

Diana Isabel Afonso Figueira

**Avaliação do Bem-Estar Mental das Pessoas Residentes em Vilarinho dos Galegos -
Mogadouro**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto | 2015

Diana Isabel Afonso Figueira

**Avaliação do Bem-Estar Mental das Pessoas Residentes em Vilarinho dos Galegos -
Mogadouro**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto | 2015

Diana Isabel Afonso Figueira

**Avaliação do Bem-Estar Mental das Pessoas Residentes em Vilarinho dos Galegos -
Mogadouro**

Orientadora: Professora Doutora Zélia Teixeira

Dissertação de Mestrado
apresentada à Faculdade de Ciências
Humanas e Sociais da Universidade
Fernando Pessoa, como parte integrante
dos requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Assinatura: _____

Porto | 2015

RESUMO

Até há bem pouco tempo a promoção da saúde e a prevenção da doença baseavam-se no modelo médico de ausência de doença física (Bennett & Murphy, 1999). Recentemente foram surgindo, de forma mais intensiva, estudos relacionados com a saúde mental, nomeadamente com a transição do conceito de ausência de doença para “ o estado de bem-estar no qual cada indivíduo atinge o seu potencial, consegue lidar com *stress* normal da vida, consegue trabalhar com produtividade e frutuosamente e é capaz de dar o seu contributo para a sua comunidade” (OMS, 2013).

Tendo em conta a importância do tema nos dias de hoje e estando a saúde mental intimamente relacionada com o bem-estar, como se poderá verificar ao longo da investigação, este estudo prender-se-á com a caracterização do bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos – Mogadouro.

Nele participaram 61 indivíduos de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 21 e os 92 anos. A recolha de dados foi realizada com base na administração da Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) e de um questionário sociodemográfico construído para o efeito. De forma genérica os resultados obtidos apontam para níveis elevados de bem-estar mental na amostra avaliada. Ao longo desta investigação serão ainda abordados temas como a saúde mental positiva, a psicologia positiva e os vários tipos de bem-estar.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Bem-Estar; Bem-Estar Mental; Psicologia Positiva

ABSTRACT

Until very recently, the promotion of health and prevention of illness were based in the medical model of absence of physical sickness (Bennett & Murphy, 1999). Recently, studies related to mental health have emerged more often, namely with the transition from “absence of sickness” to “the state of well-being in which the individual attains their potential, can deal with life’s regular stress, can work productively and fruitfully, and is able to provide their contribution to their community” (WHO, 2013).

Taking into account the importance of this subject nowadays, along with the intimate relationship between mental health and well-being, as will be evident throughout this research, the present study will focus on detailing the mental well-being of people residing in Vilarinho dos Galegos – Mogadouro.

In this same study, 61 individuals, of both sexes and with ages between 21 and 92 years, were involved. The data collection was performed based on the administration of the Portuguese version of Warwick-Edinburgh’s Mental Well-Being Scale (WEMBWBS) along with a social-demographic questionnaire built for the purpose. Generically, the obtained results point to elevated levels of well-being in the assessed sample. Throughout this investigation, subjects such as positive mental health, positive psychology and various types of well-being will also be discussed.

Keywords: Mental Health, Well-being; Mental Well-Being; Positive Psychology

Dedicatória

Aos meus Pais, Tia, Afilhado e Namorado

*“ **Lute** com determinação, **abraçe** a vida com **paixão**, perca com classe e **vença** com **ousadia**,
porque o mundo pertence a quem se atreve e a **vida** é muito para ser insignificante”*

Charles Chaplin

Agradecimentos

O processo de aprendizagem não se restringe apenas ao que aprendemos durante o percurso acadêmico, mas também ao saber estar e saber ser. Por isso, não posso deixar de agradecer a todos os que contribuíram e contribuem de forma activa para o meu percurso académico e pessoal.

Primeiramente UM MUITO OBRIGADA à Professora Doutora Zélia Teixeira, pela sua dedicação, paciência, tranquilidade, segurança, pela sua boa disposição, a inteira disponibilidade e o seu grande profissionalismo de que sou fã desde que fui sua aluna pela primeira vez e pelas suas palavras de carinho e encorajamento. Este meu grande percurso que se iniciou com o meu estágio curricular e que termina agora com a dissertação de mestrado foi sem dúvida muito gratificante por todos os momentos de aprendizagem que me transmitiu. MUITO, MUITO OBRIGADA. Vou recordá-la sempre como a excelente pessoa que é, tanto a nível pessoal como profissional. SEMPRE ESPECIAL E ÚNICA.

Aos meus pais, um extremo e sincero obrigada por tudo o que na vida conquistaram para que eu pudesse ser quem sou hoje, por tudo o que me transmitiram e ensinaram, por todas as palavras de carinho de encorajamento, pela paciência, dedicação, pelo amor incondicional e principalmente por diariamente acreditarem em mim. Sem dúvida, UNS PAIS ÚNICOS, tenho um orgulho enorme em ser vossa filha.

Ao meu namorado, um obrigada muito especial, pela grande dedicação, pela paciência, pelo amor e carinho incondicional, pela força que todos os dias me deu, pela forma com que todos os dias acreditou em mim e me encorajou, pela disponibilidade, pela ajuda diária pois sem essa ajuda não teria sido possível. Sem dúvida um grande amigo, um grande namorado.

À minha tia e afilhado, muito obrigada pelos momentos de grande felicidade com gargalhas imensas, pelo amor incondicional, pela paciência, pela força que me transmitem,

por todos os dias acreditarem em mim. A ti Martim que és tão pequenino, mas dizes-me palavras tão lindas e tão espontâneas, obrigada pelos teus beijinhos mágicos e carinhosos que me dás sempre que preciso. A ti tio obrigada por me ajudares sempre que necessito.

Aos meus avós e bisavô obrigada pelas palavras de carinho diárias, por acreditarem em mim e pela preocupação.

Um muito obrigada à Dra. Mónica por tudo que me ensinou, pela confiança que depositou em mim, por tudo que fez por mim, pela dedicação, pelo carinho e amizade, por tudo. A si D. Maria João muito obrigada pelas palavras de carinho e amizade, por se preocupar comigo, por tudo. Sem dúvida que vos guardo no meu coração para sempre.

