma dimensão independente do afeto positivo, apareceu associado também positivamente ao Suporte Social, o que foi de encontro à grande parte dos estudos encontrados, os quais demonstraram que o suporte social ajuda as pessoas a lidarem com vários problemas de vida e com o *stress* emocional. De igual modo, o Afeto Negativo e Afeto Positivo apareceu fortemente associado à Qualidade de vida.

No presente trabalho, foi estudada também a dimensão Auto-Diretividade (Cloninger, 1993), a qual apareceu associada positivamente ao Suporte Social e à Qualidade de Vida e negativamente associada ao Afeto Positivo e Afeto Negativo; a dimensão Cooperatividade (Cloninger, 1993) apareceu associada positivamente ao Suporte Social e à Qualidade de vida e negativamente associada ao Afeto Positivo e Afeto Negativo; a dimensão Auto-transcendência apareceu associada positivamente ao Suporte Social e ao Afeto Positivo e Afeto Negativo e negativamente associada ao *stress*.

A Tensão Arterial Máxima apareceu relacionada negativamente com o Suporte Social e com a Qualidade de Vida.

Os estudos feitos por autores como Cloninger e Zohar (2011) para avaliar a associação da Personalidade e o Bem-estar em grandes estudos na população geral em Israel concluem que as dimensões do Bem-estar são interdependentes mas, as configurações específicas do Caráter (Auto-Diretividade, Cooperatividade, e Auto-transcendência) influenciam-nas de forma diferenciada. Interações entre diferentes combinações de facetas de caráter têm fortes efeitos sobre a perceção do bem-estar.

Também noutro estudo de Jossefsson, Cloninger et al. (2011) que incluiu 1940 participantes, jovens finlandeses que participavam num estudo sobre o risco de doença cardiovascular foi avaliada a relação entre as dimensões do Caráter e o Bem-estar e concluíram que a Auto-Diretividade estava fortemente associada com todas as dimensões do Bem-estar, a Cooperatividade estava associada ao Bem-estar mas em especial ao Suporte Social e a Auto-transcendência estava associada ao afeto negativo e afeto positivo em especial quando associada às outras dimensões. A Personalidade explicou dois terços do bem-estar.

O presente estudo confirma as tendências das associações positivas entre as dimensões do Caráter e o Bem-estar descritas e apresentadas nos dois estudos referidos anteriormente. É pois possível e admissível considerar que no caso de ter existido um grupo de controle constituído pela população geral (sem influencia de grandes cargas de stress comparadas com os sujeitos do presente estudo) os resultados seriam conformes aos resultados obtidos em ambos os trabalhos, mesmo considerando as diferenças intrínsecas às duas populações estudadas (Israel e Finlândia).

A existência deste tipo de estudo é importante para que desenvolvam estratégias de promoção do Bem-estar em todas as suas dimensões para uma substancial melhoria da saúde mental e psicológica, em especial da Personalidade. Revelava-se também importante para que se desenvolvam estudos para a adoção de medidas de redução do Stress nos indivíduos quer por via da melhoria das suas condições de vida e apoio social, quer pela redução do Stress em contexto profissional e ambiental.

Referências bibliográficas

Allport, G. W. (1937). *Personality* (pp. 173-181). New York: Holt.

Aluja, A., & Blanch, A. (2011). The five and seven factors personality models: Differences and similitude between the TCI-R, NEO-FFI-R and ZKPQ-50-CC. *The Spanish journal of psychology*, 14(02), 659-666.

Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social Indicators of Well-being: Americans' Perceptions of Life Quality.* New York: Plenum Press.

Araldi-Favassa, C. T., Armiliato, N., & Kalinine, I. (2005). Aspectos fisiológicos e psicológicos do estresse. *Revista de psicologia da UnC*, 2(2), 84-92.

Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forgas & M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: an international perspective*. North Holland.

Arthaud-Day, M.L., Rode, J.C., Mooney, C.H., & Near, J.P. (2005). The subjective well-being construct: a test of its convergent, discriminant, and Factorial validity. *Social Indicators Research, 74*, 445–476.

Beevers, C.G., & Miller, I.W. (2004). Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. *Suicide & LifeThreatening Behavior, 34*, 126–137.

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L., & Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders 28*, 139–147.

