



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**PSICOLOGIA CLÍNICA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**  
**LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA, INTERAÇÃO**  
**SOCIAL E SAÚDE**



**ROSANA RODRIGUES DA SILVA**

**PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR, AUTOEFICÁCIA E QUALIDADE DE**  
**VIDA EM ESTUDANTES DE PSICOLOGIA**

**RECIFE**

**2019**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA, INTERAÇÃO SOCIAL E SAÚDE**

**PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR, AUTOEFICÁCIA E QUALIDADE DE  
VIDA EM ESTUDANTES DE PSICOLOGIA**

**ROSANA RODRIGUES DA SILVA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica na Linha de Pesquisa: Família, Interação Social e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Suely de Melo Santana

**RECIFE**

**2019**

S586p

Silva, Rosana Rodrigues da.

Percepção de suporte familiar, autoeficácia e qualidade de vida em estudantes de psicologia / Rosana Rodrigues da Silva, 2019.

55 f. : il.

Orientador: Suely de Melo Santana.

Mestrado (dissertação) - Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Mestrado em Psicologia Clínica, 2019.

1. Percepção. 2. Autoeficácia. 3. Psicologia aplicada.  
4. Qualidade de vida. 5. Família - Aspectos psicológicos.  
I. Título.

CDU 159.937

Pollyanna Alves - CRB4/1002

**ROSANA RODRIGUES DA SILVA**

**PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR, AUTOEFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA EM ESTUDANTES DE PSICOLOGIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Suely de Melo Santana (Orientador e Presidente da Banca)**

**Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP**

---

**Prof<sup>a</sup> Dra. Cristina Maria de Souza Brito Dias (1<sup>a</sup> Titular Interna)**

**Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP**

---

**Prof<sup>a</sup> Dra. Reginete Cavalcanti Pereira (1<sup>a</sup> Titular Externa)**

**Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE**

**Recife, 27 de novembro de 2019.**

## AGRADECIMENTOS

À Deus que me permitiu vivenciar este momento de crescimento profissional e pessoal e por possibilitar a concretização de mais um projeto de vida.

À minha mãe Clarice Rodrigues de quem herdei o amor aos livros e o hábito da leitura.

Aos meus filhos Camila e Pedro Rodrigues pela compreensão da minha ausência em muitos eventos e momentos de família durante este período.

Ao meu neto Gabriel por compreender meus momentos de ausência.

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Suely de Melo Santana por ter me acolhido em sua pesquisa, pelas orientações e pelos momentos de reflexão.

À Marta Rodrigues irmã, amiga e parceira de toda vida.

À Profa Dra Reginete Cavalcanti que me incentivou a viver esta experiência.

À Catariana Dias, amiga e parceira do mestrado durante o qual nos apoiamos mutuamente e cultivamos fortes laços de amizade que seguirá pela vida.

À Eleide Borba companheira de trabalhos e disciplina do mestrado pela ajuda em todos os momentos dessa caminhada.

À minha turma do mestrado, pelo breve e prazeroso convívio.

À Faculdade Frassinete do Recife por contribuir em minha formação profissional.

Ao corpo docente do programa de pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP pela seriedade e compromisso.

## RESUMO

Rosana, R. S. (2019). *Percepção de Suporte Familiar, Autoeficácia e Qualidade de Vida em Estudantes de Psicologia*. Dissertação de mestrado, Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco.

A percepção do suporte familiar está relacionada ao nível de apoio dado pela família a fim de atender às necessidades de seus membros, sendo apontada como um pilar da vida psíquica das pessoas. A crença que o indivíduo possui em sua capacidade para alcançar os seus objetivos na vida, sua autoeficácia, vai estar em parte alicerçada nas relações interpessoais que estabelece desde a infância, seja no ambiente familiar, social, bem como acadêmico dos quais faz parte. Por sua vez, qualidade de vida implica em como o indivíduo avalia sua posição na vida, no contexto da cultura, bem como, seus objetivos, expectativas e valores. Esta pesquisa investigou a relação que se estabelece entre percepção de suporte familiar, de autoeficácia e de qualidade de vida dos estudantes de psicologia. Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal, tendo sido utilizados quatro instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Inventário de Percepção de Suporte Familiar, Escala de Autoeficácia Geral Percebida e o WHOQOL-BREF em uma amostra de 200 alunos, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, do curso de Psicologia de uma instituição privada de ensino superior da cidade do Recife – PE. A recolha dos dados foi realizada de modo coletivo em ambiente adequado e seguiu todos preceitos éticos exigidos. Os resultados apontaram que 85% da amostra é do sexo feminino, 76,5% estão na faixa etária de 18 a 25 anos, 86,4% são solteiros e 56,1% têm os pais não separados. No tocante à qualidade de vida, verificou-se que a maior mediana foi obtida no domínio Psicológico e que a maioria dos alunos considera possuir baixa percepção de autoeficácia e de suporte familiar com maior prevalência desta percepção nos estudantes separados e do sexo masculino. Verificou-se uma correlação entre percepção de qualidade de vida, de suporte familiar e autoeficácia percebida. Estes resultados sugerem a necessidade de pensar em ações que se reflitam, satisfatoriamente, na qualidade de vida e no desempenho profissional dos estudantes de psicologia.

**Palavras-chave:** Percepção, Suporte Familiar, Autoeficácia, Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

Rosana, R. S. (2019). Percepção de Suporte Familiar, Autoeficácia e Qualidade de Vida em Estudantes de Psicologia. Dissertação de mestrado, Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco.

The perception of family support is related to the level of support given by the family in order to meet the needs of its members, being pointed out as a pillar of people's psychic life. The belief that the individual has in his ability to achieve his goals in life, his self-efficacy, will be partly based on the interpersonal relationships that he establishes since childhood, whether in the family, social or academic environment of which he is a part. In turn, quality of life implies how the individual assesses his position in life, in the context of culture, as well as, his goals, expectations and values. This research investigated the relationship established between the perception of family support, self-efficacy and quality of life of psychology students. This is a quantitative cross-sectional study, using four instruments: Sociodemographic Questionnaire, Family Support Perception Inventory, Perceived General Self-Efficacy Scale and the WHOQOL-BREF in a sample of 200 students, both male and female, older 18 years old, from the Psychology course of a private higher education institution in the city of Recife - PE. Data collection was carried out collectively in an appropriate environment and followed all required ethical precepts. The results showed that 85% of the sample is female, 76.5% are between 18 and 25 years old, 86.4% are single and 56.1% have parents who are not separated. With regard to quality of life, it was found that the highest median was obtained in the Psychological domain and that most students consider having a low perception of self-efficacy and family support with a higher prevalence of this perception in separated and male students. There was a correlation between perceived quality of life, family support and perceived self-efficacy. These results suggest the need to think about actions that reflect, satisfactorily, on the quality of life and the professional performance of psychology students.

**Keyword:** Perception, Self-efficacy, Family Support, Quality of Life

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico dos estudantes avaliados.

**Tabela 2.** Análise descritiva do escore do WHOQOL-BREF segundo o domínio avaliado.

**Tabela 3.** Distribuição da classificação da percepção do suporte familiar dos alunos segundo os domínios do IPSF.

**Tabela 4.** Distribuição da classificação da autoeficácia percebida

**Tabela 5.** Mediana e amplitude interquartil do escore de qualidade de vida segundo os domínios avaliados e o perfil sociodemográfico

**Tabela 6.** Distribuição da classificação do IPSF e classificação do EAGP segundo o perfil sociodemográfico dos estudantes de Psicologia

**Tabela 7.** Distribuição da autoeficácia segundo a classificação do suporte familiar

**Tabela 8.** Mediana e amplitude interquartil do escore de qualidade de vida segundo a classificação do IPSF e do EAGP.



## LISTA DE SIGLAS

EAGP – Escala de Autoeficácia Geral Percebida

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPSF – Inventário de Percepção de Suporte Familiar

SPSS – *Statistical Package of the Social Sciences*

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

Whoqol -Bref – *World Health Organization Quality of Life - Bref*

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b>	<b>10</b>
<b>1 Percepção de Suporte Familiar e Autoeficácia na Vida de Universitários</b>	<b>12</b>
1.1 Os estilos parentais	16
1.2 Suporte Familiar	19
1.3 Autoeficácia	22
<b>2 Qualidade de Vida de Universitários</b>	<b>26</b>
<b>3 Método</b>	<b>33</b>
3.1 Delineamento e Participantes do Estudo	33
3.2 Instrumentos	34
3.2.1. Questionário Sociodemográfico	33
3.3.2 Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)	34
3.3.3 Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP)	34
3.3.4 <i>World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-BREF)</i>	34
3.4 Procedimento de Coleta de Dados	35
3.5 Procedimento da Análise de Dados	35
<b>4 Análise dos Resultados</b>	<b>37</b>
<b>5 Discussão</b>	<b>43</b>
<b>6 Considerações Finais</b>	<b>46</b>
<b>Referências</b>	<b>47</b>
<b>Apêndice</b>	
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	57
<b>Anexos</b>	
Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	60
Anexo 2 – Inventário de Suporte Familiar	61
Anexo 3 - Whoqol -Bref – <i>World Health Organization Quality Of Life - Bref</i>	62
Anexo 4 – Escala de Autoeficácia Geral Percebida	65
Anexo 5 – Modelo de Carta de Aceite	66

## INTRODUÇÃO

Este estudo parte de uma pesquisa que está sendo desenvolvida em parceria com a Universidade Católica de Pernambuco e a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto intitulada “Percepção de Suporte Familiar, Autoeficácia, Drogas e Qualidade de Vida de Universitários”.

O interesse por essa temática surge a partir da prática docente e clínica. No lidar com estudantes e clientes não é raro ver as dificuldades em superar os desafios cotidianos e acadêmicos, muitas vezes, atribuídos aos problemas familiares. Observa-se que, por vezes, a busca por um curso de graduação, em especial o de Psicologia, se dá como uma das estratégias de compreensão e superação para os próprios conflitos existenciais de muitos destes estudantes. Esse fenômeno acaba por contribuir para uma formação perpassada por dificuldades, no contexto acadêmico, que podem se desdobrar em comprometimentos maiores em sua atuação profissional.

A família pode ser concebida como uma instituição cuja função básica é promover a socialização, educação, suporte financeiro, assim como valores éticos, morais e espirituais (Macêdo & Monteiro, 2006). É no contexto familiar que ocorrem as trocas afetivas que darão suporte ao desenvolvimento do indivíduo ao longo do seu ciclo vital. Sendo assim, a família se destaca como um importante modelo de conduta e suporte visto que, inúmeros padrões de comportamentos e regras sociais expressos pelas crianças e adolescentes são aprendidos no seio familiar (Baptista, Cardoso, & Gomes, 2012).

A percepção de suporte familiar está relacionada ao nível de apoio dado pela família, a fim de atender às necessidades de seus membros e que vai além dos aspectos financeiro ou estrutural que o grupo familiar possa proporcionar (Rodrigues, Guedes, & Silva, 2000). Através do afeto recebido na infância o indivíduo poderá ser capaz de lidar de forma mais funcional com as dificuldades da vida (Baptista, Cardoso, & Gomes, 2012).

O constructo da autoeficácia, proposto por Bandura (1997) tem contribuído com os estudos sobre o comportamento humano. Autoeficácia pode ser entendida como a crença que o indivíduo possui acerca de suas capacidades e habilidades para atingir com sucesso metas e objetivos específicos. Dessa forma, tal crença pode afetar suas escolhas e o desempenho acadêmico e profissional comprometendo assim seu futuro, uma vez que está relacionada ao sentimento de adequação, eficácia e competência para lidar com a vida (Azzi, & Polydoro, 2006).

Para Dias e Azevedo (2001), a crença de autoeficácia na formação superior é determinante para o rendimento acadêmico. Tais crenças consistem na capacidade do aluno em organizar e executar cursos de ações requeridos para produzir certas realizações, referentes aos aspectos compreendidos pelas tarefas acadêmicas pertinentes ao ensino superior. Assim, para ocorrer aprendizagem é necessário que o estudante assuma uma postura de agente responsável pela construção do próprio conhecimento (Polydoro, & Guerreiro-Casanova, 2010).

No curso de graduação, o indivíduo tende a se preocupar com o desempenho acadêmico e neste sentido, o senso de autoeficácia influencia a conduta dos estudantes ao fazerem as escolhas do curso, de atividades, no estabelecimento de metas, no esforço despendido e no enfrentamento das adversidades (Bandura, 1993; Bzuneck, 2004). Nesta perspectiva, o apoio emocional recebido dos pais pode ter repercussões positivas na adaptação à universidade por contribuir diretamente para o bem-estar psicológico dos estudantes (Teixeira, Castro, & Piccolo, 2007).

Qualidade de vida se refere à percepção do indivíduo em relação aos seus objetivos, expectativas e inquietações na vida, sendo esta percepção influenciada por sua classe social, sua cultura, seus valores e sua personalidade (Chehuen et al., 2008; Novelli, 2006). No contexto acadêmico, qualidade de vida envolve a percepção de satisfação e felicidade por parte dos estudantes, considerando os vários aspectos de vida sob o enfoque de fatores psicossociais e contextuais (Gonçalves, & Serafim, 2016).

Diante desse panorama, este trabalho visa investigar a relação que se estabelece entre a percepção de suporte familiar, de autoeficácia e de qualidade de vida em estudantes de Psicologia. E de modo específico, caracterizar o perfil sociodemográfico da população avaliada e analisar a percepção de suporte familiar, da autoeficácia e de qualidade de vida dos estudantes de psicologia.

Para tanto, o trabalho está dividido em cinco capítulos. O primeiro traz uma breve reflexão sobre família, a importância dos estilos parentais, aborda com enfoque geral, a percepção de suporte familiar e de autoeficácia focalizando mais especificamente essa relação em universitários. O segundo, aborda a percepção de qualidade de vida considerando seu conceito, principais aspectos e impacto na vida dos estudantes universitários. O terceiro, apresenta o método adotado, o delineamento e participantes da pesquisa, os instrumentos, bem como os procedimentos de coleta e da análise dos dados utilizados no presente estudo. O quarto capítulo traz a descrição da análise dos resultados do estudo e no quinto e último capítulo se tecem a discussão e as considerações finais.

## CAPÍTULO I

### PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR E AUTOEFICÁCIA NA VIDA DE UNIVERSITÁRIOS

A família pode ser concebida como uma instituição cuja função básica é promover socialização, educação, suporte financeiro, assim como, valores éticos, culturais, morais e espirituais e onde os indivíduos iniciam seus processos de formação (Macêdo, & Monteiro, 2006). Se destaca como um importante modelo transmissor de conduta e amparo, especialmente de pais para filhos, uma vez que vários padrões de comportamento e regras sociais utilizados pelas crianças e adolescentes são aprendidos no ambiente familiar (Baptista, Cardoso, & Gomes, 2012).

Bernal (2003) considera a família como o principal ambiente socializador do indivíduo exercendo função protetora de seus membros diante das tensões geradas pela rotina da vida, sendo ainda, responsável, em grande parte, pelas referências culturais e pelo modo de interação entre os indivíduos. Neste contexto, pode-se entender que o ambiente familiar proporciona experiências afetivas e emocionais que irão influenciar na formação da personalidade bem como, na capacidade de socialização dos indivíduos (Santana, Nascimento, Borges, & Souza, 2018).