Muito obrigada às minhas amigas, são poucas, mas tão especiais que valem por muitas. Quem tem amigas como vocês não precisa de mais, pois são únicas.

Não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que participaram no meu estudo.

Obrigada a todas as pessoas que com sinceridade se cruzaram no meu caminho e me ajudaram de verdade.

Obrigada a todos os docentes que ao longo deste grande percurso académico tanto me ensinaram.

Obrigada também à Universidade Fernando Pessoa que me acolheu ao longo do meu percurso académico, tenho muito orgulho em fazer parte da comunidade Pessoaana.

Não posso deixar de mencionar que todos vocês têm um lugar muito especial no meu coração e na minha vida. OBRIGADA.

Índice

RESUMO.....	vi
ABSTRACT	vii
Agradecimentos	x
Índice de Tabelas	xv
Índice de Gráficos.....	xvii
Índice de Figuras	xix
Índice de Anexos.....	xx
Lista de Siglas e Abreviaturas	xxi
Introdução.....	2
I – Enquadramento Teórico	5
1. Conceito Global de Saúde	5
2. Conceito de Saúde Mental.....	6
2.1. Bem-estar hedónico e Bem-estar eudaimónico.....	13
2.1.1. Bem-estar Hedónico.....	13
2.1.2. Bem-estar Eudaimónico.....	13
3. Psicologia Positiva e o conceito de bem-estar.....	14
4. Conceito de Bem-Estar.....	15
4.1. Modelos de compreensão do Bem-estar	23

4.2. Bem-estar Subjectivo	26
4.3. Bem-estar Emocional.....	29
4.4. Bem-estar Social	29
4.5. Bem-estar Psicológico	29
5. Factores que influenciam o bem-estar	31
II - Estudo Empírico	36
1. Princípios Éticos.....	36
1.1. Princípios Gerais	36
1.2. Princípios Específicos	36
2. Objectivos do estudo:	38
2.1. Objectivo Geral.....	38
2.2. Objectivos Específicos.....	38
3. Método.....	39
3.1. Participantes	39
3.2. Caracterização da Amostra	40
3.3. Instrumentos.....	43
3.4. Questionário sócio-demográfico	45
3.5. Versão Portuguesa da Escala de Bem-estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMEBS).....	46
3.6. Procedimento	47
4. Análise dos Dados	48
4.1. Análise Descritiva.....	49

4.1.1. Análise item a item.....	49
4.2. Resultados Globais da Avaliação do Bem-Estar Mental	64
4.2.1. Análise Inferencial	65
5. Discussão de Resultados.....	73
Conclusão	80
Bibliografia.....	84

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico de Saúde Mental (Adaptado de Keyes, 2005)	12
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes no que diz respeito ao gênero, idade, estado civil, com quem vive, escolaridade, situação profissional, crenças religiosas, caracterização do bem-estar, gostar de viver em Vilarinho dos Galegos e por fim caracterização da saúde física.	42
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica (continuação).....	43
Tabela 4 - Consistência interna	46
Tabela 5 - Frequências de respostas ao item 1	50
Tabela 6 -Frequências de respostas ao item 2	51
Tabela 7 - Frequências de respostas ao item 3	52
Tabela 8 - Frequências de respostas ao item 4	53
Tabela 9 - Frequências de respostas ao item 5	54
Tabela 10 - Frequências de respostas ao item 6	55
Tabela 11 - Frequências de respostas ao item 7	56
Tabela 12 - Frequências de respostas ao item 8	57
Tabela 13 - Frequências de respostas ao item 9	58
Tabela 14 - Frequências de respostas ao item 10	59
Tabela 15 - Frequências de respostas ao item 11	60
Tabela 16 - Frequências de respostas ao item 12	61
Tabela 17 - Frequências de respostas ao item 13	62
Tabela 18 - Frequências de respostas ao item 14	64

Tabela 19 - Estatísticas Descritivas	65
Tabela 20 - Relação estatística entre o género e bem-estar mental (WEMWBS).....	66
Tabela 21 - Relação estatística entre a idade, o número de netos, o número de filhos, número do agregado familiar, anos de casamento e anos de viúvo e o bem-estar mental (WEMWBS).....	67
Tabela 22 - Relação estatística entre o estado civil e bem-estar mental (WEMWBS)	67
Tabela 23 - Relação estatística entre quem vive acompanhado ou só e o bem-estar mental (WEMWBS).....	68
Tabela 24 - Relação estatística entre a escolaridade e o bem-estar mental (WEMWBS)..	69
Tabela 25 - Relação estatística entre a situação profissional e o bem-estar mental (WEMWBS).....	70
Tabela 26 - Correlação entre a percepção do bem-estar mental em comparação com os resultados obtidos a partir da escala (WEMWBS).....	71
Tabela 27 - Correlação entre gostar ou não de residir em Vilarinho dos Galegos	72
Tabela 28 - Correlação entre a saúde física e o bem-estar mental	72

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 1	50
Gráfico 2 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 2	51
Gráfico 3 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 3	52
Gráfico 4 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 4	53
Gráfico 5 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 5	54
Gráfico 6 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 6	55
Gráfico 7 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 7.....	56
Gráfico 8 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 8	57
Gráfico 9 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 9.....	59
Gráfico 10 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 10.....	60
Gráfico 11 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 11	61
Gráfico 12 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 12	62
Gráfico 13 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 13.....	63
Gráfico 14 - Representação gráfica da distribuição das respostas do item 14	64
Gráfico 15 - Relação estatística entre o género e o bem-estar mental (WEMWBS).....	66
Gráfico 16 - Relação estatística entre o estado civil e bem-estar mental (WEMWBS)	68
Gráfico 17 - Relação estatística entre quem vive acompanhado ou só e o bem-estar mental	69
Gráfico 18 - Relação estatística entre a escolaridade e o bem-estar mental (WEMWBS). 70	

Gráfico 19 - Relação estatística entre a situação profissional e o bem-estar mental (WEMWBS).....	71
---	----