Branicki, F.J., Law, S.Y., & Fok, M. (1998). Quality of life in patients with cancer of the esophagus and the gastric cardia. *Arch. Surgery, 133*, 316–22.

Catipovic-Veselica, K., Amidzic, V., Durijancek, J., Kozmar, D., Sram, M., & Glavas, B. (1997). Heart rate and heart-rate variability in patients with acute coronary heart disease. *Psychological Reports, 84*, 433-42.

Case, R.B., Moss, A.J., Case, N. et al. (1992). Living alone after myocardial infarction. *JAMA, 267*, 515- 519.

Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine, 70*, 741-756.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., & Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry, 50* (12), 975–990.

Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., & Wetzel, R.D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use*. St. Louis: Washington University Center for Psychobiology of Personality.

Cloninger, C. R. (1995). The psychobiological regulation of social cooperation. *Nature medicine*, 1(7), 623-625.

Cloninger, C.R., Bayon, C., & Svrakic, D.M. (1998). Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders, 51*, 21–32.

Cloninger, C. R., & Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of affective disorders*, 128(1), 24-32.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38* (5), 300-314.

Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98* (2), 310-357.

Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism, and aging: When are somatic complaints unfounded? *American Psychologist,40,* 19–28.

Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), Pág-83.

De Brito, C. S. S. V., Ribeiro, J. L. P., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (esss) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 185-204.

DeNever, K.M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin, 124*, 197–229.

Denollet, J., Vaes, J., & Brutsaert, D.L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: Adverse effects of type D personality and younger Age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation, 102*, 630–635.

Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well being. *Indian Journal of Clinical Psychology, 24*, 25–41.

Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science, 13*, 81–84.

Dimenas E (1995). Assessment of quality of life among patients with suspected duodenal ulcer. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *30* (11),1046- 1052.

Doherty, W.J., Schrott, H.G., & Iasiello-Vailas, L. (1983). Effect of spouse support and health beliefs on medication adherence. *Journal of Family Practice, 983* (17), 387– 441.

Dressler, W. W., Mata, A., Chavez, A., Viteri, F. E., & Gallagher, P. (1986). Social support and arterial pressure in a central Mexican community.*American Psychosomatic Society, 48* (5).

Dubow, E. F., & Ullman, D. G. (1989). Assessing social support in elementary school children: The survey of children's social support. *Journal of Clinical Child Psychology, 18* (1), 52- 64.

Efklides, A., Kalaitzidou, M., & Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece. *European Psychologist, 8*, 178–191.

Eyensck, H.J. (1991). Type A behaviour and coronary heart disease: The third stage. In M.J. Strube (Eds.), *Type A Behaviour* (Sage, Newbury Park, CA), 266–289.

Farup, C., Kleinman, L., & Sloan, S. (2001). The impact of nocturnal symptoms associated with gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life. Archives of *Internal Medicine*, 161, 45–52.

Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., Facchini, F., & Abbate Daga, G. (2004). Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eating and Weight Disorders, 9*, 81–90.

Fleet, G.L., & Hewitt, P.L. (2002). *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment*. Washington, DC.: American Psychological Association.

Frasure-Smith N, Lespe´rance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, Bourassa M. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. Circulation 2000;101:1919 –24.

De Fruyt, F. Van De Wiele, L.,Van Heeringen, C. (2000). *Cloninger's Psychobiological Model of Temperament and Character and the Five-Factor Model of Personality. Personality and Individual Differences.* 29, 441–452

Garcia, D. (2011). Two models of personality and well-being among adolescents. *Personality and Individual Differences, 50*, 1208–1212.

Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12(1), 43-50.

Gillespie, N.A., Cloninger, C.R., Heath, A.C., & Martin, N.G. (2003). The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character. *Personality and Individual Differences ,35*, 1931–1946.

Guedea, M., Albuquerque, F., Tróccoli, T., Noriega, J., Seabra, M., & Guedea, R. (2006). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia, Reflexão e Critica*, *20*, 2.

Guerrero, G.P., Santos, M.A., & Sawada, N.O. (2007). *Influência da espiritualidade na qualidade de vida de pacientes com cancêr: revisão da literatura* (dissertação de mestrado). Universidade do Estado de São Paulo, Brasil.