Silva e Ferreira (2018) comentam que, de modo geral, a família se constitui a partir da união de pessoas, ligadas por meio de um ancestral comum, matrimônio ou adoção. Seus integrantes, via de regra, compartilham do mesmo sobrenome, herdado dos ascendentes diretos e tendem a se manter unidos por vínculos morais e materiais durante toda a vida e por gerações.

Wagner, Tronco e Armani (2011) definem o sistema familiar como a interação recíproca de pessoas, através de vínculos afetivos, consanguíneos, sociais, políticos, entre outros. Baptista (2009), considera o conceito de família complexo, tendo em vista a gama de perspectivas possíveis de serem analisadas, tais como: histórica, das relações interpessoais, afetivas e sociais, entre outras, portanto, pode-se ponderar que devido às várias transformações ocorridas ao longo da história, torna-se impossível ser o referido conceito analisado por um único viés (Meireles, & Teixeira, 2014).

Os mesmos autores consideram a família como um sistema complexo que se constrói e se transforma - histórica e cotidianamente - por meio das interações que se estabelecem entre os seus membros e a sociedade. Destacam ainda que, no âmbito do

contexto histórico, a família vem sofrendo modificações que são moldadas a partir da cultura e do modelo político e econômico de cada sociedade.

Tosta (2013) refere que nos estudos acerca da história da humanidade, a família é apontada como a primeira forma de organização social, tendo sua existência, desde o surgimento do homem, com a função primordial da reprodução e da defesa de seus integrantes, ressaltando que seu surgimento antecede a criação do Estado.

Ao analisar o conceito família na perspectiva de um percurso histórico, Aries (1981) explica que a noção de família na Idade Média era desconhecida, tendo seu início a partir dos séculos XV e XVI onde apenas eram considerados os laços consanguíneos. Até o século XVII, a família era vivida em público; crianças e adultos se relacionavam de forma semelhante entre si e com outros membros da comunidade, sem distinção afetiva, não existindo quase nenhuma intimidade entre eles (Passos, 2009).

Entretanto, em meados do século XVIII, a partir da junção dos membros com laços biológicos em um espaço privado, é que surge o sentimento de família (Passos, 2009). Porém, nos séculos XX e XXI as mudanças ocorridas nos planos político, social, econômico e cultural passaram a interferir nas formas de organização e funcionamento familiar acontecendo transformações que refletiram no surgimento de novas configurações e variados arranjos nas relações (Meireles, & Teixeira, 2014).

No entanto, apesar das transformações que a família vem sofrendo nas últimas décadas, relacionados com a pós-modernidade tais como: a inserção da mulher no mercado de trabalho, o número crescente de separações e divórcios, o aumento de famílias monoparentais e coabitações, a noção da família, percebida por suas relações duradouras, aparenta ter se mantido estável e sem alterações significativas ao longo do tempo (Baptista, 2009).

Nessa perspectiva, Meireles e Teixeira (2014) destacam que, apesar de todas as mudanças ocorridas na família contemporânea, a mesma se mantém em contínuo processo de transformação social. Alertam para o fato de que, na discussão acerca do tema família, não se deve considerar unicamente o modelo nuclear tradicional, e sim, levar em consideração a variedade de novos modelos e relações, surgidos a partir de transformações vivenciadas pela sociedade. Consideram ainda que, embora na atualidade existem diversos arranjos familiares, a importância da instituição na formação e cuidado de seus membros se mantém inalterável.

Neste entendimento, as relações familiares assumem características próprias e específicas em cada momento histórico, que tanto moldam as relações sociais, como também são determinados por elas (Meireles, & Teixeira, 2014).

Assim, de acordo com Rodrigues, Guedes e Silva, (2000) a família possui significação própria e especial podendo se apresentar sob os seguintes tipos de configuração: Família Nuclear - composta de pai, mãe e filhos; Extensa ou Ramificada, englobam diferentes gerações na mesma família (avós, tios, primos, etc.); Família associativa - quando incluídos entre os membros, as pessoas com as quais são mantidos estreitos laços afetivos; Família Adotiva - grupos de pessoas que, ao se encontrarem, desenvolvem afinidade e passam a conviver considerando-se uma mesma família, independente da consanguinidade; Família Dual ou Monoparental - formada apenas por dois membros: mãe-filho, pai-filho, esposo-esposa/companheiro-companheira; Família Ampliada - forma-se sem a necessidade de haver espaço físico comum, nem de serem desempenhadas todas as funções tradicionais em conjunto. Assim, os indivíduos se consideram como parentes; Família Recompuesta - família (marido, esposa e filhos ou um dos cônjuges e filhos), que após uma primeira experiência não bem-sucedida, faz uma nova tentativa com o mesmo ou com outro cônjuge e, por fim, Família Homossexual - resulta da união de pessoas do mesmo sexo.

Nesta mesma direção, Meireles e Teixeira (2014) consideram a variedade de interpretações no modo de organização familiar que se constrói através de modelos sociais. Assim, é possível observar em uma mesma sociedade a coexistência de diferentes arranjos de família, tanto de modelos tradicionais (pai/provedor, mãe/cuidadora e filhos), como de configurações mais contemporâneas como a divisão no cuidado dos filhos e da organização familiar entre os casais, pais e mães independentes/ monoparentalidade, famílias reconstituídas /recasadas, casais sem filhos, casais homossexuais, casais com filhos adotivos entre tantos outros.

Deste modo, além de funcionar como mediadora entre o indivíduo e a sociedade, a família é apontada como essencial para a sobrevivência de seus membros quanto à proteção, transmissão da cultura, de capital econômico, das relações de gênero e de solidariedade entre gerações (Carvalho, & Almeida, 2003). Portanto, uma ampla observação dos aspectos social, cultural econômico e cronológico torna-se primordial para que se possa compreender o indivíduo bem como seu sistema familiar (Santana, Cavalcanti, & Schuler, 2017).

Conforme relatam as autoras, a família está classificada em 3 funções: **biológica**, cujo o intuito é assegurar a sobrevivência dos novos membros; a **psicológica**, que intenta auxiliar os indivíduos a lidar com as inquietações pessoais e a **social**, que se refere à transmissão de conhecimento, exercício de cidadania e convívio interpessoal. Porém, ao longo de sua trajetória, a família passa por vários estágios que, necessariamente, irão provocar mudanças na organização do sistema familiar (Carter & McGoldrick, 1995).

Sendo assim, Valença e Silva (2011), destacam que a família não é uma entidade estática, mas que está em constante processo de mudança, pois necessita se adaptar às pressões da vida cotidiana e sobreviver enquanto sistema familiar. Nessa perspectiva, é possível compreender o ciclo vital familiar como fases com características próprias que a família vivencia ao longo do tempo. Assim, vai construindo a sua realidade a partir das experiências compartilhadas por seus membros construindo o cotidiano familiar ao longo da vida.

Deste modo, as diferentes etapas do ciclo da vida exigem da família uma série de ajustamentos para que esta possa cumprir sua função e permitir um desenvolvimento saudável a seus membros (Carter, & McGoldrick, 1995).

Neste contexto, a família se constitui como um dos principais pilares da vida psíquica de seus integrantes, sendo a base da construção de um modelo de relacionamentos que possibilita uma gama de interações que vão desde as laborais, de amizade, de parentesco, até a construção de uma nova família (Ceberio, 2006). Campos (2004), reforça a ideia do autor citado ao afirmar que a família exerce funções como proteção, afeição e formação social que são determinantes no desenvolvimento de seus filhos.

Rodrigues, Guedes e Silva (2000) consideram ser papel da família proporcionar aos seus membros bem-estar material, emocional e espiritual além de um convívio harmônico, como forma de assegurar - legal e moralmente - formação adequada aos mesmos para que possam transmitir aos descendentes uma vida saudável. Isso implica na capacidade de proporcionar aos seus integrantes amor, amparo, validação nas diversas fases da vida.

Os autores complementam que valores morais, culturais, cívicos, afetivos e materiais necessitam ser transmitidos não só, através da instrução, mas, principalmente, por meio da educação, pois, o núcleo familiar é onde os indivíduos adquirem a referência e o amparo necessários para o aprendizado da vida. Neste sentido, os genitores tornam-se os responsáveis por desempenhar tarefas de caráter econômico, social e educativo de seus integrantes. Sendo assim, o modo como os pais lidam com as regras, comportamentos e afetos de seus filhos irá influenciar no curso do desenvolvimento emocional, psicossocial e comportamental dos mesmos (Baptista, Noronha, & Cardoso, 2010).

Bueno (2009) realça a importância do grupo familiar ao reconhecer que, além de funcionar como mediador entre o indivíduo e a sociedade, é capaz de proporcionar efeitos benéficos gerando saúde, ou maléficis ao favorecer o adoecimento de seus integrantes.

Meireles e Teixeira (2014) chamam a atenção para o argumento de Miotto (2000) de



que apesar da família ser um espaço de cuidado, pode, em suas relações, abrigar o conflito e a instabilidade.

Féres-Carneiro (1992) acrescenta que a configuração da dinâmica familiar, cujo funcionamento pode ser facilitador ou dificultador, revela a formação da saúde mental dos seus membros. Nas famílias disfuncionais, o relacionamento e a comunicação interpessoal são complexos. Os papéis não são bem definidos, a comunicação se faz de modo confuso, uma vez que não existe a prática do diálogo, dificultando, assim, a resolução de conflitos (Tosta, 2013).

Uma família disfuncional é aquela que responde às exigências internas e externas de mudança, por meio de um único padrão de funcionamento. Portanto, sempre estará associada a ideia de doenças na família. Desta forma, o grupo familiar ao funcionar como agente estressor estará contribuindo para o desenvolvimento de doenças mentais em seus membros (Féres-Carneiro, 1992; Tosta, 2013).

De outro modo, uma família funcional é percebida como afetuosa, com regras flexíveis, limites claros, promove o diálogo e apoio diante das situações-problema contribuindo, assim, para o crescimento individual de seus membros (Silva de Souza, Daher Baptista, & Nunes Baptista, 2010). Desta forma, a qualidade dos cuidados parentais tem sido apontada como fundamental para o desenvolvimento das crianças (Cardoso, & Verissimo, 2013). E sendo dos pais a tarefa de educar, direcionar e disciplinar o comportamento dos filhos, torna-se relevante analisar os diversos estilos parentais, bem como as consequências geradas por eles no desenvolvimento das crianças, visto que, enquanto alguns pais são firmes e claros nas suas regras, outros se mostram confusos acerca do que pretendem comunicar (Ramalho, 2016).

## **1.2 Estilos Parentais**

Estilos parentais podem ser definidos como um conjunto de atitudes e práticas relacionadas às questões de poder, hierarquia, apoio emocional, estímulo à autonomia além de outros aspectos como tom de voz, linguagem corporal, humor e cuidados que os pais se utilizam e agem com o intuito de socializar os filhos, de acordo com suas crenças e valores (Darling, & Steinberg, 1993).

Neste sentido, os estilos parentais estão relacionados ao posicionamento dos pais diante dos filhos em suas interações estando associados às crenças e valores transmitidos

através de suas práticas educativas podendo ainda gerar tantos comportamentos sociais quanto antissociais (Baptista, Cardoso, & Gomes, 2012; Darling, & Steinberg, 1993).

Nesta direção, Baumrind (1966) enfatiza a autoridade dos pais observando neste controle o modo de expressar suas crenças e valores. Salieta a importância da intensidade do controle parental, juntamente com o apoio e afeto na execução das estratégias para o desenvolvimento humano e propõe um modelo de classificação de estilos parentais com três protótipos: autoritativo, autoritário e permissivo. Tal modelo refere-se a um padrão de comportamentos, atitudes, afetos, práticas disciplinares e interação dos pais para com os filhos.

O **estilo autoritativo** está relacionado à interação efetiva entre exigências e responsividade. São pais que tentam direcionar as atividades dos filhos de maneira racional e orientada. Assim, incentivam o diálogo, estabelecem normas e limites, com o intuito de corrigir atitudes negativas e gratificar as positivas. Sabem manifestar afeto, apoio e, ao mesmo tempo, impor limites. As regras de conduta são colocadas de forma indutiva e a comunicação é baseada no respeito mútuo (Carneiro, & Oliveira, 2013; Carvalho, & Silva, 2014).

Quanto à responsabilidade e a maturidade, há um investimento dos pais em relação a seus filhos de forma responsiva, encorajadora, afetuosa, proporcionando os meios para que possam desenvolver as suas habilidades a fim de enfrentar situações estressantes possibilitando um aumento na autoestima e um menor índice de comportamentos disfuncionais (Boeckel, & Sarriera, 2006).

O **estilo autoritário** se caracteriza por controle exigente, não responsivo possuindo assim, uma disciplina rígida e autoritária. Trata-se de pais autocríticos que modelam, controlam e avaliam o comportamento da criança com padrão absoluto de regras de conduta. Exercem um rígido controle psicológico, desencorajam a independência e individualidade da criança, enfatizam a obediência através do respeito à autoridade e a ordem e desvalorizam o diálogo e a autonomia (Boeckel, & Sarriera, 2006; Cassoni, 2013).

Contudo, quando contrariados, utilizam a punição, privação de afeto e privilégios como forma de comportamentos gerando sentimentos de medo, raiva e ansiedade em seus filhos. Como consequência, há comportamentos submissos, dependentes, reações passivo-agressivas e baixas motivações para realizações (Boeckel, & Sarriera, 2006).

Cassoni (2013) acrescenta que o estilo autoritário é uma combinação entre baixa responsividade e muito controle. Os pais com esse estilo são exigentes, severos em regras e, na maioria das vezes, utilizam a punição para controlar o comportamento dos filhos, além de

não serem abertos ao diálogo e/ou a opinião das crianças. Caracterizam-se pelo distanciamento, desapego, falta de ternura, da autonomia, tendo como consequência para os filhos, uma baixa percepção de eficácia e de integridade pessoal.

Por fim, o **estilo permissivo** é caracterizado por pais não punitivos que cedem aos apelos dos filhos sem imposição de regras. Os pais se percebem como um recurso para o filho utilizar somente quando desejar, mas não como um agente ativo e responsável (Boeckel, & Sarriera, 2006). Assim, permitem às crianças regular o seu próprio comportamento e tomar as suas próprias decisões sempre que possível (Cardoso, & Verissimo, 2013).

Maccoby e Martin (1983) propõem um desdobramento do estilo permissivo em indulgente e negligente. No estilo indulgente os pais são responsivos e não exigentes, tolerantes, comunicativos e permissivos, não estabelecem regras nem limites e tendem a satisfazer as demandas dos filhos contribuindo, desta forma, para que se tornem imaturos (Carneiro, & Oliveira, 2013; Carvalho, & Silva, 2014).

O estilo negligente apresenta baixos níveis de controle e responsividade; trata-se de pais não afetivos e que não assumem as suas funções perante os filhos, estando centrados em seus próprios interesses. São pouco exigentes e costumam proporcionar unicamente as necessidades básicas dos filhos (Cassoni, 2013). Assim, ao longo do tempo, os componentes do papel parental tendem a diminuir até restar uma mínima relação funcional entre pais e filhos (Maccoby, & Martin, 1983).