Índice de Figuras

Figura 1 - Taxas percentuais de implementação das políticas de promoção de saúde mental	9
--	---

Índice de Anexos

Anexo I – Versão Portuguesa da Escala de Bem Estar Mental de Warwick-Edinburgh ...	95
Anexo II – Questionário Sociodemográfico	97
Anexo III – Autorização da Autora da Versão Portuguesa da Escala de Bem Estar Mental de Warwick-Edinburgh	100
Anexo IV – Autorização da Comissão de Ética	102
Anexo V – Declaração de Consentimento Informado.....	104

Lista de Siglas e Abreviaturas

OMS - Organização Mundial e Saúde

DSM - Manual de Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais

DGS - Direcção Geral de Saúde

BES - Bem-Estar Subjectivo

WEMWBS - Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

WHO – World Health Organization

Introdução

Introdução

O contacto com a investigação é de extrema importância no momento em que existe a oportunidade de desenvolver uma dissertação de mestrado cujo tema é, para a autora, familiar e querido. A entrega torna-se essencial e o empenho necessário, de modo a desenvolver um trabalho oportuno e interessante.

Ao longo deste projecto pretendeu-se dar enfoque à temática da Saúde Mental, do Bem-estar em geral, as suas dimensões, abordando também o tema da Psicologia Positiva.

Importa referir que, segundo a World Health Organization (2013), a saúde mental é uma componente integrante no que se refere às questões de saúde, pois não há saúde sem saúde mental. Esta não se caracteriza apenas pela ausência de distúrbios mentais (Keyes, 2005), mas também pela existência de algo positivo (Ryff & Singer, 1998), pois os indivíduos podem apresentar altos níveis de bem-estar psicológico, emocional e social (Keyes, 2002).

Torna-se por isso essencial lembrar que a Psicologia não direcciona a sua atenção somente para os problemas em si, mas também, e não menos importante, para o aumento das potencialidades dos indivíduos (Passareli & Silva, 2007). Como referia Keyes (2005) seria importante que os profissionais de saúde e investigadores valorizassem mais a saúde mental positiva / bem-estar do que a doença mental, sendo que desta junção alcançar-se-ia um estado de saúde mental completa (Westerhof & Keyes, 2010).

Atendendo a Ryan e Deci (2001) os autores referem que o bem-estar pode dispor-se em duas perspectivas. Uma refere-se ao estado subjectivo de felicidade e é caracterizado

como bem-estar hedónico, e uma outra relacionada com a investigação do potencial humano, intitulado de bem-estar eudaimónico.

Assim, pretendeu-se avaliar com esta dissertação, o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos – Mogadouro, percebendo quais os níveis de bem-estar mental que estes manifestam, através da Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental Warwick-Edinburgh.

Para que seja possível efectuar esta avaliação este trabalho vai dividir-se em duas partes. De forma genérica pode-se referir que existe uma primeira parte onde se pretende, com uma vertente teórica, explanar diversos conceitos como a saúde mental, a psicologia positiva e o bem-estar. Posteriormente numa segunda parte, existe uma vertente mais prática correspondendo ao estudo empírico, onde se estabeleceram os objectivos de estudo e se fez toda a análise estatística de modo a se obterem as respostas necessárias para os objectivos estabelecidos.

As duas partes estruturais deste trabalho abordam os conceitos supracitados de modo a enquadrar a temática e justificar as opções realizadas durante o estudo e num momento mais final, especificamente relacionados com a amostra escolhida, são retomados os objectivos delineados e respondidas as questões colocadas.

Parte I
Enquadramento Teórico

I – Enquadramento Teórico

1. Conceito Global de Saúde

Quando se fala em saúde na sua globalidade, e segundo Sciliar (2007), deve entender-se que este conceito não tem a mesma representação para todos os indivíduos, visto que depende da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais e das concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Com a fundação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde, obteve-se uma definição universal do conceito de saúde. No dia 7 de Abril de 1948 foi divulgada uma carta de princípios, onde constava o reconhecimento e o direito à saúde. Este dia ficou marcado como o dia Mundial da Saúde, como é actualmente comemorado, defendendo que a saúde deveria ser um direito para uma vida melhor (Sciliar, 2007).

No entanto, o conceito de saúde direccionava-se principalmente para um restrito interesse pela saúde física. Só recentemente a promoção da saúde vocacionou o seu foco de atenção para a saúde mental (Bennett & Murphy, 1999).

Assim sendo, a "Organização Mundial de Saúde" caracterizou a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente como ausência de doença (Ferraz & Segre, 1997; Sciliar, 2007), pelo que esta definição encontra-se relacionada com a promoção do bem-estar (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Segundo Pais-Ribeiro (1998), entende-se como saúde um recurso para a vida, uma dimensão de Qualidade de Vida e não um objectivo de vida. O conceito de bem-estar aparece firmemente associado ao conceito de Saúde, que por sua vez se alargou à Saúde Mental (Terris, 1975; O'Donnel, 1986, citado por Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Torna-se assim pertinente abordar o conceito de Saúde Mental de forma mais detalhada.

2. Conceito de Saúde Mental

Segundo Moreira, Melo, Pires, Crusellas e Lima (2005), já os povos Egípcios, Gregos e Romanos tinham desenvolvido bases para um melhor entendimento global e humanitário da doença mental.

No entanto, a doença mental considerava-se como um misto de origens sobrenaturais e naturais, influenciadas pelos fenómenos celestes, dando origem à medicina mística e à astrologia (Santos, 2001). Desta forma, o tratamento da doença mental incluía os domínios físicos, psíquicos e espirituais (Moreira et al., 2005).

Por sua vez Hipócrates, o pai da Medicina, achava que o meio envolvente e o estilo de vida dos indivíduos influenciavam o seu estado de saúde, afastando as origens divinas da doença mental e conferindo-lhe assim causas naturais (Santos, 2001).

No entanto Platão (século X A.C.) conferia à doença mental três dimensões: a dimensão ética, a dimensão divina e por fim a dimensão orgânica (Espinosa, 1998).