Gusnard, D.A., Ollinger, J.M., Shulman, G.L., Cloninger, C.R., Price, J.L., Van Essen, D.C., & Raichle, M.E. (2003). Persistence and brain circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 100*, 3479–3484.

Hallerbäck ,B., Glise, H., & Johansson, B. (1998). GastroOesophageal Reflux Symptoms—Clinical Finding and Effect of Ranitidine Treatment. *European Journal of Surgery*,583: 6–13.

Hamilton, T.K., & Schweitzer, R.D. (2000). The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 829–835.

Heath, A.C., Cloninger, C.R., & Martin, N.G. (1994). Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 762–775.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support. Reading*. Addison-Wesley: MA.

Herbert, T.B., & Cohen, S. (1993). Depression and immunity: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 113*, 472–486.

Qazi, H. (2012). Effect of gastric symptoms, age and gender on quality of life. *Scientific Research and Essays, 7* (44), 3784-3788.

Jeong J.J., Choi, M.G., Cho, Y.S., Lee, S.G, Oh, J.H., Park, J.M, Cho, Y.K., Lee, I.S., Kim, S.W., Han, S.W., Choi, K.Y., & Chung, I.S. (2008). Chronic gastrointestinal symptoms and quality of life in the Korean population. *World Journal of Gastroenterology, 14* (41), 6388-6394.

Jonsson D., Rosengren, A., Dotevall, A., Lappas, G., & Wilhelmsen L. (1999). Job control, job demands and social support at work in relation to cardiovascular risk factors. *Journal of Cardiovascular Risk, 6*, 379 – 85.

Josefsson, K., Cloninger, C. R., Hintsanen, M., Jokela, M., Pulkki-Råback, L., & Keltikangas-Järvinen, L. (2011). Associations of personality profiles with various aspects of well-being: a population-based study. *Journal of affective disorders*, 133(1), 265-273.

Kang, J.Y. (1990). The influence of the age of onset of symptoms on various clinic features of peptic ulcer. *Gut, 31*(8), 854-857.

Karasek, R. A., Russell, R. S., & Theorell, T. (1982). Physiology of stress and regeneration in job related cardiovascular illness. *Journal of Human Stress*, 8(1), 29-42.

Kreibig, S. (2010). Autonomic nervous system activity in emotion. *Biological Psychology, 84*, 394- 421.

Lazarus, R. S., (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571.

Levenson, M.R., Jennings, P.A., Aldwin, C.M., & Shiraishi, R.W. (2005). Selftranscendence: Conceptualization and measurement. *International Journal of Aging and Human Development, 60* (2), 127–143.

Lovallo, W. (2004). *Stress and Health: Biological and Psychological Interactions*. Thousand Oaks: Sage.

Lucas, R.E., & Donnellan, M.B. (2007). How stable is happiness? Using the STARTS Model to estimate the reliability of life satisfaction. *Journal of Research in Personality, 41*, 1091–1098.

Macías Castro, I. (1997). Epidemiología de la hipertensión arterial. *Revista Acta Médica, 7*(1), 15-24.

McCraty, R. (2002). The Appreciative Heart: The psychophysiology of positive emotions and optmial functioning. *HeartMath Research Center, 23*, 2-26.

Manne, S. L., & Zautra, A. J. (1989). Spouse criticism and support: their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology, 56* (4), 608-617.

Maslow, A.H. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Penguin.

Moreira, P. A., Cloninger, C. R., Dinis, L., Sá, L., Oliveira, J. T., Dias, A., & Oliveira, J. (2014). Personality and well-being in adolescents. *Frontiers in psychology*, 5.

Mulder, R.T., Joyce, P.R., Sellman, J.D., Sullivan, P.F., & Cloninger, C.R. (1996). Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 93*, 99–104.

Oxman, T.E., Berkman, L.F., Kasl, S., Freeman, D.H.J., & Barrett, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*,135.

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19* (1), 2-21.

Paschoal, T.,Torres, C.V., & Porto, J.B. (2010). Felicidade no trabalho: relações com suporte organizacional e suporte social. *Revista de Administração Contemporânea, 14* (6), 1055-1072.

Peterson, C., Park, N., & Seligman, M.E.P. (2005). Orientations to happiness and life Satisfaction: the full life versus the Empty life. *Journal of Happiness Studies, 6*, 25–41.