Baumrind (1966) considera o controle parental autoritativo como sendo o mais efetivo. Pesquisas têm avaliado o quanto esses estilos estão associados a diferentes aspectos de desenvolvimento dos filhos, apontando que filhos de pais autoritativos têm sido associados sempre a aspectos positivos, como assertividade, maturidade, responsabilidade social, conduta independente e empreendedora, além de baixo índice de disfunção comportamental e psicológico (Carneiro & Oliveira, 2013).

Por outro lado, os mesmos autores mencionam estudos nos quais os filhos de pais autoritários foram descritos como tendo desempenho escolar moderado, bom comportamento, pouca habilidade social, baixa autoestima e alto índice de depressão. Rocha (2016) aponta uma associação significativa dos estilos parentais com o ajustamento psicológico das crianças demonstrando que o estilo autoritário está relacionado com um aumento de problemas de conduta nas crianças, tanto na escola como em casa.

Quanto aos filhos de pais permissivos apresentam um pior desempenho nos estudos, problemas de comportamento, agressividade e menor independência, porém, demonstram boas habilidades sociais, boa autoestima e baixo índice de depressão (Darling, 1999).

No entanto, os resultados mais negativos estão relacionados com os filhos de pais negligentes, que possuem o menor desempenho em todos os domínios. Apresentam baixo rendimento escolar, baixa autoestima, problemas afetivos e comportamentais e depressão (Weber, Brandenburg, & Viezzer, 2003).

No que diz respeito à competência acadêmica, Martins et al. (2014) afirmam que a mesma está relacionada ao conjunto de habilidades e capacidades que auxiliam a criança a compreender e manter o foco nos conteúdos escolares e gostar de estudar, possibilitando assim um bom desempenho escolar. Alertam para o conceito de Marturano (1999) de que é na relação com pais que a criança consegue encontrar os recursos necessários para enfrentar as exigências envolvidas no processo de integração e adaptação escolar.

Carvalho e Silva (2014) consideram que estilos parentais podem influenciar na carreira profissional dos adolescentes e destacam os estudos de Magalhães, Alvarenga e Teixeira (2012) que buscaram investigar a relação dos estilos parentais, indecisão vocacional e instabilidade de metas e cujos resultados demonstraram que filhos de pais com estilos autoritativos apresentam menores índices de instabilidade de metas em comparação aos filhos de pais negligente.

Importante salientar que, além dos estilos parentais influenciarem em diversos aspectos no desenvolvimento dos filhos, estes poderão também determinar o estilo parental dos mesmos havendo assim uma transmissão intergeracional destes estilos parentais (Baptista, Cardoso, & Gomes, 2012).

Neste sentido, a família pode representar para seus membros tanto uma fonte de suporte como de estresse na superação de problemas e conflitos. Através do afeto recebido na infância o indivíduo poderá enfrentar de modo mais eficaz às dificuldades da vida. Do mesmo modo, o afeto inseguro poderá tornar o sujeito vulnerável a problemas sociais e de saúde comprometendo assim a sua qualidade de vida (Baptista, Cardoso, & Gomes, 2012; Souza e Baptista, 2008).

## **1.2 Suporte Familiar**

As famílias são os primeiros modelos de realidade da criança e adolescente, sendo apontadas como principal pilar da vida psíquica das pessoas. As consequências de suas relações podem ser observadas nas características emocionais, de comportamento e no desenvolvimento de habilidades sociais dos sujeitos (Baptista, 2009).

Ventura e Noronha (2014) utilizam o conceito de Parker, Tupling e Brown (1979) que definem o suporte familiar como a quantidade de cuidado, proteção, afeto, sensibilidade, incentivo à autonomia e independência, cooperação e aceitação dos pais para com seus filhos.

Assim, pode-se considerar o suporte familiar como recurso primordial de socialização e transmissão dos padrões de comportamento, hábitos de linguagem, valores, crenças e costumes além de atender às necessidades psicológicas e fisiológicas básicas dos indivíduos (Neri, 2014).

Neste contexto, a percepção de suporte familiar está relacionada à competência social, à capacidade de resolução de problemas, estabilidade, autoconceito, afeto e bem-estar psicológico. Isto porque, a família é considerada fundamental para a vida psíquica do indivíduo, ao servir de base para a construção de outras relações tais como: de amizade, de parentesco, laborais se ampliando até a construção de uma nova família (Baptista, Souza, & Alves, 2008). Portanto, um suporte familiar adequado resulta em emoções positivas e sensações de pertencimento, cuidado e estima podendo contribuir na prevenção de patologias uma vez que

O suporte familiar também está relacionado com a satisfação na vida das pessoas, principalmente em adolescentes e jovens adultos, ou seja, indivíduos que possuem a percepção de uma família suportiva relatam maior satisfação com a vida (Baptista, 2005). E quando percebido de forma positiva pelos adolescentes, tende a favorecer relações de bem-estar entre seus membros.

Do mesmo modo, o afeto inseguro poderá tornar o sujeito vulnerável a problemas sociais e de saúde, comprometendo assim, a sua qualidade de vida (Baptista, Cardoso, & Gomes, 2012). Bueno (2009) alerta para a importância do grupo familiar ao considerar que além de funcionar como mediadora entre o indivíduo e a sociedade a mesma é capaz de produzir tantos efeitos benéficos (como a promoção de saúde ao indivíduo), como maléficos ao favorecer o adoecimento de seus integrantes.

Assim, conforme anteriormente referido, a configuração da dinâmica familiar, demonstra a saúde mental dos seus membros (Féres-Carneiro, 1992). Nesta perspectiva, as relações estabelecidas entre os membros do grupo familiar tendem a estimular ou predispor aos transtornos mentais como foi apontado por Carvalho e Almeida (2003). Eles são essenciais para a sobrevivência de seus membros no que tange à proteção, transmissão da cultura, do capital econômico, das relações de gênero e de solidariedade entre gerações.

Schneider e Ramires (2007) estudaram adolescentes que não apresentaram uma percepção adequada de suporte familiar e verificaram que estes tendem a desenvolver

sintomas depressivos. Santana (2008) constatou que, quanto maior o suporte familiar recebido, menor sintomatologia depressiva e melhores os estilos parentais encontrados.

Baptista, Souza e Alves (2008), em seus estudos com universitários, constataram que, quanto maior a sintomatologia depressiva, menos favorável é a percepção do suporte familiar e quanto maiores o afeto, comunicação, compreensão e independência, menor a severidade da doença mental.

Lemos, Baptista e Carneiro (2011), ao investigarem a relação entre percepção de suporte familiar e depressão em universitários, considerando a renda familiar, avaliaram que existe uma correlação negativa entre suporte familiar e sintomatologia depressiva, verificando-se maior percepção de suporte familiar nos alunos que possuem renda familiar mais elevada.

Baptista e Oliveira (2004) afirmam que a família pode ajudar o jovem a lidar com as situações, problemas pessoais e sociais, atuando como sistema protetor, por outro lado, também pode operar como agente estressor, contribuindo para o desenvolvimento de doenças mentais em seus membros.

É necessário que haja o apoio social como um todo, incluindo o grupo familiar atuando na educação de jovens e essa ação pode funcionar como agente protetor aos transtornos mentais comuns, à medida que, ampara o indivíduo e o capacita para lidar com eventos inesperados. Quando o indivíduo se sente bem, devido às relações afetivas, melhor se adapta a circunstâncias novas e, mesmo quando os eventos estressores não podem ser evitados, seus efeitos são menores, minimizando o prejuízo à sua saúde psicológica (Baptista, Souza, & Alves, 2008).

Os mesmos autores consideram que a percepção de demonstrações de afeto, carinho, expressões verbais e não-verbais, habilidade na resolução de situações problemas, sentimentos positivos tais como inclusão e compreensão, além do estabelecimento de relações de confiança, liberdade e privacidade, entre os membros da família, estão associados à menor sintomatologia de estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e severidade de doença mental.

Negreiros (2013) evidencia um consenso na literatura em termos de que o apoio parental positivo, assim como, as condutas de controle e monitoramento adequados estimulam os jovens a adotarem um estilo de vida mais proativo. Contrariamente, as práticas parentais deficientes, conflitos, desorganizações e falta de habilidades nas interações familiares predizem dificuldades em seu futuro, podendo contribuir para crenças distorcidas sobre suas próprias capacidades ou sentido de autoeficácia.

### 1.3 Autoeficácia

Autoeficácia é um conceito utilizado pela Teoria Social Cognitivo desenvolvida por Bandura (1977, 1982, 1986), que tem contribuído com os estudos acerca do comportamento humano. Pode ser definida como a crença do indivíduo em sua capacidade de desempenho em atividades específicas envolvendo o julgamento que as pessoas fazem do quanto são capazes de realizar e organizar atividades em situações diversas (Baptista, Alves, & Santos, 2008).

A autoeficácia pode ser considerada como uma regra para a ação envolvendo aspectos cognitivos, emocionais e motores. Exerce uma função estimuladora do comportamento das pessoas. Bandura (1977) declarou que a autoeficácia determina as opções e atitudes dos indivíduos, bem como a quantidade de energia, tempo e perseverança a serem gastos em prol de um objetivo.

É, também, elemento fundamental na constituição da motivação humana, influenciando nas realizações acadêmicas e profissionais. Trata-se de um dos constructos mais estudados devido à sua aplicabilidade em diferentes contextos entre eles: família, saúde e educação (Iaochite, Azzi, Polydoro, & Winterstein, 2011).

Bandura (1977, 1994, 1999) considera quatro fontes principais para o desenvolvimento da Autoeficácia: experiências de domínio ou experiências positivas; experiências vicárias; persuasão verbal e, finalmente, estado emocional e fisiológico (Apablaza & Lira, 2013; Santana, 2016).

Conforme Guerreiro-Casanova e Polydoro (2011) as experiências de êxito são as fontes de maior influência sobre as crenças de autoeficácia porque estão relacionadas a resultados de vivências pessoais reais. Santana (2016) aponta o surgimento das crenças de autoeficácia a partir de experiências anteriores do indivíduo, chamadas de experiências de domínio, que ao serem vividas e interpretadas como bem-sucedidas, elevam a eficácia e quando fracassadas, têm a mesma diminuída.

Diante deste contexto, pode-se considerar que os indivíduos com baixa autoeficácia tendem a se sentir desamparados, incapazes frente aos desafios surgidos, com possibilidades de vir a desistir em sua primeira tentativa. “A incapacidade de ter influência sobre as coisas que afetam a vida de maneira adversa produz apreensão, apatia ou desesperança” (Bandura, 1995, p.1). Em contrapartida, pessoas com elevada autoeficácia em geral, são perseverantes, confiantes, esperam ser bem-sucedidas na superação de obstáculos, uma vez que, passam a encarar as dificuldades como desafios e não como ameaças (Azzi & Polydoro, 2006).

As experiências vicárias consistem em observar modelos sociais ou exemplos e não simplesmente aprender por reforço direto. Assim, é a observação dos modelos sociais que está na base da aprendizagem por modelação (Apablaza & Lira, 2013; Barros & Batista-dos-Santos, 2010; Rocha, 2016).

O reforço vicariante se refere ao aprendizado ou fortalecimento de um determinado comportamento por meio da observação do comportamento de outros e suas consequências.

Neste sentido, a forma de aprendizagem ocorre da observação de exemplos sociais, sendo que o comportamento tem uma função informadora para o sujeito que observa (Schultz & Schultz, 2012).

Em essência, a modelação não se trata apenas da imitação do comportamento observado, uma vez que envolve processos cognitivos. Isto porque, ao ser exposto às atividades de modelos significativos e ao antecipar e estimar as consequências de tais comportamentos, o indivíduo desenvolve representações simbólicas das atividades modeladas que irão guiar o seu comportamento futuro em situações semelhantes ou em contextos cujas regras sejam as mesmas (Bandura, 1977, 1999). Deste modo, no processo de modelação social é possível tanto adquirir novos comportamentos, quanto inibir ou desinibir padrões de resposta anteriormente aprendidos (Bandura, 1986, 2008).

Conforme Costa e Boruchovitch (2006), a persuasão verbal constitui uma das fontes que favorecem o desenvolvimento da autoeficácia, entretanto, se este julgamento for acompanhado de situações de fracasso, o mesmo terá pouco efeito sobre a crença de eficácia do indivíduo.

Por último, as reações fisiológicas e os estados emocionais podem afetar as crenças de autoeficácia, pois estes orientam as pessoas no julgamento de suas capacidades frente a determinado comportamento (Barros & Batista-dos-Santos, 2010; Santana, 2016). Assim, a redução do estresse e de estados emocionais negativos auxiliam o controle do raciocínio, fortalecendo a crença de autoeficácia (Apablaza & Lira, 2013; Rocha, 2016).

Um outro conceito importante desenvolvido por Bandura (1997) foi o de agência humana. Esta seria uma disposição do indivíduo para produzir e guiar comportamentos com fins específicos, sendo, portanto, um comportamento intencional. Tal conceito explica a tendência das pessoas em escolher, geralmente, atividades para as quais se sentem aptas a realizar e de evitar (agenciar) situações nas quais acreditam não possuir eficácia (Cerutti, Palma, Arteché, Lopes, & Wendt, 2011).

O comportamento dos indivíduos também varia em função de expectativas generalizadas de que os resultados de suas ações sejam determinados pelas próprias ações



(*locus* de controle interno) ou por fatores externos, que fogem ao controle do indivíduo (*locus* de controle externo) (Bandura, 1986; Rotter, 1966). Holloway e Watson (2002) relatam que o indivíduo pode possuir uma orientação interna do *locus* de controle, mas não ser auto eficaz. Isto porque o indivíduo pode acreditar que um resultado específico pode ser conseguido, no entanto, julgar ser incapaz de alcançá-lo. Sendo assim, salienta-se que os indivíduos que se percebem incapazes de produzir um resultado específico, provavelmente não iniciarão a ação necessária para atingi-lo (Holloway & Watson, 2002; Silva, 2004).

Deste modo, observa-se que as crenças são individuais e têm ligação com uma atividade específica, o que faz com que um mesmo indivíduo possa apresentar diferentes níveis de autoeficácia. Assim, tais crenças se desenvolvem e se modificam ao longo da vida e em diversas áreas do conhecimento (Azzi & Polydoro 2006; Santana, 2016).

Gerhardt e Brown (2006) explicam que na Teoria social cognitiva, o ser humano é descrito como o resultado da interação entre as influências pessoais, comportamentais e ambientais. Nesta perspectiva, um indivíduo é capaz de exercer controle sobre seus próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos por meio da crença que possui acerca de si mesmo.

Um número expressivo de estudos que abordam as crenças de autoeficácia, interligadas com o ambiente acadêmico, são relatados na literatura internacional (Dinther, Dochy, & Segers, 2011; Motlagh, Amrai, Yazdani, Abderahim, & Souiri, 2011; Robbins, Lauver, Le, Davis, Langley, & Carlstrom, 2004; Yusuf, 2011). Tal atenção pode ser entendida uma vez que, nesse contexto, os alunos vivem um período considerável de suas vidas, buscando conhecimentos e informações sobre a futura profissão que é de fundamental importância para o desenvolvimento da pessoa e também para o reforçamento de suas crenças de eficácia pessoal.