Já Aristóteles (século X A. C.), no seu entender, considerava que o tratamento da doença mental passava pela libertação das emoções reprimidas (Moreira et al., 2005).

Remetendo à Idade Média, as doenças mentais eram vistas como um estado de loucura, pelo que o tratamento dos indivíduos estava a cargo dos clérigos, passando na altura por afastar do corpo dos indivíduos os espíritos, baseando-se em exorcismos e rituais religiosos (Moreira et al., 2005).

Apesar destas medidas as doenças mentais continuavam a representar um grande problema na sociedade, na medida em que eram vistas como uma vergonha e mantidas em segredo pelas famílias. Mais tarde, com o surgimento dos Asilos, todos os sujeitos que manifestavam algum tipo de sintomatologia da doença mental, eram institucionalizados, traduzindo-se numa “*limpeza Social*” (Moreira et al., 2005 p. 41).

Já no final do século XIX, surge a noção de inconsciente como uma segunda revolução na saúde mental no âmbito dos estudos de Freud (Moreira et al., 2005). Deixou de se ter em conta somente a saúde física e incorporou-se a saúde mental no conceito de saúde.

Prova disso é a definição da OMS que a apresenta como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não meramente enquanto ausência de doença (WHO, 1946).

Como resultado desses movimentos a maioria dos autores passaram a aceitar que algumas perturbações ou sintomas eram de origem mental (Moreira et al., 2005).

Tal como já referido e segundo a definição de saúde da OMS, pode verificar-se que saúde e bem-estar são conceitos que estão intimamente relacionados (OMS, 2013). Torna-se assim importante definir ambos os conceitos.

Segundo o artigo “*Investing in mental health: evidence for action*” (Linley & Joseph, 2004), saúde mental ou bem-estar psicológico são uma parte integral da capacidade individual para levar uma vida plena, incluindo a habilidade para formar e manter relações, para estudar, trabalhar ou defender os seus interesses e tomar as decisões do dia-a-dia sobre educação, trabalho, casa e outros.

Na mesma linha, a OMS definiu saúde mental como “ *o estado de bem-estar no qual cada individuo atinge o seu potencial, consegue lidar com stress normal da vida, consegue trabalhar com produtividade e frutuosa e é capaz de dar o seu contributo para a sua comunidade*” (OMS, 2003 p.7). Daí a saúde mental se caracterizar como essencial para o bem-estar dos indivíduos (OMS, 2002). A definição supra referida surge também associada por alguns autores à saúde positiva (Keyes, 2005). No entanto, seria importante reestruturar ou acrescentar à definição de saúde mental conceitos pertencentes ao bem-estar psicológico, tais como felicidade, alegria e prazer de viver (Ribeiro, 2001).

Importa referir que, e ainda de acordo com a OMS (2013), existem factores chave na saúde mental que importa referenciar:

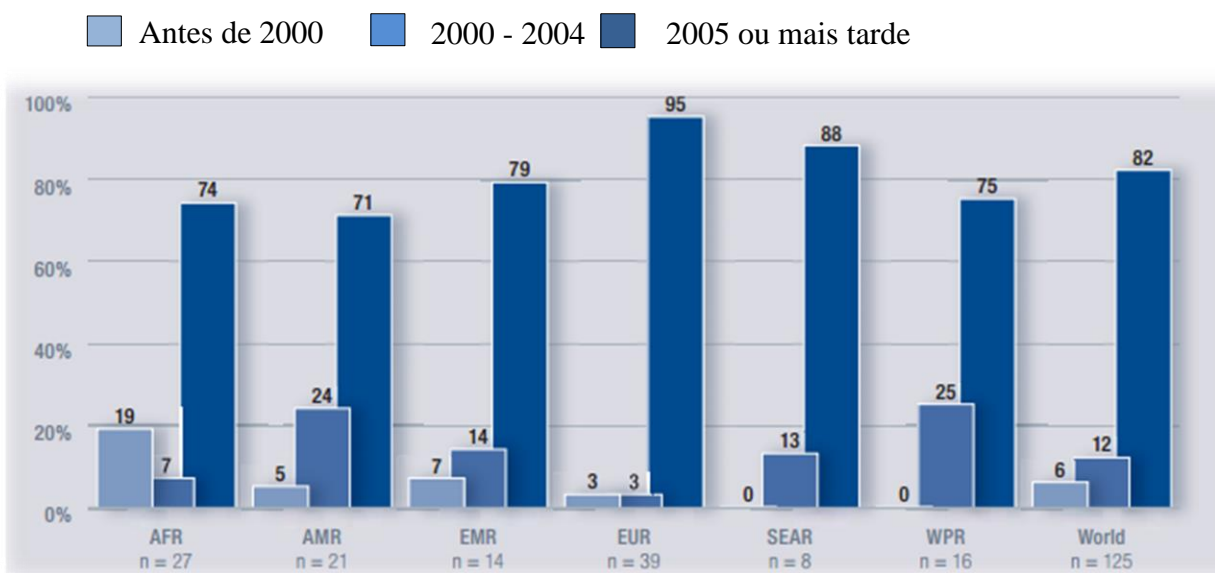
- A saúde mental é parte integrante da saúde, pois não há saúde sem saúde mental;
- A saúde mental é mais do que a ausência de distúrbios mentais;
- A saúde mental é determinada por factores sociodemográficos, biológicos e do meio ambiente;
- A relação custo-benefício da saúde pública e das estratégias intersectoriais existem para promover, intervir, proteger e restaurar a saúde mental.

Caracteriza-se então como saúde mental a condição em que os indivíduos não apresentam psicopatologia e padecem de altos níveis de bem-estar psicológico, emocional e social (Keyes, 2002). Concluiu-se pois que os indivíduos com altos níveis de bem-estar se sentem bem, a sua produtividade é mais elevada e sentem-se felizes. Para a existência de felicidade é necessário que os indivíduos disponham das habilidades de inter-relacionamento entre si e com o meio envolvente (García-Viniegras & Benitez, 2000).