Reed, P.G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science, 13*(4), 64–77.

Reich, J.W., Zautra, A.J., & Hill, J. (1987). Activity, event transactions, and quality of life in older adults. *Psychological Aging*, *2*, 116–124.

Rozanski, A., Blumenthal, J.A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation, 99*, 2192–217.

Rush, D.R., Stelmach ,J., & Young, T.L. (1995). Clinical effectiveness and quality of life with ranitidine vs placebo in gastroesophageal reflux disease patients: a clinical experience network (CEN) study. *Journal of Family Pratice, 41,* 126–36.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44* (1), 127-139.

Schwartz, J., Warren, K., & Pickering, T. (1994). Mood, location and physical position as predictors of ambulatory blood pressure and heart rate: application of a multilevel random effects model. *Annals of Behavioral Medicine, 16*, 210-220.

Shapiro, D., Jamner, L., & Goldstein, I. (2001). Striking a chord: Moods, blood pressure, and heart rate in everyday life. *Psychophysiology, 38*, 197-204.

Shaw, M., Talley, N.J., & Adlis, S. (1998). Development of a digestive health status instrument: Tests of scaling assumptions, structure and reliability in a primary care population. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics's*, 12, 1067 – 78.

Singh, K., & Jha, S.D. (2008). Positive and Negative Affect, and Grit as predictors of Happiness and Life Satisfaction. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 34*, 40-45.

Snyder C., & Lopez S.J., (2002). *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.

Sokolow, M., Werdegar, D., Perloff, D., Cowan, R., & Brenenstuhl, H. (1970). Preliminary studies relating portably recorded blood pressures to daily life events in patients with essential hipertension. *Bibliotheca Psychiatrica, 11*, 164-189.

Steptoe, A., Wardle, J., & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *PNAS, 18*, 6508-6512.

Stewart ,A.L., Greenfield, S., & Hays, R.D. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA, 262*, 907–13.

Strine, T.W., Chapman, D.P., & Flowers, N. (2007). Psychological Distress and Impaired Quality of Life Common among Community-Dwelling Adult with Lower Gastrointestinal Disorders. *Digestive Disease and Science, 52* (1),70-77.

Strine, T.W., Chapman, D.P., Balluz, L., & Mokdad, A.H. (2008). Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support. Their relevance to psychiatry and medicine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(2), 151–159.

Svrakic, D.M., Whitehead, C., Przybeck, T.R., & Cloninger, C.R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry, 50*, 991–999.

Tadashi, N., Katsuyoshi, H., Atsushi, N., Kaoru, M., Kikuo, A., Tokihiro, Y., Ryuji, W., Masaki, H., & Hitoshi, A. (2001). Postoperative Reflux Esophagitis and Quality of Life in Patients Undergoing Gastrectomy for Gastric Cancer. *Nigata Medical Journal, 115* (7), 318-326.

Talley, N.J., Weaver, A.L.,& Zinsmeister, A.R. (1995). Impact of functional dyspepsia on quality of life. *Digestive Diseases and Sciences, 40*, 584–9.

Tobón, S. (2007). Relación de factores psicológicos con los síntomas de dispepsia en estudiantes universitarios españoles. *Suma Psicológica, 12*, 93-106.

Tucker, J.S., Schwartz, J.E., Clark, K.M., & Friedman, H.S. (1999). Age-related changes in the associations of social network ties with mortality risk. *Psychology and Aging, 14*, 564-571.

Turner, R. J. (1981). Social support as a contingency in psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior, 22* (4), 357-367.

Uchino, B., Cacioppo, J., & Kiecolt-Glaser, J. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull, 119*, 488 –531.

Vaananen, A., Kouvonen, A., Kivimaki, M., Pentti, J., & Vahtera J. (2008). Social support, network heterogeneity, and smoking behavior in women: the 10-town study. *American* Journal of *Health Promotion*, 22, 246 –55.

Van Egeren, L., & Madarasmi, S. (1997). Blood Pressure and Behavior: mood, activity and blood pressure in daily life. In deVries, *The experience of psychopathology: investigating mental disorders in their natural settings* (pp.240-253). New York: Cambridge University Press.