Ourique (2010) verificou que a autoeficácia pode ser um preditor no planejamento de carreira na medida em que as crenças em relação às habilidades pessoais influenciam positivamente na precisão das atividades que o universitário irá exercer futuramente. Bardagi e Boff (2010) também analisaram as crenças de autoeficácia em graduandos concluintes, em uma universidade no interior do Rio Grande do Sul. Os estudos reforçam que um acompanhamento aos universitários em processo de transição para o mercado de trabalho se faz imprescindível.

Pajares (1996) afirma que, no contexto acadêmico, estudantes com alto senso de eficácia são capazes de realizar tarefas acadêmicas de forma mais satisfatória e avaliam melhor o próprio desempenho do que aqueles com baixo senso de autoeficácia. Santana

(2016) ressalta que por ser um constructo que tem impacto em todas as etapas do desenvolvimento humano, a autoeficácia é fator fundamental na determinação do sucesso ou fracasso ao longo da vida do indivíduo.

Dessa forma, pode-se entender que tal crença é capaz de afetar escolhas e o desempenho acadêmico e profissional, comprometendo o futuro dos indivíduos, uma vez que está relacionada ao sentimento de adequação, eficácia e competência que os mesmos possuem para lidar com as experiências da vida (Schultz & Schultz, 2012).

A autoeficácia, portanto, é considerada também, elemento fundamental na constituição da motivação humana, impactando nas realizações acadêmicas e profissionais e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos estudantes universitários (Iaochite, Costa, Matos, & Sachimbombo, 2016; Pajares & Olaz, 2008). Este aspecto será abordado no capítulo a seguir.

## CAPÍTULO II

### QUALIDADE DE VIDA DE UNIVERSITÁRIOS

O termo “qualidade de vida” parece ter sido utilizado cientificamente pela primeira vez em meados de 1930, segundo levantamento de Seidl e Zanon (2004). Conforme Oliveira (2015), na década de 70, surgiu a necessidade de conceituar a qualidade de vida (QV) a partir de alguns aspectos comuns de diferentes áreas do conhecimento, como ciências sociais, econômicas, humanas e da saúde. Conforme a autora, na área de saúde a percepção do sujeito, acerca de sua qualidade de vida, começou a ser discutida como maneira de medir o modo que as pessoas viviam após o aparecimento de uma doença.

Para a Organização Mundial da Saúde –OMS (2001), qualidade de vida é definida como “a percepção 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 Grup, 1998, p.551).

Trata-se de um conceito que abrange uma variedade de condições que podem influenciar a forma como o indivíduo percebe o seu funcionamento diário, sendo capaz de afetar sentimentos e comportamentos, mas não se limitando unicamente à condição de saúde física. Deste modo, estudos antes centrados na cura e na medicalização da vida, são ampliados para o viver com qualidade, mesmo diante de doenças crônicas (Medeiros, Silva, & Saldanha, 2013).

Fiedler (2008) considera o conceito de qualidade de vida similar à definição de felicidade ou estado de bem-estar, que segundo Cloninger (2006) é uma compreensão coerente do mundo cujo modo harmônico de viver depende do grau de consciência que as pessoas têm de seus objetivos e valores.

Ferraz, Tavares e Zilberman (2007), ao correlacionarem o conceito de felicidade e qualidade de vida com base na psicologia positiva, consideram que a felicidade e a sensação de satisfação e bem-estar diante da vida, são fenômenos predominantemente subjetivos, estando relacionados mais a traços de temperamento e postura do que a fatores externamente determinados.

A qualidade de vida também é considerada um elemento primordial no processo saúde-doença de uma população, em sua definição traz a natureza biopsicossocial do indivíduo e analisa aspectos físicos, psicológicos, sociais, ambientais além da subjetividade da percepção do indivíduo acerca da vida (Gonçalves & Silvany, 2013; Silva & Heleno, 2012).

O tema qualidade de vida é amplo e compreende uma gama de conceitos que, dependendo da área de estudo, abrange muitos significados refletidos em conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Os indicadores de níveis de qualidade de vida podem ser analisados nas esferas de percepção objetiva e subjetiva. Assim, são consideradas as percepções objetivas as possibilidades de consumo e utilização de bens materiais concretos tais como: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, saúde e lazer individuais perante a própria vida do sujeito (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Segundo Gonçalves (2004) a esfera subjetiva de compreensão de qualidade de vida está relacionada ao estilo de vida do sujeito, seus hábitos aprendidos e adotados ao longo da vida, no que diz respeito a realidade familiar, ambiental e social. São posicionamentos que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas, assim, devem ser considerados o controle do estresse, a nutrição equilibrada, a atividade física regular, os cuidados preventivos com a saúde e o cultivo de relacionamentos sociais.

A qualidade de vida também se refere a valores não materiais como amor, felicidade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade e se expressam de formas distintas entre os indivíduos (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Nesta direção Fiedler (2008) valida o conceito de Rodrigues (1994) que inclui na expressão “qualidade de vida”, valores ambientais e humanos, negligenciados pelas sociedades industriais, em prol do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico. A autora realça também o posicionamento de Capra (1995), que considera a qualidade de vida na esfera da conservação e prevenção da biodiversidade do planeta, na busca de melhores condições de vida das pessoas baseadas na construção de valores pessoais, econômicos e diversidade social. Neste sentido, considerar qualidade de vida implica em avaliar a própria vida e os valores atribuídos ao viver através da experiência pessoal ou de forma coletiva, a partir do contexto social e histórico.

Paralelamente à evolução do conceito de QV, também houve um crescimento pelo interesse de mensurá-la, bem como seus níveis. Sendo assim, diversos instrumentos de avaliação foram desenvolvidos, em sua maioria produzidos nos Estados Unidos e posteriormente traduzidos e adaptados para outras culturas (Amadeu & Justi, 2017). Gonçalves e Silvany (2013) destacam o uso do instrumento *Whoqol-Bref*, que tanto pode ser utilizado para populações saudáveis quanto para populações acometidas por agravos e doenças crônicas.

O *WHOQOL-bref* é composto por 26 perguntas sendo duas dessas questões gerais, uma referindo-se à vida e a outra à saúde; as demais vinte e quatro perguntas são relativas a

quatro domínios e suas respectivas dimensões, a citar: Domínio I – físico: dor, energia, sono, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos; Domínio II – psicológico: sentimentos positivos como concentração e autoestima, sentimentos negativos quanto a crenças pessoais; Domínio III – relações sociais: relações pessoais e atividade sexual; Domínio IV – meio ambiente: segurança física e proteção, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de recreação/lazer e ambiente físico em que os indivíduos vivem (Fleck et al., 2000).

Conforme Andrade et al. (2011) na atualidade a perspectiva para se ter uma vida saudável nos aspectos físicos, psicológicos e nas relações sociais, é possuir uma boa qualidade de vida, que é entendida como a valorização do bem-estar, felicidade, amor, prazer, realizações pessoais e culturais, e por meio das suas tradições. O tema qualidade de vida tem sido atualmente de grande interesse, não só em empresas, entre trabalhadores liberais, idosos, mas também para estudantes e profissionais da área da saúde (Chehuen et al., 2008).

A quantidade de estudos que utilizam o *WHOQOL-bref* vem crescendo ao longo dos anos, sendo o Brasil um dos destaques no número de publicações. Pesquisas utilizando este instrumento e outros parâmetros para medir a qualidade de vida já são realizadas há mais de 30 anos. Segundo Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009) a versão em português do *WHOQOL-bref*, foi realizada segundo metodologia preconizada pelo Centro WHOQOL para o Brasil e apresentou características psicométricas satisfatórias. A versão brasileira foi traduzida e ajustada por Fleck e colaboradores (Amadeu & Justi, 2017).

Quando se adentra no contexto acadêmico, a expressão Qualidade de Vida (QV) está vinculada à satisfação que os indivíduos possuem em relação à sua vida e ao ambiente em que vivem, estando relacionado a assuntos como felicidade, saúde, harmonia, morar bem e salário (Minayo, Hartz, & Buss, 2000). Uma alta ou baixa QV sofre influência de inúmeras variáveis que diferem em relação a cada pessoa, tornando difícil a avaliação de todas as possíveis variáveis envolvidas (Gonçalves & Silvany, 2013).

Ao avaliar a QV de estudantes, as pesquisas demonstram um avanço na relevância dada ao tema não somente por seu impacto durante o curso, mas também em uma perspectiva de conhecimento, discussão e resolução de alguns fatores causadores de baixa qualidade de vida dos indivíduos que poderão interferir no âmbito profissional (Gonçalves & Silvany, 2013).

Corroborando com essas ideias, Langame et al. (2016) apontam para a importância do tema, visto que interfere na saúde, no índice de evasão escolar e no desempenho acadêmico impactando na futura vida profissional dos graduandos.

Fiedler (2008) faz uma reflexão acerca desta etapa de vida do estudante. Comenta que passada a fase da seleção inicial, marcada pela competitividade, sacrifício e desgaste emocional, a universidade é considerada pelo calouro, como local idealizado, por representar a concretização do desejo de ingressar no curso escolhido. Nesta ocasião, devido ao clima comemorativo junto à família e amigos, o estudante sente-se socialmente valorizado e orgulhoso do seu desempenho.

Porém, após a euforia desse momento, o ingresso à universidade pode para alguns, se tornar fonte de frustração pois, embora seja considerada um ambiente propício para a interação social e aprendizado, é também capaz de promover – em muitos momentos - elevado nível de estresse justificado pela demanda de tarefas acadêmicas, fatores emocionais, trâmites burocráticos, dificuldades de relacionamento entre estudantes, professores e direção (Fiedler, 2008; Teixeira, Dias, Wottrich e Oliveira, 2008).

Moura et al. (2016), em seus estudos com graduandos de enfermagem, destacam que a inserção do estudante na rotina universitária pode gerar sentimentos de angústia, insegurança, medo e ansiedade. Assim, a adaptação à universidade implica também em aprender a lidar com as frustrações geradas em relação ao conteúdo das disciplinas, as exigências do curso e ao gerenciamento da própria vida (Gottlieb, Still, & Newby-Clark, 2007; Teixeira, Castro, & Piccolo 2007).

Conforme se observa, o ingresso no ensino superior gera mudanças no cotidiano do universitário, proporcionando novas experiências associadas a novos e distintos sentimentos, o que influencia a percepção do estudante em relação à sua qualidade de vida e bem-estar. Assim, para se atingir um resultado positivo, com melhora na qualidade de vida dos universitários, é necessário considerar aspectos relacionados à família, condições financeiras e métodos de aprendizagem (Souza, 2015).

A entrada na universidade é uma experiência que impacta não apenas pelas novas demandas do ambiente universitário, mas também porque provoca mudança no contexto de vida do jovem, exigindo o desenvolvimento de respostas adaptativas frente a um conjunto de situações desafiadoras relacionadas ao gerenciamento da própria vida (Gottlieb, Still, & Newby-Clark, 2007).

Teixeira, Dias, Wottrich e Oliveira (2008) conduziram um estudo sobre a experiência de ingresso na universidade em calouros de 18 a 22 anos de idade e apontaram a importância das relações interpessoais no processo de adaptação à universidade.

Gonçalves e Silvany (2013), quando avaliaram a dimensão psicológica da qualidade de vida dos estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia, verificaram que fatores

como: alta carga horária, grande número de informações e cobrança dentro e fora do ambiente acadêmico influenciam diretamente na qualidade de vida desses estudantes.

Pesquisas com discentes de medicina têm demonstrado diversas alterações na QV em proporções mais elevadas do que as observadas na população geral, destacando-se maior prevalência de transtornos mentais comuns, alto índice de episódios depressivos, e de distúrbios do sono (Cavestro & Rocha, 2006; Chehuen et al., 2008; Costa et al., 2012).

Petrone (1994) define qualidade de vida no sentido de satisfação, realização das aspirações e desejos, conscientes ou não, superando de modo positivo os obstáculos da vida nas suas diferentes fases. O autor relaciona QV com autoconhecimento, afirmando que o indivíduo que se conhece sabe definir o que é sua qualidade de vida.

Deste modo, o sujeito é capaz de avaliar melhor suas escolhas e comportamentos, evitando circunstâncias que favoreçam o aparecimento de doenças ou de assumir estratégias mais úteis com a finalidade de reduzir prejuízos, criando projetos de vidas envolvendo outras pessoas, conseqüentemente, favorecendo o seu crescimento pessoal. Nessa perspectiva, a doença corresponde a uma denúncia de desconforto existencial e baixa qualidade de vida (Petrone, 1994).

Porém, segundo Fiedler (2008), o estudante, muitas vezes, não aprende o conceito de qualidade de vida durante o curso, desconhece a sua importância e utilização e tem índices baixos na avaliação da sua própria qualidade de vida.

Um outro aspecto que deve ser observado ao analisar a qualidade de vida em estudantes está relacionado a fatores que acabam comprometendo a saúde física, como a carga horária extenuante, várias horas de estudo, a multiplicidade de atividades, a falta de organização do tempo, a irregularidade do sono, a ansiedade, a alimentação inadequada e o sedentarismo corroboram para baixa QV (Fiedler, 2008; Gonçalves & Serafim, 2016).

São vários os motivos que movem os estudantes a ingressem em um curso de graduação: aptidão, remuneração, mercado de trabalho, influência dos pais, sonho de criança, entre outros. As tendências do mercado de trabalho, afinidade e questões financeiras, são, em sua maioria, motivos que justificam tal opção. Porém, se o indivíduo está realizado com a escolha do curso poderá apresentar uma qualidade de vida e bem-estar alto, já que, conforme pesquisas, indivíduos que realizavam com frequência atividades prazerosas extra acadêmicas apresentaram QV muito superior (Gonçalves, & Silvany, 2013).

No outro extremo, o estresse, a perda da liberdade pessoal, o excesso de pressões acadêmicas, falta de tempo para o lazer e para atividades culturais, dificuldades de praticar esporte e de convívio com a família e amigos, se colocam como questões cruciais na

discussão da baixa qualidade de vida estudantil, podendo ocasionar falta de motivação, depressão, doenças, evasão escolar ou a busca por substâncias psicoativas (Jatobá & Bastos, 2007).

Ainda conforme os autores, a prevalência de estresse e depressão em estudantes ocorre mais comumente em jovens do gênero feminino e entre os que conciliam trabalho e estudo trazendo consequências como queda no desempenho escolar, comprometimento da qualidade de vida, da saúde física e mental, com índices expressivos de ideação suicida.

Neste sentido, o nível de satisfação do acadêmico com o curso não pode ser ignorado, sendo o ideal a realização de uma escolha consciente, se possível com a orientação vocacional, o que minimiza a angústia e fortalece a capacidade de enfrentamento (Jatobá & Bastos, 2007; Ourique, 2010).

Nas pesquisas de Gonçalves e Silvany (2013) também com estudantes de medicina, acerca da renda familiar, verificou-se que aqueles que tinham renda familiar mensal acima de 15 salários mínimos apresentaram QV significativamente maior do que famílias cuja renda estaria abaixo deste patamar. Os que não souberam informar a renda mensal de sua família, apresentaram maior prevalência de baixa QV. Os estudantes que referiram não ter dinheiro suficiente para suas despesas cotidianas apresentaram o dobro de prevalência de baixa QV.