A questão de saúde mental tornou-se ao longo do tempo uma questão tão importante que a própria OMS desenvolveu estratégias para a implementação de políticas de promoção da saúde mental, como é o caso do plano de saúde mental (WHO, 2013). Como se pode verificar no gráfico abaixo apresentado, em 2005 a Europa apresentava uma das melhores taxas percentuais de implementação das políticas de promoção de saúde mental.

Figura 1

Taxas percentuais de implementação das políticas de promoção de saúde mental



O plano de saúde mental caracteriza-se por ser um mapa onde são apresentadas todas as actividades e estratégias a cumprir para que se consigam alcançar os objectivos estabelecidos. São também definidas metas específicas para o cumprimento desses objectivos e estratégias. Deste mapa ainda consta o papel que cada um dos intervenientes desempenha para a concretização das actividades implementadas no campo de acção do plano de saúde mental (WHO, 2011).

Assim, a importância da saúde mental e do bem-estar dos indivíduos reside essencialmente em três valores (WHO, 2013):

- Pensamento e acção independentes;
- Prazer, felicidade e satisfação de vida;
- Relações familiares, com amigos e interacção social.

O pensamento e acção independentes são elementos-chave no que diz respeito à condição humana, pois relacionam-se com a capacidade individual para gerir os pensamentos, comportamentos e interacção com os outros (WHO, 2013).

Relativamente ao segundo tópico, existe um antigo e recentemente reenfatizado argumento que afirma que a felicidade representa o último objectivo da vida e que é a mais verdadeira medida de bem-estar (WHO, 2013).

Em relação ao terceiro tópico a Organização Mundial de Saúde afirma que a identidade do indivíduo e a capacidade para demonstrar a profunda influência no ambiente social, incluindo a oportunidade para formar relações e se envolver com os seus membros da família, amigos e colegas, fazem parte de um dos principais valores da saúde mental (WHO, 2013).

Keyes (2005) caracterizou a Saúde Mental como uma componente evidentemente positiva. Assim sendo, a saúde mental positiva e o bem-estar mental são conceitos utilizados indiferentemente na literatura. A saúde mental positiva é uma construção complexa que engloba o funcionamento psicológico que assenta em duas vertentes: a vertente hedonista (experiência subjectiva de felicidade e satisfação com a vida) e a vertente eudaimónica (focada no funcionamento e auto-realização psicológica (Tennant, Hiller, Fishwick, Platt, Joseph, Weich, Parkinson, Secker & Stewart-Brown 2007).

Com todos os avanços e estudos publicados, e aproximadamente após meio século de pesquisa resultaram treze sintomas de saúde mental que Keyes (2005; 2006) apresenta como sendo critérios de diagnóstico de Saúde Mental Positiva. Estes sintomas são descritos de forma resumida na tabela seguinte.

Tabela 1

CrITÉRIOS de DiagnÓstico da Saúde Mental (Adaptado de Keyes, 2005)

CrITÉRIOS de DiagnÓstico	Descrição de Sintomas	
Vertente Hedónica do Bem-Estar	1- Relativamente aos últimos 30 dias:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Bom humor; • Feliz; • Calmo; • Cheio de vida; • Sereno; 	
CrITÉrio: NÍveis altos em pelo menos num dos sintomas.	2- De um modo geral satisfação ou felicidade com a vida ou domínios da vida, os quais podem ser casamento, emprego e relacionamento pessoal;	
Vertente Eudaimónica do Bem-Estar	3- Auto-aceitação;	
	4- Aceitação social;	
	5- Crescimento pessoal;	
	6- Actualização social;	
	7- Propósito na vida;	
	8- Contribuição social;	
	9- Domínio do meio ambiente;	
	10- Coesão social;	
	11- Autonomia;	
	12- Relacionamento positivo com os outros;	
	13- Integração social.	
	CrITÉrio: NÍveis altos em seis ou mais sintomas.	

2.1. Bem-estar hedónico e Bem-estar eudaimónico

Segundo Deci (2001), estas duas perspectivas de bem-estar surgiram a partir de prismas filosóficos. No que respeita ao hedonismo este surge inerente ao bem-estar subjectivo. Já o bem-estar eudaimónico surge implícito no bem-estar psicológico (Vivaldi & Barra, 2012; Shapiro & Keyes, 2004; Wood e Joseph, 2010). Por sua vez para Keyes (2002 a saúde mental é um conjunto de sintomas de Hedonia e Eudaimonia, congregando os dois conceitos.

2.1.1. Bem-estar Hedónico

O bem-estar hedónico encontra-se subjacente ao bem-estar subjectivo. Deste fazem parte integrante a felicidade subjectiva, a busca de prazer nas situações vividas, bem como a harmonia entre o afecto positivo e o afecto negativo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Keyes (2005) salientou a importância dos sintomas hedónicos para o diagnóstico de saúde mental, no qual os indivíduos devem apresentar altos níveis de satisfação.

2.1.2. Bem-estar Eudaimónico

O bem-estar eudaimónico encontra-se inerente ao bem-estar psicológico onde são testadas as competências do ser humano (Ryff, 1995).

Reflectindo sobre o que Keyes (2005) refere acerca da Saúde mental positiva, torna-se importante e coerente abordar as questões da Psicologia Positiva uma vez que esta se tem focado no estudo das potencialidades / virtudes do ser humano.

3. Psicologia Positiva e o conceito de bem-estar

Os conceitos de saúde e de bem-estar caracterizavam-se, tal como descrito anteriormente, pela inexistência de doença, tendo sido reformulados recentemente, (Keyes, 2007; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2011). Segundo Ruini e Favas (2013) a mudança nos conceitos supra referidos tem vindo a ser feita com base nos estudos da Psicologia Positiva.

No início do século XX, já existiam estudos onde eram abordados os aspectos positivos da saúde mental (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). No entanto, esses estudos vieram recordar algumas questões que tinham sido esquecidas, dando origem a um movimento denominado por Psicologia Positiva (Novo, 2003).

A Psicologia Positiva tem-se mostrado como uma componente muito importante dos estudos na área da Psicologia e tem-se focado na compreensão das forças e virtudes humanas, destacando-se o bem-estar subjectivo, conhecido também como felicidade (Passareli & Silva, 2007).