Vassend, O., Krogstad, B., & Dahl, B. (1995). Negative affectivity, somatic complaints and symptoms of temporomandibular disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 39*, 889– 899.

Vaz-Serra, A.; Canavarro, MC.; Simões, MR (2006), Estudo psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica.* 31-40.

Wang, H.X., Mittleman, M.A., & Orth-Gomer, K. (2005). Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science & Medicine, 60* (3), 599-607.

Wiklund, I.K., Junghard, O., Grace, E., Talley, N.J., Kamm, M., Veldhuyzen van Zanten, S., Paré, P., Chiba, N., Leddin, D.S., Bigard, M.A., Colin, R., & Schoenfeld, P. (1998). Quality of Life in Reflux and Dyspepsia Patients. Psychometric Documentation of a New Disease-specific Questionnaire (QOLRAD). *European Journal of Surgery, 583*, 41-49.

Watson, D., & Pennebaker, J.W (1989). Health complaints, stress, and negative distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234–254.

Wilber, K. (2000). *Integral psychology: Consciousness, spirit, psychology, therapy*. Boston: Shambhala.

Zautra, A.J., Burleson, M.H., Smith, C.A., Blalock, S.J., Wallston, K.A., De Vellis, R.F., De Vellis, B.M., & Smith, T.W. (1995). Arthritis and perceptions of quality of life: An examination of positive and negative affect in Rheumatoid Arthritis patients. *Health Psychology, 14*, 399–408.

ANEXO

Questionário demográfico

Os dados recolhidos são confidenciais. Para além disso destinar-se-ão exclusivamente para os fins da presente investigação. A participação no estudo é voluntária, podendo os trabalhadores renunciar a sua participação.

1. Identificação

Nome:_____

Idade: _____ Sexo: _____ estado civil: _____

Local de Trabalho: (1 - Lisboa, 2- Porto, 3- Faro, 4- Madeira, 5- Açores): _____

Exerce actuais funções há quanto tempo: _____ anos

2. Composição do agregado familiar

Morada:_____

Código Postal: _____ Localidade: _____

Distrito:_____Concelho:_____

Tipologia habitação: Nº de quartos? _____

Nº de pessoas em coabitação: _____ Nº de Filhos: _____

3. Dados Profissionais

Profissão actual: _____

teve outras profissões anteriores:_____ Se sim qual: _____

Carga horária semanal: _____ h Carga horária mensal : _____h

Trabalha por turnos ou horário regular:_____ Turnos _____Horário Regular

Horário regular: inicio_____h_____m até ____h _____m

Tempo de intervalo para refeição: ____h _____m

Esquema de turnos: _____ Fixo _____ Rotativo

Sequencia dos turnos:

Inicio da sequência: _____ h _____m até _____h _____m

_____h _____ m até _____h _____m

_____h _____m até _____h _____m

_____ h _____ m até _____h _____ m

Tempo de intervalo para descanso/refeição durante cada turno:_____

Tempo que demora entre a residência e o local de trabalho: _____
Tempo de intervalo entre cada turno: _____

Tempo de intervalo entre cada sequência de turnos: _____

Com quantos colegas trabalha em cada turno?_____

Como ocupa o tempo livre entre turnos: _____

Como ocupa o tempo entre sequências de turnos: _____

_____

Pratica desporto: ___ Sim ___ Não. Se sim qual?_____

_____

4. Habilitações Literárias/Interesses

Habilitações Literárias: _____

Outras habilitações: _____

Tem outra actividade profissional : _____ Sim _____ Não.

Se sim qual?_____

Quanto tempo ocupa por: dia _____

Semana _____

Tem outras actividades não profissionais : _____ Sim _____ Não.

Se sim qual:_____

Quanto tempo ocupa por: dia _____

semana _____

5.Informações condição física

A que horas vai dormir?_____ e a que horas acorda?_____

Quanto tempo dorme por dia em média: _____ horas

Tem dificuldades do sono? Se sim quais?

_____

Toma medicamento para dormir? _____ Sim _____ Não.

Tem problemas gastrointestinais? ____ Sim _____ Não.

Se sim quais_____

Já sentiu alguma vez arritmias cardíacas sem motivo aparente?

_____ Sim _____ Não

Tem tensão arterial: _____ Normal _____ Alta _____ Baixa