Os autores chamam a atenção para a influência que a questão econômica pode ter na vida do estudante e, possivelmente, em seu desempenho acadêmico e formação como um todo. Minayo, Hartz e Buss (2000) defendem essa influência da renda na qualidade de vida do ser humano quando destacam que a qualidade de vida tem seus aspectos subjetivos e objetivos.

Costa et al. (2008), na pesquisa com graduandos da Faculdade de Psicologia da PUCRS ressaltam que estudar o ser humano como um todo implica em considerar questões relacionadas ao bem-estar espiritual e à qualidade de vida.

Para os autores, as questões referentes ao significado da vida e à razão de viver são percebidas como mais satisfatórias pelos estudantes de Psicologia, já que o curso aborda os temas sobre sentimentos, autoestima, crenças pessoais, formação da personalidade, processos cognitivos, dentre outros aspectos relacionados ao desenvolvimento humano. Esses aspectos tendem a influenciar a formação pessoal e profissional desses jovens.

Contini (2001) enfatiza que o período da formação universitária proporciona acesso do aluno ao conhecimento teórico produzido pela ciência da Psicologia, desenvolvendo aprendizagens básicas sobre o fazer psicológico.



Costa et al. (2008) afirmam que é essencial aproximar a formação profissional das experiências de religiosidade e espiritualidade, considerando-se os aspectos sociais e culturais dos contextos no quais os indivíduos estão inseridos. Com isso, pode-se proporcionar um aprendizado que considere as dimensões do ser humano, visando a uma aproximação entre o transcendente e a ciência.

Neste sentido, conforme Oliveira e Junges (2012), a espiritualidade vem sendo amplamente pesquisada em sua relação com a saúde mental tendo a psicologia direcionado seus estudos ao bem estar psicológico e a integração bio-psicosocio-espiritual do ser humano com foco na busca de bem estar, de modos de vida que ampare o sujeito diante das adversidades do cotidiano e que o auxilie num processo de mudança e produção de subjetividade e não apenas na ausência de doenças fornecendo, assim, espaço para se pensar o papel da espiritualidade na saúde mental.

Os autores assinalam a inclusão, pela Organização Mundial de Saúde, da dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, direcionada a questões como significado e sentido da vida, e não como tipo específico de crença ou prática religiosa considerando assim a espiritualidade, como o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a crença de que há mais no viver do que se pode ser perceber ou compreender.

Portanto, na instituição de nível superior é possível considerar o estudante de forma holística e assumir ações que promovam a saúde física, mental e espiritual além de propiciar suporte emocional e o preparo para tornar o indivíduo mais resiliente (Meira, Correia, Arruda, & Veras, 2017). Nesta direção, Moura et al. (2016), enfatizam que é dever da universidade, enquanto instituição responsável pela educação dos futuros profissionais, conhecer as necessidades dos estudantes e, sobretudo, implantar estratégias que promovam a sua qualidade de vida.

Bacha et al. (2012) salientam que, de modo geral, a qualidade de vida dos universitários de psicologia melhora com o desenvolvimento do curso. Sugerem atenção especial àqueles que estão ingressando neste contexto universitário, tendo em vista a mudança significativa na vida e no cotidiano destas pessoas que, em maior ou menor grau, de maneira emocional ou física, sentem o impacto desta transformação

Neste sentido, a relação existente entre as percepções de suporte familiar e de qualidade de vida poderá impactar na formação universitária. Em vista disso, o presente estudo busca investigar a relação que se estabelece entre a percepção do suporte familiar, de autoeficácia e de qualidade de vida dos estudantes universitários do curso de psicologia

## CAPÍTULO III

### MÉTODO

#### 3.1 Delineamento Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal, que partiu de uma pesquisa mais ampla que está sendo desenvolvida em parceria com a Universidade Católica de Pernambuco e a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto intitulada “Percepção de Suporte Familiar, Autoeficácia, Drogas e Qualidade de Vida de Universitários”.

#### 3.2 Participantes

Participaram 200 estudantes de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade do curso de Psicologia de uma instituição privada de ensino superior da cidade do Recife, estado de Pernambuco, Brasil.

#### 3.3 Instrumentos

1. Questionário Sociodemográfico
2. Inventário de Percepção de Suporte Familiar - IPSF
3. Escala de Autoeficácia Geral Percebida
4. *World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref)*

##### 3.2.1. Questionário Sociodemográfico

Trata-se de um breve questionário, parte integrante do Livro de Aplicação (Vol.2) da Coleção 2 Inventário de Percepção de Suporte Familiar-IPSF validado por Baptista (2009) no Brasil e em Portugal composto de seis itens: nome, sexo, idade, estado civil, perfil acadêmico, perfil familiar e se os pais se encontram separados.

### 3.3.2. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)

Inventário validado por Baptista (2009) no Brasil e em Portugal composto de um breve questionário sociodemográfico e por 42 afirmações relacionadas a situações familiares agrupados em três fatores: Afetivo-consistente (21 itens), Adaptação Familiar (13 itens) e Autonomia (8 itens) que visa analisar a percepção que o indivíduo possui do suporte familiar. O IPSF é respondido por intermédio de uma escala Likert de três pontos, pontuando-se dois para respostas "sempre"; um para "às vezes" e zero para "nunca".

O fator **Afetivo-Consistente** avalia em 21 questões, a percepção da expressão de afetividade (verbal e não verbal), assim como, do interesse, proximidade, acolhimento, comunicação, interação, respeito, empatia, clareza nas regras, consistência de comportamentos e verbalizações além de habilidades na resolução de problemas entre os membros da família.

O fator **Adaptação Familiar** consiste em 13 questões que abordam sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, tais como raiva, isolamento, incompreensão, exclusão, não pertencimento, vergonha, irritação, relações agressivas (brigas e gritos), além de percepção de competitividade e culpabilidade entre os membros da família em situações de conflitos. Esta dimensão foi pontuada inversamente, assim, quanto maior a pontuação, mais adequado é o suporte familiar, o que significa mais comportamentos positivos em relação à família. E por último, o fator **Autonomia** com 8 questões que apontam para relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros da família.

### 3.3.3 Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP)

Trata-se de um instrumento validado no Brasil e em Portugal por Leme, Coimbra, Gato, Fontanele e Del Prette (2013), do tipo Likert de quatro pontos, com dez itens que variam numa escala de um (discordo totalmente) a quatro (concordo totalmente), e que quanto maior a pontuação maior a percepção de autoeficácia.

### 3.3.4 *World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref)*

Trata-se de uma versão desenvolvida por Fleck et al. (2000) de forma reduzida da avaliação da qualidade de vida que fornece escore para quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. *WHOQOL-BREF* consta de 26 questões, sendo duas

questões gerais e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (*WHOQOL-100*). Surgiu a partir da necessidade de instrumentos curtos, com pouco tempo de duração para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias. Pode ser utilizada numa gama de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2009).

### **3.4 Procedimento de coleta de dados**

Inicialmente foi realizado um contato com o coordenador do curso de Psicologia da instituição escolhida para apresentação da pesquisa e autorização da aplicação dos instrumentos utilizados. Durante o primeiro encontro com os estudantes, foi realizada a explicação dos instrumentos que seriam aplicados. O tempo para cada avaliação foi de aproximadamente uma hora. A recolha dos dados foi realizada de modo coletivo, em ambiente adequado disponibilizado pela instituição.

A pesquisa após ter sido submetida ao Comitê Científico e de Ética da Universidade Católica de Pernambuco foi aprovada e registrada sob CAAE nº 83527317.0.0000.5206 e seguiu, rigorosamente, os preceitos éticos estabelecidos na Resolução CNS 510/16 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde.

Deste modo, foi solicitado aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual apresentou de forma simples e clara as informações pertinentes ao trabalho, além de garantir ao participante sigilo da sua identidade e direito a desistir a qualquer momento de sua participação sem prejuízos.

### **3.5 Procedimento da Análise de Dados**

Após a aplicação dos questionários, foi construído uma planilha no programa SPSS, versão 18.0, a partir da qual foi realizada a análise dos dados. Para avaliar o perfil sociodemográfico, a percepção de suporte familiar e de autoeficácia foram calculadas as frequências percentuais e construídas suas respectivas distribuições.

Com relação ao questionário de qualidade de vida, *Whoqol-Bref*, foram calculadas as estatísticas descritivas: mínimo, máximo, mediana e intervalo interquartil. Após a análise individual de cada instrumento foram realizados os cruzamentos entre as variáveis estudadas. Nos cruzamentos foram avaliados a normalidade dos escores através do teste de *Shapiro-Wilk*. Uma vez que esta não se revelou na pesquisa, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* e o teste de

*Kruskal-Wallis* e foi aplicado o teste Qui-quadrado e Exato de Fisher para comparação das distribuições. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos após a análise estatística dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Serão relatados o perfil sociodemográfico dos estudantes, seguidas da análise do *WHOQOL-bref*, percepção do suporte familiar, percepção da autoeficácia e os seus respectivos cruzamentos.

Com relação aos resultados, observa-se que a amostra desse estudo foi constituída por 200 alunos do curso de Psicologia, sendo predominante os discentes do sexo feminino (85,0%). Verificou-se que a maioria dos alunos estavam agrupados entre a faixa etária de 18 a 25 anos (76,5%), eram solteiros (86,4%), possuíam pais não separados (56,1%) e se encontravam no segundo ano do curso (31,5%), conforme pode ser observado na Tabela 1. O teste de comparação de proporção foi significativo nas variáveis sexo, idade, estado civil e ano do curso com  $p < 0,05$ .

Tabela 1  
**Perfil sociodemográfico dos estudantes avaliados**

Variáveis	N	%	p-valor <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>			
Masculino	30	15,0	<0,001
Feminino	170	85,0	
<b>Idade</b>			
18 a 25 anos	153	76,5	<0,001
26 a 30 anos	13	6,5	
31 a 35 anos	12	6,0	
36 a 40 anos	11	5,5	
41 anos ou mais	11	5,5	
<b>Estado civil</b>			
Solteiro (a)	171	86,4	<0,001
Casado (a)	19	9,6	
União de fato	3	1,5	
Divorciado (a)	3	1,5	
Viúvo (a)	2	1,0	
<b>Pais separados</b>			
Não	106	56,1	0,094
Sim	83	43,9	
<b>Ano do curso</b>			
1º ano	53	26,9	<0,001
2º ano	62	31,5	
3º ano	53	26,92	
4º ano	25	12,7	
5º ano	4	2,0	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

A respeito do escore de qualidade de vida, *WHOQOL Bref*, verifica-se na Tabela 2, que o domínio físico (Md = 46,43) apresentou menor mediana, enquanto as mais elevadas foram os domínios Psicológico (Md = 62,50) e Geral (Md = 62,50).

Tabela 2

**Análise descritiva do escore do WHOQOL-Bref segundo o domínio avaliado**

WHOQOL-Bref	Variação possível	Estatísticas avaliadas			
		Mínimo	Máximo	Mediana	Amplitude Interquartil
Físico	0 – 100	10,71	71,43	46,43	17,86
Psicológico	0 – 100	25,00	87,50	62,50	20,83
Social	0 – 100	0,00	100,00	58,33	25,00
Meio ambiente	0 – 100	18,75	93,75	56,25	21,88
<b>Geral</b>	<b>0 – 100</b>	<b>12,50</b>	<b>100,00</b>	<b>62,50</b>	<b>25,00</b>

Com relação ao inventário de percepção do suporte familiar (IPSF), observou-se que os alunos apresentaram em todos os domínios avaliados baixa classificação da percepção do suporte familiar, conforme indicado na Tabela 3.

Tabela 3

**Distribuição da classificação da percepção do suporte familiar dos alunos segundo os domínios do IPSF**

Domínio avaliado do IPSF	Classificação da percepção do suporte familiar		p-valor <sup>1</sup>
	Baixo	Elevado	
Afetivo-Consistente	103(56,0%)	81(44,0%)	0,105
Adaptação	96(52,2%)	88(47,8%)	0,555
Autonomia	95(51,6%)	89(48,4%)	0,658
IPSF Geral	97(52,7%)	87(47,3%)	0,461

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Na Tabela 4 tem-se a classificação da autoeficácia percebida dos estudantes avaliados. Observa-se que 59,4% dos alunos avaliados indicaram um escore de uma baixa percepção de autoeficácia.

Tabela 4

**Distribuição da classificação da autoeficácia percebida**

Classificação da autoeficácia	N	%	p-valor <sup>1</sup>
Baixa autoeficácia	117	59,4	0,008
Elevada autoeficácia	80	40,6	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Na Tabela 5 tem-se a avaliação da mediana e do intervalo interquartil do escore de qualidade de vida dos estudantes. Verifica-se que a variável sexo, com maior escore no o grupo feminino apresenta maior percepção de qualidade de vida, em todos os domínios avaliados, porém, a diferença é significativa nos domínios psicológico (p-valor = 0,050) e social (p-valor = 0,018).

Observa-se ainda, uma maior percepção de qualidade de vida em todos os domínios nas variáveis idade e estado civil com maiores escores nos grupos de estudantes maiores de 25 anos de idade casados ou em união de fato, porém, os domínios físico, psicológico e meio ambiente foram os que apresentaram maior relevância. Nota-se que os alunos cujos pais não estão separados apresentaram maior escore de qualidade de vida nos domínios psicológico, social e geral, porém, sem alterações significativas. Já em relação ao ano do curso observa-se que o domínio físico foi o que obteve menores escores.