Reconhecida a importância da Psicologia Positiva, torna-se necessário o aprofundamento do tema. Pode considerar-se como um “novo interesse” da Psicologia que direcciona a sua atenção para a investigação científica das emoções positivas (Passareli & Silva, 2007).

Alguns conceitos inerentes a este tema, como as de bem-estar, optimismo, criatividade, entre outros, têm provocado um aumento do interesse pelo estudo na área da Psicologia (Novo, 2005) e Simonton e Baumeister (2005) alertam todos os psicólogos, sem excepção, para o interesse pelo que diz respeito ao lado positivo da vida.

Já Nunes e Menezes (2014) mencionam que a Psicologia Positiva foca o seu interesse nas emoções positivas, optimismo, amor, felicidade e o bem-estar das pessoas e das comunidades. Por esta razão, têm surgido muitos trabalhos relacionados com a felicidade e ao bem-estar (Albuquerque & Lima, 2007)

Existem inúmeros estudos relacionados com o baixo nível de felicidade dos indivíduos, mas os factores positivos do potencial humano não são contemplados nestes (Seligman, 2004), visto que não existia na altura o recente interesse pelas emoções positivas, mas sim um foco acrescido nas emoções negativas (Oliveira, 2001). No entanto, a Psicologia Positiva veio revolucionar esta matéria, valorizando as vivências positivas (felicidade), as características individuais de cada indivíduo (virtudes) e as instituições positivas (escolas) (Wright, 2003).

É importante salientar que no campo da Psicologia o foco de atenção não é apenas o problema evidenciado mas, também, salientar o que de melhor existe num indivíduo (Passareli & Silva, 2007). Tal como refere Keyes (2005) não se deveria somente dar atenção à doença mental, sendo também importante que os profissionais de saúde e pesquisadores dessem maior valor à saúde mental positiva / bem-estar, pois na sua junção chegar-se-ia ao que se nomeia de saúde mental completa (Westerhof & Keyes, 2010).

Passar-se-á, como já anteriormente referido, à definição do conceito bem-estar, uma vez que este faz parte integral do mesmo trabalho.

4. Conceito de Bem-Estar

Inicialmente o conceito de bem-estar estava intimamente relacionado com a economia, representando assim um significado limitado de bem-estar material, pois os

economistas consideravam que o bem-estar estava relacionado com o poder económico. Assim, entendia-se por bem-estar a avaliação que o indivíduo fazia do seu rendimento, ou do que o dinheiro poderia comprar para o seu bem-estar. No entanto, foi necessário estabelecer uma distinção entre o bem-estar material e bem-estar em geral (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Em meados da década de sessenta abandonou-se o conceito restrito de bem-estar material, assumindo uma perspectiva mais abrangente e global de bem-estar como um todo, valorizando as variadas dimensões da vida dos indivíduos (Novo, 2003).

Muitos investigadores, a nível internacional, têm demonstrado grande interesse na descoberta das razões que produzem a felicidade e o quão felizes são os indivíduos, nomeadamente o quão são capazes de mostrar as suas potencialidades. Estes investigadores embora utilizem duas perspectivas distintas, estudam igualmente duas dimensões do bem-estar (Siqueira & Padovam, 2008).

A atenção e interesse relacionado com este tema não é nova, pois já desde a Grécia antiga que, por exemplo, Aristóteles tentava estudar a existência do mistério da felicidade. Nas últimas três décadas os investigadores dedicaram-se ao desenvolvimento de conhecimentos, bem como de provas científicas relacionadas com o bem-estar. Após anos de intensa investigação os investigadores conseguiram incorporar o conceito de bem-estar no campo científico da psicologia. Este tornou-se um dos temas mais mediáticos e abordados no que refere à compreensão dos factores psicológicos da vida saudável (Siqueira & Padovam, 2008).

Norman Bradburn, em 1969 e na sequência de vários estudos demonstrou que os afectos agradáveis e desagradáveis são, de certa forma, independentes e têm diferentes correlações, não se podendo considerar simplesmente opostos uns dos outros. Estes

devem ser estudados isoladamente para que se consiga atingir o completo bem-estar de cada indivíduo. Segundo o autor, esta descoberta representou um marco importantíssimo no âmbito do bem-estar subjectivo, demonstrando aos psicólogos clínicos que tentavam eliminar os estados negativos, que essa intervenção não era sinónimo de promoção de estados positivos. Portanto, a eliminação de sensações infelizes não desencadearia um aumento de prazer. Retirar ao mundo sintomas como ansiedade e tristeza não iria fazer dele um mundo feliz (Snyder e Lopez, 2005).

Um marco importante foi também o facto de que, após várias revisões e estudos ligados ao bem-estar subjectivo, este tenha facilmente crescido e se tornando posteriormente uma disciplina científica (Snyder e Lopez, 2005).

No entanto, existem razões para o efeito. Essas razões assentam em factores como a necessidade das pessoas dos países ocidentais obterem níveis de abundância material e saúde elevados para além da mera sobrevivência na procura de uma boa vida (Snyder e Lopez, 2005).

Para Ryan e Deci (2001) o bem-estar pode dispor-se em duas perspectivas. Uma refere-se ao estado subjectivo de felicidade e denomina-se bem-estar hedónico, e a outra tem a ver com a investigação do potencial humano e caracteriza-se por bem-estar eudaimónico, como referido anteriormente. O bem-estar hedónico refere-se a uma concepção de bem-estar como prazer ou felicidade. Por sua vez, o bem-estar eudaimónico, diz respeito ao completo funcionamento das potencialidades de cada indivíduo (citado por Siqueira & Padovam, 2008; Paschoal & Tamayo, 2008; Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002; Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger, Rooy, 2008).

Uma associação frequente na literatura é a de bem-estar com o conceito de felicidade.

Albuquerque e Lima (2007) referem que o bem-estar e a felicidade parecem estar fortemente interligados, revelando assim a necessidade crescente que se verifica em estudar e perceber quais os factores que influenciam as experiências que causam felicidade aos indivíduos, vivências essas que possam ser indicadores de promoção de bem-estar.