Tabela 5

**Mediana e amplitude interquartil do escore de qualidade de vida segundo os domínios avaliados e o perfil sociodemográfico, dos estudantes avaliados**

Variáveis	Domínio avaliado				
	Físico	Psicológico	Social	Meio ambiente	Geral
<b>Sexo</b>					
Masculino	42,9 (16,1)	54,2 (18,8)	58,3 (16,7)	50,0 (25,0)	62,5 (25,0)
Feminino	46,4 (14,3)	62,5 (16,7)	66,7 (25,0)	56,2 (21,9)	75,0 (25,0)
<i>p</i> -valor <sup>1</sup>	0,349	0,050	0,018	0,162	0,165
<b>Idade</b>					
18 a 25 anos	46,4 (17,0)	58,3 (16,7)	58,3 (25,0)	53,1 (21,9)	62,5 (25,0)
Acima de 25 anos	51,8 (15,2)	66,7 (16,7)	66,7 (18,8)	61,6 (15,6)	75,0 (25,0)
<i>p</i> -valor <sup>1</sup>	<0,001	<0,001	0,541	0,007	0,068
<b>Estado civil</b>					
Solteiro (a)	46,4 (17,9)	58,3 (16,7)	58,3 (25,0)	53,1 (21,9)	62,5 (25,0)
Casado (a)/União de fato	53,6 (12,5)	70,8 (8,33)	75,0 (18,8)	62,5 (13,3)	75,0 (15,6)
Divorciado (a)/ Viúvo	50,0 (16,1)	62,5 (18,75)	66,7 (20,8)	59,4 (9,4)	75,0 (18,8)
<i>p</i> -valor <sup>2</sup>	0,002	0,001	0,148	0,027	0,053
<b>Pais separados</b>					
Não	46,4 (14,3)	62,5 (16,7)	66,7 (25,0)	53,1 (19,5)	75,0 (15,6)
Sim	46,4 (18,8)	58,3 (20,8)	58,3 (25,0)	56,2 (22,7)	62,5 (25,0)
<i>p</i> -valor <sup>1</sup>	0,811	0,452	0,277	0,494	0,501
<b>Ano do curso</b>					
1º ano	46,4(10,7)	58,3 (16,7)	66,7(20,8)	59,4 (21,9)	75,0(25,0)
2º ano	42,9(19,6)	62,5 (20,8)	66,7(25,0)	56,2 (18,8)	62,5(25,0)
3º ano	46,4(19,9)	58,3 (16,7)	58,3(25,0)	50,0 (18,8)	62,5 25,0)
4º ano	46,4(16,1)	62,5 (18,8)	58,3(29,2)	56,2 (25,0)	75,0 (18,8)
5º ano	53,6 (-)	70,8 (-)	58,3 (-)	53,1 (-)	50,0 (-)
<i>p</i> -valor <sup>1</sup>	0,614	0,293	0,516	0,083	0,114

<sup>1</sup>p-valor do teste de Mann-Whitney. <sup>2</sup>p-valor do teste de Kruskal-Wallis

Na Tabela 6 tem-se a distribuição da classificação do IPSF e classificação do EAGP segundo o perfil sociodemográfico. Verifica-se maior prevalência de baixa percepção do suporte familiar sendo significativos os fatores sexo e idade com maiores escores no grupo de



estudantes do sexo masculino acima de 25 anos, indicando a correspondência entre uma menor percepção da baixa autoeficácia e menor percepção do suporte familiar.

Na classificação do EAGP, observa-se uma prevalência da baixa autoeficácia nas variáveis sexo idade e estado civil com ênfase no grupo de estudantes do sexo masculino, na faixa etária de 18 a 25 anos e estado civil separado/divorciado. Pode-se constatar também, que o estado civil dos pais não altera de forma significativa a prevalência do baixo suporte familiar.

Tabela 6

**Distribuição da classificação do IPSF e classificação do EAGP segundo o perfil sociodemográfico dos estudantes avaliados**

Variáveis	Classificação do IPSF (Suporte familiar)		Classificação do EAGP (autoeficácia)	
	Baixa	Elevada	Baixa	Elevada
<b>Sexo</b>				
Masculino	16(59,3%)	11(40,7%)	18(62,1%)	11(37,9%)
Feminino	81(51,6%)	76(48,4%)	99(58,9%)	69(41,1%)
<i>p-valor</i> <sup>1</sup>	0,461 <sup>1</sup>		0,750 <sup>1</sup>	
<b>Idade</b>				
18 a 25 anos	81(57,4%)	60(42,6%)	91(60,3%)	60(39,7%)
Acima de 25 anos	16(37,2%)	27(62,8%)	26(56,5%)	20(43,5%)
<i>p-valor</i> <sup>2</sup>	0,020 <sup>1</sup>		0,651 <sup>1</sup>	
<b>Estado civil</b>				
Solteiro (a)	90(57,0%)	68(43,0%)	104(61,9%)	64(38,1%)
Casado (a) / união de fato	4(21,1%)	15(78,9%)	8(36,4%)	14(63,6%)
Separado/Divorciado	2(40,0%)	3(60,0%)	4(80,0%)	1(20,0%)
<i>p-valor</i> <sup>2</sup>	0,005 <sup>2</sup>		0,047 <sup>2</sup>	
<b>Pais separados</b>				
Não	54(53,5%)	47(46,5%)	69(65,7%)	36(34,3%)
Sim	38(52,8%)	34(47,2%)	42(51,9%)	39(48,1%)
<i>p-valor</i> <sup>1</sup>	0,929 <sup>1</sup>		0,056 <sup>1</sup>	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para independência. <sup>2</sup>p-valor do teste Exato de Fisher.

Ao cruzarmos a classificação do suporte familiar com a autoeficácia, nota-se que os alunos que apresentaram baixa percepção de suporte familiar demonstraram uma prevalência de percepção de baixa autoeficácia (Tabela 7). Observa-se que na análise estatística, através do teste de Qui-quadrado, ocorre uma correspondência entre a menor percepção de baixa autoeficácia com a menor percepção de suporte familiar com  $p < 0,05$ .

Tabela 7  
**Distribuição da autoeficácia segundo a classificação do suporte familiar**

Classificação do IPSF (Suporte familiar)	Classificação do EAGP (autoeficácia)		p-valor
	Baixo	Alto	
Baixo	66(69,5%)	29(30,5%)	0,021 <sup>1</sup>
Alto	46(52,9%)	41(47,1%)	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado.

Na Tabela 8 tem-se o cruzamento entre os domínios do *Whoqol-Bref*, o inventário de percepção de suporte familiar e a classificação da autoeficácia percebida. Nesse sentido, observa-se que os estudantes que demonstraram uma baixa percepção de suporte familiar e de autoeficácia, apresentaram escores menores em todos os domínios de qualidade de vida.

Deve-se destacar que no teste de comparação de distribuição do escore de qualidade de vida com exceção do domínio físico na percepção de suporte familiar e do domínio social na percepção de autoeficácia, todos os demais apresentaram relevância significativa com  $p < 0,05$  através do teste de Mann-Whitney, indicando que a percepção de suporte familiar apresenta uma relação significativa na percepção da qualidade de vida desses estudantes.

Tabela 8  
**Mediana e amplitude interquartil da percepção de qualidade de vida segundo a classificação do IPSF e EAGP**

Fator avaliado de Qualidade de vida	Domínio avaliado				
	Físico	Psicológico	Social	Meio ambiente	Geral
<b>Classificação do IPSF (Suporte familiar)</b>					
Baixo	46,4 (19,6)	58,3 (20,8)	58,3(25,0)	50,0(24,1)	62,5(25,0)
Alto	46,4 (14,3)	62,5 (11,0)	66,7(25,0)	59,4(15,6)	75,0(25,0)
<i>p-valor</i> <sup>1</sup>	0,074	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
<b>Classificação do EAGP (autoeficácia)</b>					
Baixo	44,3 (17,9)	58,3 (16,7)	58,3 (25,0)	53,1 (21,9)	62,5 (25,0)
Alto	50,0 (14,3)	66,7 (20,8)	62,5 (31,2)	59,4 (21,1)	75,0 (25,0)
<i>p-valor</i> <sup>1</sup>	<0,001	<0,001	0,494	0,012	0,005

<sup>1</sup>p-valor do teste de Mann-Whitney

Em síntese, os resultados da pesquisa indicam que a amostra é constituída predominantemente de estudantes do sexo feminino, do segundo ano do curso de psicologia, solteiros, na faixa etária de 18 a 25 anos e que possuíam pais não separados. Ao se analisar a percepção da qualidade de vida verificou-se uma menor mediana ou seja, uma baixa percepção de qualidade de vida, no domínio Físico. Em relação à percepção de qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas observa-se que na comparação geral não houve

diferenças significativas em função das variáveis analisadas. Contudo, ao se considerar os domínios de qualidade de vida, verificou-se que no domínio físico houve diferença significativa em relação a idade e estado civil, com maiores escores ou seja, maior percepção de qualidade de vida, na categoria de estudantes acima de 25 anos e nos casados ou em união de fato. No domínio Psicológico as diferenças foram significativas em função do sexo, idade, estado civil sendo o grupo de estudantes casados ou em união de fato, mulheres e os maiores de 25 anos os que atingiram os maiores escores indicando níveis mais elevados de percepção de qualidade de vida. Quanto ao domínio social observou-se significância na variável sexo com ênfase nas mulheres. Em relação ao domínio meio ambiente houve diferença significativa em função da idade e estado civil sendo os casados ou em união de fato e na faixa etária acima de 25 anos os que apresentaram maior percepção de qualidade de vida.

A maioria dos alunos do estudo considera possuir baixa percepção de autoeficácia e de suporte familiar sendo significativo da baixa percepção de suporte familiar as variáveis idade e estado civil com predominância desta baixa percepção nos estudantes na faixa etária de 18 a 25 anos e solteiros. E apenas o estado civil mais especificamente os solteiros, apresentaram escores significativos de baixa percepção da autoeficácia.

Por fim, esta pesquisa indicou que os alunos que demonstraram uma baixa percepção de suporte familiar e de autoeficácia, apresentaram escores menores em quase todos os domínios de qualidade de vida exceto no domínio físico para percepção de suporte familiar. Esses dados serão discutidos no capítulo a seguir.

## CAPÍTULO V

### DISCUSSÃO

Esta pesquisa buscou investigar a relação que se estabelece entre a percepção de suporte familiar, de autoeficácia e de qualidade de vida em estudantes de Psicologia. E especificamente, caracterizar o perfil sociodemográfico da população avaliada e analisar a percepção de suporte familiar, da autoeficácia e de qualidade de vida dos estudantes de psicologia.

O alto índice de alunos do sexo feminino pode ser explicado pelos dados do Censo Demográfico de 2014 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, o qual demonstra que 63,3% dos estudantes do ensino superior são mulheres.

Observou-se também uma prevalência de estudantes na faixa etária de 18 a 25 anos e solteiros. Esses resultados estão similares aos achados nas pesquisas desenvolvidas por Andrade et al. (2011) e Moura et al. (2016) que identificaram a predominância de estudantes solteiros como um reflexo da atual realidade brasileira em que os jovens têm optado por se casar mais tarde, priorizando a formação profissional e inserção no mercado de trabalho.

Como identificado no censo, a alta no percentual de estudantes na faixa etária de 18 a 24 anos cursando nível superior aconteceu em todas as regiões brasileiras, sendo o maior crescimento, de 29,1 pontos percentuais no Nordeste, onde a proporção passou de 16,4% para 45,5% (IBGE, 2014).

Quanto aos achados do *WHOQOL-Bref* observou-se que o domínio físico que corresponde à quantidade de energia necessária para desempenhar atividades diárias, capacidade de trabalho, sono e alimentação adequadas e dependência de medicação ou de tratamentos, apresentou menor mediana, ou seja, o domínio físico foi o que apresentou menor percepção de qualidade de vida pelos estudantes avaliados, resultado que diverge dos encontrados por Costa et al. (2008) em seu estudo no qual esse domínio apresentou maiores escores.

Esses dados se mostram preocupantes pois a carência de momentos de lazer, sono, de proteção e um ambiente físico saudável, parece interferir negativamente na percepção da qualidade de vida destes estudantes impactando na capacidade de realização das tarefas cotidianas e corriqueiras do ambiente universitário (Teixeira, et al., 2008).

Em consonância com esta pesquisa, Costa et al. (2010) destacam em seus resultados que o escore mais alto de seu estudo foi o domínio psicológico e ponderam que tais escores podem estar relacionados ao fato de o curso de Psicologia abordar temas relacionados a este domínio. De modo contrário, no estudo de Oliveira et al. (2011) os domínios meio ambiente e psicológico encontraram-se mais prejudicados em relação aos demais.

Quanto à percepção do suporte familiar, a amostra estudada apresentou uma maior prevalência de baixo suporte familiar em todos os domínios avaliados. O suporte familiar está relacionado grau de apoio fornecido pela família, a fim de atender às necessidades de seus membros. Baptista e Alves (2008) e Teixeira et al. (2008), ao realizarem pesquisas com universitários, mostraram que a relação entre pais e filhos e o apoio dos pais durante a adaptação ao ambiente universitário através do afeto, comunicação, compreensão, contribuem para o enfrentamento de diversas situações. É essa percepção que vai possibilitar ao indivíduo enfrentar o ambiente, de forma a lhe trazer resultados positivos que contribuam para o seu bem-estar psicológico, aumento da autoestima e redução do estresse (Lemos, Baptista, & Carneiro, 2011).

No que se refere à percepção de autoeficácia, evidenciou-se que os discentes possuíam baixa percepção desse constructo. Dados similares foram encontrados no estudo de Guerreiro-Casanova e Polydoro (2011) que identificaram uma diminuição dessa percepção ao longo do período pesquisado. Entretanto, Kocaman, Dicle e Ugur (2009) demonstraram que a medida que os acadêmicos avançam no curso universitário a percepção de autoeficácia e aprendizagem aumentam.

Ao cruzarmos o perfil sócio-demográfico e os domínios do *WHOQOL-Bref*, observou-se que o sexo masculino obteve menores escores de percepção de QV em todos os domínios sendo significativo nos domínios psicológico e social. Fato esse que diverge dos achados de Andrade et al. (2011) no qual os homens obtiveram melhores escores na percepção de qualidade de vida apresentando uma diferença significativa domínio físico.

A respeito do estado civil, Fiedler (2008) desenvolveu um estudo com universitários que mostrou melhor percepção de QV naqueles que eram casados, corroborando os dados aqui encontrados. Do mesmo modo, nos estudos de Andrade et al. (2011) foi identificado, a partir do domínio físico, que os casados se encontravam em condições físicas melhores do que os que eram solteiros.

Quanto ao ano do curso nesta pesquisa, a maior amostra de alunos se concentrou no segundo ano letivo do curso de psicologia. Conforme referido, na investigação de Bacha et al. (2012) os resultados indicaram que o escore total da qualidade de vida é pior no primeiro ano

e aumenta com o desenrolar do curso. Assim à medida que o curso avança, a percepção da qualidade de vida aumenta. Vários autores consideram que as experiências durante o primeiro ano da graduação são muito importantes para a permanência e o sucesso dos estudantes (Andrade et al., 2011; Bacha et al., 2012; Teixeira et al., 2008).

Este argumento que pode ser explicado pelo fato de que a entrada na universidade é uma experiência que gera mudanças no contexto de vida do jovem, exigindo uma atuação diante a de situações desafiadoras relacionadas ao gerenciamento da própria vida (Souza, 2015).

Conforme Teixeira, Castro e Piccolo (2007) a qualidade da relação que o universitário tem com seus pais é um fator que influencia a adaptação à universidade uma vez que a percepção de apoio emocional, parece contribuir na adaptação e no desempenho adequados do estudante no contexto do ensino superior.

Nesta investigação, verificou-se que os alunos que se perceberam com baixo suporte familiar indicaram maior prevalência na percepção da baixa autoeficácia. Neste sentido, Baptista, Alves e Santos (2008) apontaram para este entendimento nos seus resultados ao considerar que o afeto, interesse e a comunicação adequada, quando proporcionados pela família, elevam a percepção do indivíduo em sua capacidade de realizar determinadas tarefas.

Quando se avaliou a influência da percepção de qualidade de vida, de suporte familiar e de autoeficácia, constatou-se uma forte relação entre a percepção de suporte familiar e qualidade de vida em quase todos os domínios com exceção do Físico, revelando ser este o único domínio de qualidade de vida que não sofreu influência do suporte familiar. No tocante à autoeficácia e qualidade de vida, neste estudo observou-se significância para todos os domínios, exceto o social. Por fim, na avaliação global de percepção de qualidade os escores foram significativos indicando a relação entre baixa percepção de suporte familiar e baixa autoeficácia percebida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das limitações do estudo tendo sido a amostra obtida por conveniência, além de um menor número de estudos encontrados na literatura com graduandos de psicologia, nesta pesquisa ficou evidente que a maioria dos estudantes possuem uma percepção de baixa autoeficácia observada nos grupos de alunos que se perceberam com baixo suporte familiar impactando na percepção de uma baixa qualidade de vida.

Compreender a relação entre a suporte familiar, autoeficácia e o ambiente acadêmico é um assunto que possui grande relevância, pois, possibilita analisar tanto as situações e em que serão observados acadêmicos com eficácia mais elevada, como situações em que surgirão acadêmicos com uma crença de eficácia diminuída, o que poderá ocasionar futuramente prejuízos em sua vida profissional.

Diante disso, evidencia-se a importância de se verificar os possíveis fatores de aumento ou de baixa percepção da qualidade de vida de acadêmicos, já que o conhecimento dessas condições de aprendizado e de suas consequências poderão orientar ações que visem melhorar os fatores relacionados às instituições de ensino, que interferem na qualidade de vida dos estudantes, bem como propor medidas de intervenção psicológica para os acadêmicos.

Se faz necessário também, buscar promover mecanismos que possibilitem ao estudante desenvolver recursos para experienciar as novas situações vindouras, por meio de serviços e profissionais que possam auxiliar no enfrentamento de dificuldades, fortalecimento pessoal e equilíbrio emocional, favorecendo assim, a sua capacidade de responder de modo satisfatório aos desafios surgidos nessa etapa da vida.

Conclui-se que a manutenção da saúde mental dos universitários se constitui como parte fundamental da saúde geral do indivíduo, permitindo-lhe o aproveitamento pleno de suas capacidades cognitivas, relacionais e afetivas, o enfrentamento de dificuldades na vida, a produção no ambiente acadêmico e profissional e nas contribuições que estes farão futuramente, como profissionais para a sociedade. Pode-se inferir, ainda, que ajustes na adoção de medidas que se voltem diretamente a à qualidade de vida dos universitários possam ser benéficos e relevantes para a integridade e sucesso acadêmico dos graduandos sugere-se que outras pesquisas entre estudantes universitários graduandos de psicologia sejam realizadas.

## REFERÊNCIAS

- Amadeu, J. R., & Justi, M. M. (2017). Qualidade de vida de estudantes de graduação e pós-graduação em Odontologia. *Archives of Health Investigation*, 6(11)540-544. doi: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i11.227>
- Andrade, K.O., Souza, J. C., Leite, L.R.C., Figueiró, M. T., & Cunha, B. V. S. (2011). Qualidade de vida em estudantes de psicologia. *Psicólogo InFormação*, 15(15), 129-141.
- Apablaza, C.G.C., & Lira, M.M. (2013). La teoría de autoeficácia y el desempeño docente: el caso de Chile. *Estudios Hemisféricos y Polares*, 4(2), 107-123.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Azzi, R.G., & Polydoro, S.A.J. (2006) Autoeficácia proposta por Albert Bandura. In R. G. Azzi, & S. Polydoro (Org.), *Autoeficácia em diferentes contextos*. São Paulo: Alínea. 9-23.
- Bacha, M. M., Souza, J. C., Martins, L. R., Leite, L. R. C., Ziliotto, J. M., & Figueiró, M. T. (2012). Qualidade de vida em estudantes de psicologia. *Psicólogo InFormação*, 16(16), 149-161.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, Washington, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148. Disponível em: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1993EP.pdf>
- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. In V. S. Ramachaudran, (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Org.), *Self-efficacy in changing societies* (pp.1-45). New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). Personal efficacy in psychobiologic functioning. In G. V. Caprara (Ed.), *Bandura: A leader in psychology* (pp. 43-66). Milan, Italy: Franco Angeli.
- Bandura, A. (1999) Ejercicio de la eficacia personal y colectiva em sociedades cambiantes. In A. Bandura (Org.), *Auto-eficacia: como afrontamos los câmbios de la sociedad actual*. Desclée de Brouwer, S.A.



- Bandura, A. (2008). A evolução da teoria social cognitiva. In A. Bandura, R. G. Azzi, & S. A. Polydoro (Orgs.), *Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp. 15-65). Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, M. N. (2009). *Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF)*. São Paulo: Vetor Editora.
- Baptista, M. N., Alves, G. A. S., & Santos, T. M. M. (2008). Suporte familiar, auto-eficácia e locus de controle evidências de validade entre os construtos. *Psicologia: ciência e profissão*, 28(2), 260-271.
- Baptista, M. N., Cardoso, H. F., & Gomes, J. O. (2012). Intergeneracionalidade familiar. In M.N. Baptista, & M. L. Teodoro (Orgs), *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção* (pp. 16-26). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Baptista, M. N., Noronha, A. P. P., & Cardoso, H. F. (2010). Relações entre suporte familiar e interesses profissionais. *Revista Salud & Sociedad*, 1(1), 28-40.
- Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: Um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67.
- Baptista, M. N., Souza, M. S., & Alves, G. A. (2008). Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF*, 13(2), 211-220.
- Bardagi, M. P., & Boff, R. M. (2010). Autoconceito, autoeficácia profissional e comportamento exploratório em universitários concluintes. *Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)*, 15(1), 41-56.
- Barros, M., & Batista-dos-Santos, A. C. (2010). Por dentro da autoeficácia: Um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*, (112), 1-09.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Bernal, I. L. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (1), 48-51.
- Boeckel, M. G., & Sarriera, J. C. (2006). Estilos parentais, estilos atribucionais e bem-estar psicológico em jovens universitários. *Journal of Human Growth and Development*, 16(3), 53-65.
- Bueno, J. A. (2009). *Suporte familiar e depressão: um estudo correlacional*. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/17281/1/Suporte-Familiar-e-Depressão-Um-EstudoCorrelacional/pagina1.html> Acesso em 01 abril 2018.
- Bzuneck, J. A. (2004). As Crenças de Autoeficácia e o seu Papel na Motivação do Aluno. In S. Boruchovitch, & J.A. Bzuneck, (Orgs.), *A motivação do aluno: Contribuições da psicologia contemporânea* (pp116-136). Petrópolis: Vozes.

- Campos, E. P. (2004). Suporte social e família. In Mello, J., Fº. *Doença e família*. (pp. 141-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Capra, F. (1995). *Sabedoria incomum: Conversas com pessoas notáveis* (10a ed.) São Paulo: Cultrix.
- Cardoso, J., & Veríssimo, M. (2013). Estilos parentais e relações de vinculação. *Análise Psicológica*, 31(4), 393-406.
- Carneiro, R. S., & Oliveira, M. G. C. (2013). Um estudo da relação entre estilos parentais e habilidades sociais. *Revista Augustus*, 18(36), 57-68.
- Carter, E. A., & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. In B. Carter, & M. McGoldrick (Eds.), *Mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (2a ed., pp.7-29) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carvalho, I. M. M., & Almeida, P. H. (2003). Família e proteção social. *São Paulo em Perspectiva*, 17 (2), 109- 122.
- Carvalho, M. S. D. P., & Silva, B. M. B. (2014). Estilos parentais: Um estudo de revisão bibliográfica. *Revista Psicologia em Foco*, 6(8), 22-42.
- Cassoni, C. (2013). *Estilos parentais e práticas educativas parentais: Revisão sistemática e crítica da literatura*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Cavestro, J. M., & Rocha, F. L. (2006). Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(4), 264-7.
- Ceberio, M. R. (2006). Viejas y nuevas familias: La transición hacia nuevas estructuras familiares. *Interpsiquis*, 18, 1-11.
- Cerutti, F., Palma, D. L., Arteche, A. X., Lopes, R. M. F., & Wendt, G.W. (2011). Autoeficácia entre estudantes universitários ingressantes e veteranos de dois cursos. *Ciências & Cognição*, 16(3), 57-65.
- Chehuen, J. A. Neto, Sirimarco, M. T., Baratti, A. B., Marques, F. S., & Pittondo, M. S. (2008). Qualidade de vida dos estudantes de medicina e direito. *HU Revista*, 34(3), 197-203.
- Cloninger, C. R. (2006). The science of well-being: An integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(2), 71-76.
- Contini, M. L. J. (2001). *O psicólogo e a promoção de saúde na educação* (1a ed., Vol.1, p.183). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Costa, C. C., Bastiani, M., Geyer, J. G., Calvetti, P. Ü., Muller, M. C., & de Moraes, M. L. A. (2008). Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de psicologia. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 249-255.

- Costa, E. F. O., Andrade, T. M., Silvany, A. M., Neto, Melo, E. V., Rosa, A. C. A., Alencar, M. A., Silva, A.M. (2010). Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: A cross-sectional study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 11-19.
- Costa, E. R., & Boruchovitch, E. (2006). A Auto-eficácia e a motivação para aprender: Considerações para o desempenho escolar dos alunos. In R. G. Azzi, & S. A. J Polydoro (Orgs.), *A Auto-eficácia em diferentes contextos* (1a ed., Vol. 1, p. 87-109). Campinas: Alínea.
- Darling, N. (1999). *Parenting style and its correlates* (Relatório de Pesquisa, n.5, Vol.4), Washington, DC. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED427896.pdf>. Acesso em: setembro de 2018.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parating style as contexto: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- Dias, G. F., & Azevedo, M. (2001). Desenvolvimento psicológico, atitudes em relação ao estudo e sucesso acadêmico. In *Fases on-line: fatores de sucesso/insucesso do ensino superior*.
- Dinther, M. van, Dochy, F., & Segers, M. (2011). Factors affecting students' self-efficacy in higher education. *Educational Research Review*, 6 (2), 95-108.
- Féres-Carneiro, T. (1992). Família e Saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8(Suppl.), 485-493.
- Ferraz, R. B., Tavares, H., & Zilberman, M. L. (2007). Felicidade: Uma revisão. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(5), 234-242. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000500005>.
- Fiedler P. T. (2008). *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Disponível em: [http://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem\\_119\\_tese\\_patriciatempski.pdf](http://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem_119_tese_patriciatempski.pdf).
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., ...Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- Gerhardt, M. W., & Brown, K.G. (2006). Individual differences in self-efficacy development: The effects of goal orientation and affectivity. *Learning and Individual Differences*, 16(1), 43-59.
- Gonçalves, A. (2004). Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida. In R. Vilarta (Org.), *Qualidade de Vida e políticas públicas: Saúde, lazer e atividade física* (pp.17-25). Campinas, SP:IPES Editorial.
- Gonçalves, M. S., & Serafim, G. M. L. (2016). Análise da qualidade de vida dos discentes do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual do Piauí, através do WHOQOL-BREF. *Fisioterapia Brasil*, 15(1), 10-15.

- Gonçalves, S. S., & Silvany, A. M., Neto (2013). Dimensão psicológica da qualidade de vida de estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(3), 385-395.
- Gottlieb, B. H., Still, E., & Newby-Clark, I. R. (2007). Types and precipitants of growth and decline in emerging adulthood. *Journal of Adolescent Research*, 22(2), 132–155.
- Guerreiro-Casanova, D. C., & Polydoro, S. A. J. (2011). Autoeficácia na formação superior: Percepções durante o primeiro ano de graduação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), 50-65.
- Holloway, A., Watson, H. E. (2002). Role of self- efficacy and behavior change. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 106-115.
- Iaochite, R. T., Costa, R. A., Fº, Matos, M. M, & Sachimbombo, K. M. C. (2016). Autoeficácia no campo educacional: Revisão das publicações em periódicos brasileiros. *Psicologia Escolar e Educacional*, 20(1), 45-54.
- Iaochite, R.T., Azzi, R.G., Polydoro, S. A.J., & Winterstein, P. J. (2011). Autoeficácia docente, satisfação e disposição para continuar na docência por professores de educação física. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 33(4), 825-839.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2014). Anuário Estatístico do Brasil (Vol.74), Rio de Janeiro. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb\\_2014.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_2014.pdf). Acesso em 10 de setembro de 2019.
- Jatobá, J. D. V. N., & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 171-179.
- Kluthcovsky, A.C.G.C., & Kluthcovsky, F. A. (2009). O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: Uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3, Suppl.). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>.
- Kocaman, G., Dicle, A., & Ugur, A. (2009). A longitudinal analysis of the self-directed learning readiness level of nursing students enrolled in a problem-based curriculum. *The Journal of Nursing Education*, 48(5), 286-290.
- Langame, A. P., Chehuen, J. A., Neto, Melo, L. N. B., Castelano, M. L., Cunha, M., & Ferreira, R. E. (2016). Qualidade de vida do estudante universitário e o rendimento acadêmico. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(3), 313-325.
- Leme, V. B., Coimbra, S., Gato, J., Fontaine, A. M., & Del Prette, Z. A. (2013). Confirmatory factor analysis of the generalized self-efficacy scale in Brazil and Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*, 16.
- Lemos, V. A., Baptista, M. N., & Carneiro, A. M. (2011). Suporte familiar, crenças irracionais e sintomatologia depressiva em estudantes universitários. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 31(1), 20-29.
- Maccoby, E.E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen, & E. M. Hetherington (Org.), *Handbook of child*

- psychology: Socialization, personality, and social development* (4a ed., Vol. 4, pp. 1-101). New York: Wiley.
- Macedo, V. C. D., Monteiro, A. R.M. (2006). Educação e saúde mental na família: Experiência com grupos vivenciais. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(2), 222-230.
- Magalhães, M. O., Alvarenga, P., & Teixeira, M. A. P. (2012). Relação entre estilos parentais, instabilidade de metas e indecisão vocacional em adolescentes. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 13(1), 15-25.
- Martins, R. P., Nunes, S. A. N., Faraco, A. M. X., Manfroi, E. C., Vieira, M. L., & Rubin, K. H. (2014). Práticas parentais: associações com desempenho escolar e habilidades sociais. *Psicologia Argumento*, 32(78), 89-100.
- Marturano, E. M. (1999). Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(2), 135-142.
- Medeiros, B., Silva, J., & Saldanha, A. A. W. (2013). Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 543-550.
- Meira, F., Correia, G. M., Arruda, R. B. P., & Veras, A. B. (2017). Nuances do conceito de saúde mental e a qualidade de vida de estudantes de medicina. *Revista Sul-Americana de Psicologia*, 5(2), 263-280.
- Meireles, F. S.; Teixeira, S. M. (2014). As diversas faces da família contemporânea: Conceitos e novas configurações. *Informe econômico (UFPI)*, 16(31), p.38. Disponível em: [http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/economia/arquivos/files/informejun2014\(1\).pdf#page=38](http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/economia/arquivos/files/informejun2014(1).pdf#page=38). Acessos em: 31 de ago. 2018.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Mioto, R. C. T. (2000). Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In \_\_\_\_\_ *O trabalho do assistente social e s políticas sociais* (Cadernos CEAD, mod.04). Brasília: UNB.
- Motlagh, S. E., Amrai, K., Yazdani, M. J., Abderahim, H. A., & Souri, H. (2011). The relationship between self-efficacy and academic achievement in high school students. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 15, 765-768.
- Moura, I. H.D., Nobre, R. D. S., Cortez, R. M. A., Campelo, V., Macedo, S. F. D., & Silva, A. R. V.D. (2016). Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1-7.
- Negreiros, J. (2013). Participación parental en intervenciones familiares preventivas de toxicodependencias: Una revisión bibliográfica empírica. *Pedagogia Social. Revista Interuniversitaria* 21, 39-65. doi: [http://dx.doi.org/10.7179/PSRI\\_2013.21.2](http://dx.doi.org/10.7179/PSRI_2013.21.2).
- Neri, A. L. (2014). Redes de Suporte Social. In A. L. Neri (Ed.), *Palavras-chave gerontologia* (4a ed., pp. 289-295). Campinas, SP: Alínea.