Os conceitos de bem-estar e felicidade para além de estarem fortemente interligados são também caracterizados como sinónimos para alguns autores (Veenhoven, 2000; Paschoal & Tamayo, 2008). Albuquerque e Tróccoli (2004) afirmam que o bem-estar é o estudo científico da felicidade. Será pertinente referir que ao longo deste trabalho se utilizará felicidade, tal como a bibliografia o refere, como sinónimo de bem-estar / bem-estar subjectivo.

O bem-estar também aparece associado à auto-estima, ou seja, quanto melhor for a auto-estima melhor será o bem-estar (Lopez, 2015; Jardim, 2012), sendo que a auto-estima é sustentada pela percepção que os indivíduos têm de si próprios, ou seja, pode-se caracterizar como uma auto-avaliação, assentando em sentimentos positivos ou negativos (Mosquera & Stobaus, 2006; Henriques, 2000).

Segundo Linley e Josef (2004) existem dois tipos de objectivos e valores relacionados com o bem-estar e a felicidade. Existem os objectivos e valores nomeados pelos autores como extrínsecos, relacionados com a cultura consumista da sociedade que está direccionada para a procura de “dinheiro”, ou seja, materialista, a procura de estatuto, imagem e posse. São extrínsecos porque centram-se na aquisição de recompensas e louvor externo.

O segundo tipo são os objectivos denominados de intrínsecos, que se relacionam com o crescimento pessoal, intimidade e contributo para a comunidade. São chamados

de intrínsecos pois são os mais prováveis de satisfazer as necessidades psicológicas profundas e necessárias para atingir a felicidade e o bem-estar (Linley & Josef, 2004).

Segundo os estudos dos autores, para as pessoas que gerem e organizam a sua vida em função dos valores extrínsecos, o bem-estar pessoal é efectivamente menor do que naquelas que valorizam os objectivos intrínsecos (Linley & Josef, 2004).

Num estudo realizado por Linley e Josef, (2004) os indivíduos que valorizam e que dão grande importância aos valores extrínsecos têm baixos níveis de bem-estar e elevados níveis de depressão e ansiedade. Este estudo revelou então que as pessoas que enfatizam os valores extrínsecos têm menor qualidade de vida nas várias medidas de bem-estar, ou seja, menos felicidade, mais experiências emocionais desagradáveis e mais sintomatologia física. Quem admira as características materiais, ou seja, quem tem como objectivos de vida o “bem material”, está mais propenso a desenvolver diagnósticos integrados na classificação do DSM, como distúrbios de personalidade, transtornos de conduta, défices de atenção e ansiedade de separação.

Schwartz, em 1992, definiu dez objectivos motivacionais básicos e posteriormente Sagiv e Schwartz (2000) examinaram as relações entre esses dez tipos de valores, de modo a medir os aspectos cognitivos e afectivos do bem-estar (citado por Linley e Josef, 2004).

Os dez objectivos motivacionais são: auto determinação, universalismo, benevolência, conformidade, tradição, segurança, poder, realização, hedonismo e estimulação (Sagiv & Schwartz, 2000, citado por Linley & Josef 2004).

Realização, autodeterminação e estimulação, correlacionaram-se positivamente com os aspectos afectivos do bem-estar, enquanto a tradição, conformidade e segurança se correlacionaram negativamente. Assim, este estudo refere que a autodeterminação e

realização (que enfatizam autonomia e competência) correlacionam-se positivamente com o bem-estar, e a benevolência e universalismo (que enfatizam o parentesco e poder) já não se relacionaram com o bem-estar (Sagiv & Schwartz, 2000, citado por Linley & Josef 2004).

Para Sagiv & Schwartz, (2000) são três os mecanismos de bem-estar, sendo eles o ambiente, o suporte social e o conflito interno (citado por Linley & Josef, 2004).

O primeiro está relacionado com o ambiente no qual o autor refere que aqueles que são propícios a obter oportunidades de alcançar os verdadeiros objectivos, são os que são congruentes com esses mesmos objectivos, em contraste com os não congruentes, que bloqueiam os verdadeiros objectivos e valores. Quando se está perante um ambiente cuja função do indivíduo está objectivamente de acordo com os seus objectivos, a pessoa está capaz de exprimir os seus valores e atingir as suas metas. Cada meta atingida é uma experiência positiva de bem-estar. Alguns autores referem que o bem-estar positivo é oriundo do atingimento de valores importantes, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos. Assim, concluem que independentemente do tipo de objectivo (intrínseco ou extrínseco), se o indivíduo o atinge em congruência com o ambiente, então tem uma sensação de bem-estar positivo (Sagiv & Schwartz, 2000, citado por Linley & Josef 2004).

Outro aspecto importante referido por Sagiv e Schwartz (2000) é o suporte social. O suporte social é caracterizado como uma fonte de bem-estar positivo. O estudo demonstra que os agentes *stressores* do bem-estar podem ser minimizados através do suporte social, fazendo com que se reduza a ameaça causada ou se aumente a auto-estima, evocando respostas adaptativas. Indivíduos que tenham objectivos que se oponham à sociedade sofrem mais comumente sanções sociais que lhes causa mal-

estar, podendo ser ignorados, banidos ou mesmo punidos (citado por Linley e Josef, 2004).

O terceiro mecanismo de bem-estar proposto é o de consonância interpessoal. Os autores defendiam que a sensação de bem-estar está condicionada pelo conflito de valores internos. Normalmente ocorre quando há uma diferença substancial entre os valores pessoais e os valores / objectivos vividos pela sociedade em que essa pessoa se insere. Este conflito de valores é comum no caso, por exemplo, do imigrante, ou por exemplo quando há uma diferença substancial no seio familiar, que curiosamente pode ocorrer quando existe um membro da família que será o primeiro a iniciar a escola. Evidencia-se essencialmente por uma diferença marcada entre os valores pessoais e dos elementos da sociedade em que o indivíduo se insere (Sagiv & Schwartz, 2000, citado por Linley & Josef 2004).