- Novelli, M. M. P. C. (2006). *Validação da escala de qualidade de vida (QdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares* (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-17102014-120122/publico/MarciaMariaPiresCamargoNovelli.pdf>.
- Oliveira, L. M. (2015). *Qualidade de vida do estudante de medicina* (Tese de Doutorado), Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/5720>.
- Oliveira, M. R., & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: A visão de psicólogos. *Estudos de psicologia*, 17(3), 469-476.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). *Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*, Lisboa (Relatório mundial da saúde), Lisboa, Portugal: OMS. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf) Acesso em 5 de abril de 2018.
- Ourique, L. R. (2010). *Auto-eficácia e personalidade no planejamento de carreira em universitários* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27840/000766543.pdf?sequence=1>.
- Pajares, F. (1996). Self-Efficacy Beliefs in Academic Settings. *Review of Educational Research*, 66(4), 543-578.
- Pajares, F., & Olaz, F. (2008). Teoria social cognitiva e autoeficácia: Uma visão geral. In A. Bandura, R. G. Azzi, & S. Polydoro, (Org.). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp. 97-114). Porto Alegre: Artmed.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10.
- Passos, M. C. (2009). Nem tudo que muda, muda tudo: Um estudo sobre as funções da família. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: efeitos da contemporaneidade* (1a ed., Vol.1, pp 11-23). Rio de Janeiro: PUC-Rio.
- Petrone, L. (1994). *Qualidade de vida e doenças psicossomáticas*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Polydoro, S. A. J., & Guerreiro-Casanova, D. C. (2010). Escala de autoeficácia na formação superior: Construção e estudo de validação. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 267-278.
- Ramalho, E. C. (2016). *Intervenção nas práticas parentais num grupo de cuidadores* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Disponível em : [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5425/1/Dm\\_%c3%89liaRamalho.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5425/1/Dm_%c3%89liaRamalho.pdf).
- Robbins, S. B., Lauver, K., Le, H., Davis, D., Langley, R., & Carlstrom, A. (2004). Do psychosocial and study skill factors predict college outcomes? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 130(2), 261-288.

- Rocha, S. S. S. (2016). *Empatia interpessoal dos pais, estilos parentais e ajustamento psicológico dos filhos: Quando as teias se constroem em telas de desvantagem social e económica* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/28650/1/ulfpie051403\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/28650/1/ulfpie051403_tm.pdf).
- Rodrigues, M. S. P., Guedes, E. H. G, Sob°, & Silva, R. M. (2000). A família e sua importância na formação do cidadão. *Família, saúde e desenvolvimento*, 2(2), 40-48.
- Rodrigues, M. V. C. (1994). *Qualidade de vida no trabalho: Evolução e análise no nível gerencial* (2a ed.) Petrópolis: Vozes.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
- Santana, P. R. (2008). *Suporte familiar, estilos parentais e sintomatologia depressiva: Um estudo correlacional* (Dissertação de mestrado), Universidade São Francisco, Itatiba, SP, Brasil.
- Santana, S. M. (2016). *Consumir, deprimir ou gerir desafios? Um estudo sobre consumo de álcool, tendência depressiva e habilidades sociais em jovens* (1a ed., Vol.1). Curitiba: CRV.
- Santana, S. M., Cavalcanti, R. P., & Schuler E. (2017). Terapia Cognitivo Comportamental para familiares de dependentes químicos. In C. B. Neulfed, E. M. O. Falcone, & B. P. Range (Orgs.), *Procognitiva Programa de atualização em terapia cognitivo-comportamental* (Ciclo 4, Vol.1, pp. 91-124). Porto Alegre: Artmed Panamericana.
- Santana, S. M., Nascimento, D. P., Borges, A.P.S., & Souza, S.S. (2018). O desenvolvimento de crianças e Adolescentes e a prática do bullying no contexto escolar. In D. F. Saldanha, & R. H. Gonzalez (Orgs.), *Projetos sociais para crianças e adolescentes* (1a ed., pp.101-116). Juiz de Fora: Editora Garcia.
- Schneider, A. C. N., & Ramires, V. R. R. (2007). Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, 26(1), 95-108.
- Schultz, D.P., & Schultz, D. P. (2012). *Teorias da Personalidade* (P. Lopes, & L. Koepl Trad.). Boston, Massachusetts: Cengage Learning.
- Seidl, E. M. F, & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Silva de Souza, M., Daher Baptista, A.S., & Nunes Baptista, M. (2010). Relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. *Acta Colombiana de Psicologia*, 13(1), 143-154. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552010000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552010000100013&lng=en&nrm=iso).
- Silva de Souza, M., Nunes Baptista, M., & Silva Alves, G.A. (2008). Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*, (28), 45-59.

- Silva, A. M. M. (2004). Teoria da autoeficácia. In M. F. Dela Coleta (Org.), *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos em saúde* (pp. 26-40). Taubaté, SP: Cabral Editora; Livraria Universitária.
- Silva, E. C., & Heleno, M. G. V. (2012). Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo de Estudantes Universitários. *Revista Psicologia e Saúde*, 4(1), pp. 69-76.
- Silva, R. A., & Ferreira, L. M. B. (2018). *Alienação parental na guarda dos filhos* (Trabalho de conclusão de curso). Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG, Várzea Grande, MT, Brasil. Disponível em: <http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/rep/article/viewFile/163/195>.
- Souza, F. Y. B. A. (2015). *Bem-estar subjetivo, autoeficácia e consumo de álcool em universitários* (Dissertação Mestrado). Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP, Brasil. Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/1365>.
- Souza, M., & Baptista, M. (2008). Associação entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento* 26(54), 207-215. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19753>
- Teixeira, M. A. P., Castro, G. D., & Piccolo, L. R. (2007). Adaptação à universidade em estudantes universitários: Um estudo correlacional. *Interação em Psicologia*, 11(2), 211-220.
- Teixeira, M.A. P., Dias, A. C.G., Wottrich, S.H., & Oliveira, A.M. (2008). Adaptação à universidade de jovens calouros. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12(1), 185-202.
- Tosta, M. C. (2013). *Síndrome de Alienação Parental: A criança, a família e a lei* (Trabalho de conclusão de curso). - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Disponível em: <http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/>.
- Valença, T. D. C., & Silva, L. W. S. (2011). O olhar sistêmico à família do idoso fragilizado. *Revista Kairós de Gerontologia*, 14(2), 31-46.
- Ventura, C. D., & Noronha, A. P. P. (2014). Autoeficácia para escolha profissional, suporte familiar e estilos parentais em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 13(3), 317-324.
- Wagner, A., Tronco, C., & Armani, A. B. (2011). Os desafios da família contemporânea: Revisitando conceitos. In A. Wagner (Org.). *Desafios psicossociais da família contemporânea: Pesquisas e reflexões* (pp: 19-35). Porto Alegre: Artmed.
- Weber, L. N. D., Brandenburg, O. J., & Viezzer, A. P. (2003). A relação entre o estilo parental e o otimismo da criança. *PsicoUSF*, 8(1), 71-79.
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3):551-558.
- Yusuf, M. (2011). Investigating relationship between self-efficacy, achievement motivation, and self-regulated learning strategies of undergraduate Students: A study of integrated motivational models. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 15, 2614-2617.



**APÊNDICE**

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR, AUTOEFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA EM ESTUDANTES DE PSICOLOGIA**”.
2. Você foi selecionado a partir de um convite por conveniência, e de acordo com os critérios de: ser estudante universitário de ambos os sexos, ter 18 anos de idade ou mais, do 1º ao 10º período do curso de Psicologia, aceitar participar desta pesquisa, concordar e assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e sua participação não é obrigatória.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição
5. Os objetivos deste estudo são: investigar a relação que se estabelece entre percepção de suporte familiar, de autoeficácia e de qualidade de vida dos estudantes de psicologia, e, especificamente, verificar a percepção de suporte familiar, de autoeficácia e de qualidade de vida dos estudantes de psicologia e analisar a relação que se estabelece entre as percepções de suporte familiar, de autoeficácia e de qualidade de vida.
6. Sua participação nesta pesquisa consistirá, em responder o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) -(Baptista et Al., 2009); Escala de Autoeficácia Geral Percebida (Leme, Coimbra, Gato, Fontaine & Del Prette, 2013) (ANEXO 2); *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-BREF, Fleck et al., 2008);
7. Os riscos relacionados com sua participação são mínimos à sua saúde, contudo, é possível a presença de algum desconforto emocional diante de perguntas, tanto no questionário quanto na entrevista, que abordam as dificuldades psicológicas dos participantes. Portanto, diante da percepção de qualquer desregulação emocional, o pesquisador está apto a oferecer orientações e apoio psicológico para o retorno ao equilíbrio das condições psíquicas iniciais do participante e fazer os encaminhamentos ao atendimento na clínica de psicologia da UNICAP;
8. Os benefícios relacionados com a sua participação visa identificar que relação se estabelece entre essas variáveis e contribuir social e cientificamente para minimizar as dificuldades percebidas por essa população estudantil que se lança numa profissão essencialmente voltada ao cuidar do outro.
9. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
10. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação (informar, de acordo com o método utilizado na pesquisa, como o pesquisador protegerá e assegurará a privacidade).
11. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.
12. Os resultados e conclusões desta pesquisa servirão como material para confecção de artigos científicos para publicação e como material acadêmico. Portanto, a devolutiva da pesquisa será realizada através de palestras que ocorrerão nas universidades e /ou faculdades que participarem da pesquisa.

#### DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

**SUELY DE MELO SANTANA**

Nome

*ssantana*

Assinatura

*Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica - Rua Almeida Cunha, 245, Bloco G4, 7º andar, setor E, CEP - 50.050 - 480, Boa Vista/Recife - PE, Brasil, Telefone (+55) 81 2119 40 96, E-mail: [suely.santana09@gmail.com](mailto:suely.santana09@gmail.com)*

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

**O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP, localizado na RUA DO PRÍNCIPE, 526 – BOA VISTA – BLOCO C– 3º ANDAR, SALA 306 – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE:(81)2119.4041**

**ou 2119-4376 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: [cep\\_unicap@unicap.br](mailto:cep_unicap@unicap.br)**

**Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço acima citado.**

**COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP**

SEPN 510 NORTE, BLOCO A, 3º Andar

Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da

Saúde CEP: 70750-521 - Brasília-DF

Contatos Conep:

Telefone: (61) 3315-5878

Telefax: (61) 3315-5879

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

**Sujeito da pesquisa (\*)**

**ANEXOS**

**ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

## DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

## - DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepção de Suporte Familiar, Autoeficácia e Qualidade de Vida Em Estudantes de Psicologia

**Pesquisador Responsável:** SUELY DE MELO SANTANA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 83527317.0.0000.5206

**Submetido em:** 03/05/2018


**Instituição Proponente:** Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP/PE

**Situação da Versão do Projeto:** Aprovado

**Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_1015146

**ANEXO 2 – INVENTÁRIO DE SUPORTE FAMILIAR**

ACESSO RESTRITO.

**ANEXO 3 – WHOQOL -BREF – WORD HEALTH ORAGANIZATION QUALITY OF  
LIFE – BREF**

**WHOQOL – Bref**  
(Fleck et al., 2000)

Por favor, responda a todas as perguntas que se seguem. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Para responder às próximas perguntas tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas. Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas **nas duas últimas semanas**. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

1 (G1) Como avalia a sua qualidade de vida?	Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
	1	2	3	4	5

2 (G4) Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4) Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3) Em que medida precisa de cuidados médicos para levar a sua vida diária?	1	2	3	4	5

5 (F4.1) o quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2) Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3) O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1) Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 (F22.1) Em que medida é saudável o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
10 (F2.1) Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1) É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1) Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1) Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1) Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer	1	2	3	4	5

	Muito Má	Má	Nem boa nem Má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1) Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** a respeito de vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3) Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3) Até que ponto está	1	2	3	4	5



satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18 (F12.4) Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3) Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3) Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais (amigos, parente e conhecidos e colegas)?	1	2	3	4	5
21 (F15.3) Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4) Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3) Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3) Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3) Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As questões seguintes refere-se à com que **frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1) Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mal humor, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

## ANEXO 4 – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA

### ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA

(Adaptado por Leme, Coimbra, Gato, Fontaine, & Del Prette, 2013)

A parte do questionário que se segue apresenta situações que podem acontecer consigo ou não. Algumas poderão ajustar-se completamente a si e outras não. Numa escala de 1 a 4 em que 1 significa discordo totalmente e 4 concordo totalmente diga qual o seu grau de concordância em relação a cada uma das situações que se seguem

- [ 1 ] =discordo totalmente;
- [ 2 ] =discordo em parte;
- [ 3 ] =concordo em parte;
- [ 4 ] =concordo totalmente.

1. Quando tenho algum problema, geralmente encontro várias soluções.	[ 1 ][ 2 ][ 3 ][ 4 ]
2. Quando enfrento dificuldades, mantenho a calma porque acredito na minha capacidade para lidar com as situações.	[ 1 ][ 2 ][ 3 ][ 4 ]
3. Graças às minhas capacidades, sei como reagir quando sou apanhado (a) de surpresa.	[ 1 ][ 2 ][ 3 ][ 4 ]
4. Quando passo por dificuldades, não consigo pensar numa maneira de ultrapassá-las	[ 1 ][ 2 ][ 3 ][ 4 ]
5. Se tentar o suficiente, consigo resolver mesmo os problemas mais difíceis.	[ 1 ][ 2 ][ 3 ][ 4 ]
6. Por mais que me esforce, não consigo resolver a maioria dos meus problemas.	[ 1 ][ 2 ][ 3 ][ 4 ]
7. Não tenho certeza se conseguiria lidar bem com um acontecimento que não estava à espera.	[ 1 ][ 2 ][ 3 ][ 4 ]
8. Aconteça o que acontecer, acredito que serei capaz de lidar com a situação.	[ 1 ][ 2 ][ 3 ][ 4 ]
9. É fácil para mim manter meus objetivos e minhas metas.	[ 1 ][ 2 ][ 3 ][ 4 ]
10. Mesmo quando alguém me confronta, consigo arranjar uma maneira de conseguir aquilo que quero.	[ 1 ][ 2 ][ 3 ][ 4 ]

**ANEXO 5 – MODELO DE CARTA DE ACEITE**

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**CARTA DE ACEITE**

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o acesso a esta Instituição para o desenvolvimento das atividades referentes ao Projeto de Pesquisa, intitulado Percepção Suporte Familiar, autoeficácia e qualidade de vida em estudantes de psicologia, sob a Coordenação da Professora/Pesquisadora Suely Melo Santana do curso de Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Católica de Pernambuco, pelo período de execução previsto no referido Projeto.

---

**Nome, por extenso, do responsável pelo setor (INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA)**

---

**Assinatura e Carimbo**

---

**CPF**

---

**Telefone**

---

**E-mail**