O estudo supra citado de Sagiv e Schwartz (2000) revelou que o bem-estar subjectivo é afectado pela concordância entre os valores pessoais e os valores da família, grupo de amigos, comunidade, profissão, organização, entre outros. No entanto, os autores salvaguardam que a forma como se desenvolvem os conflitos internos depende da importância do ambiente na auto-identidade das pessoas. É de ressaltar que quanto maior for a importância do ambiente no “Eu” da pessoa, maior impacto terá a não congruência entre os valores da pessoa e os da sociedade (Linley & Josef 2004).

Para Seligman (2012), existem associados à teoria do bem-estar, cinco elementos que são: a emoção positiva, o envolvimento, o significado, as relações positivas e a realização pessoal.

- a) **Emoção Positiva:** caracteriza-se por ser o primeiro elemento hedonista da teoria do bem-estar, assumindo o conceito de vida agradável, incluindo variáveis

- subjectivas como o prazer, o êxtase, conforto, afecto caloroso e outros (medidos subjectivamente). Abandona-se, nesta teoria, a ideia de que a felicidade e satisfação com a vida são o principal objectivo da mesma, passando a serem encarados apenas como factores incluídos na emoção positiva (Seligman, 2012);
- b) **Envolvimento:** também é avaliado de forma subjectiva, mas ao contrário da emoção positiva, o envolvimento é um estado retrospectivo. Como o pensamento e o sentimento não costumam estar presentes no momento do fluxo, acaba por ser avaliado nos momentos posteriores quando a pessoa se lembra dele. Só se pode caracterizar algo como tendo sido agradável quando é feita uma avaliação posterior daquele momento, daquela recordação (Seligman, 2012);
- c) **Significado:** Este não depende de nenhum dos outros elementos acima e abaixo mencionados, pois é medido de forma independente. Caracteriza-se pelo sentido que é dado àquilo que pensamos e fazemos e que na altura nos causa bem-estar. Naquele momento faz todo o sentido, no entanto pode posteriormente não fazer tanto sentido, apesar de ter tido o seu significado (Seligman, 2012);
- d) **Realização pessoal:** também definida como êxito, não alberga necessariamente nenhuma emoção positiva nem nenhum significado consigo. Contribui muitas vezes para o bem-estar embora não esteja obrigatoriamente ligada aos outros elementos do mesmo. A vida bem-sucedida e o sucesso propriamente dito assumem o principal aspecto na vida das pessoas que se centram neste elemento. Frequentemente as pessoas que se focam na aquisição de sucesso procuram incessantemente o prazer e acabam por sentir emoções positivas quando vencem (Seligman, 2012);

e) **Relações positivas:** este elemento está intimamente ligado às “outras pessoas”.

Raramente se atribui um significado ou se tem uma emoção positiva sem que outras pessoas estejam envolvidas. Segundo o autor:

“as outras pessoas são o melhor antídoto quando a vida está na mó de baixo e a forma mais fiável de a voltar a erguer” (Seligman, 2012, p. 35);

Para o autor todas as relações positivas estão associadas aos outros elementos do bem-estar. Este afirma que desconhece relação positiva que não seja acompanhada de emoção positiva, de envolvimento, de significado ou de realização pessoal (Seligman, 2012);

4.1. Modelos de compreensão do Bem-estar

Ed Diener e Robert Biswas-Diener, são dois autores que se interessaram pelo conceito de felicidade, sendo que Ed Diener é considerado como um pioneiro nesta área. Em conjunto conceberam um conceito que designaram de riqueza psicológica e concluíram que esta incluiu várias atitudes para com a vida: o suporte social, o desenvolvimento espiritual, recursos pessoais, saúde e as actividades a que as pessoas se entregam. Deste conceito fazem parte oito componentes que são: satisfação com a vida e a felicidade, espiritualidade e significado da vida, emoções e atitudes positivas, relacionamentos sociais, trabalho e objectivos envolventes, valores e objectivos de vida, saúde física e mental e suficiência material para preencher as suas necessidades (Baptista, 2013).

Martin Seligman é um dos fundadores do recente modelo de psicologia positiva e da psicoterapia central. No seu modelo de bem-estar o autor verificou que o florescimento individual dependeria de cinco factores sendo eles: emoções positivas, relacionamentos, realização, envolvimento, significado (Baptista, 2013).

Baptista (2013) mencionando a ideia de Alves, refere que o modelo de Martin Seligman poderia ser o modelo ERRES, Emoções positivas, Relacionamentos, Realização, Envolvimento e por fim Significado.

Segundo esta perspectiva o bem-estar é o resultado das sensações agradáveis, traduzidas pela qualidade dos relacionamentos, ou seja pela ligação com os outros, e a capacidade que essas experiências têm de preencher a pessoa, indicada pela entrega das mesmas ao realizá-las, pois permitem viver sensações de sucesso (Baptista, 2013).

Por sua vez Felicia Huppert, professora do Instituto de Bem-Estar da Universidade de Oxford, tal como Martin Seligman, também desenvolveu a ideia de bem-estar e de florescimento. Mas a autora achou pertinente que o florescimento ficasse como oposto das perturbações mentais mais frequentes, como as perturbações do humor ou ansiedade, pois considerou que os indivíduos que têm níveis mais elevados de bem-estar psicológico não só se sentem bem, como também funcionam de forma mais eficiente, aprendem mais facilmente, para estes o trabalho é mais produtivo, têm melhores relações sociais e apresentam um melhor contributo para a sociedade (Baptista, 2013).

Através do modelo actual de classificação das doenças mentais da Organização Mundial de Saúde e da Associação Psiquiátrica Americana, construiu-se uma definição de florescimento em que fazem parte três características fundamentais (as emoções positivas, o envolvimento e interesse e o significado e finalidade) e seis características adicionais (a auto-estima, o optimismo, a resiliência, a vitalidade, a autodeterminação, e relações positivas) (Baptista, 2013).

A Fundação Gallup é pioneira nestas temáticas, dando muita atenção à excelência do desempenho, aos aspectos positivos da vida ou do local de trabalho e à influência que isto tem no desempenho (Baptista, 2013).

No que respeita a este modelo da Fundação Gallup, é referido que o bem-estar se encontra dependente de cinco grandes factores (Baptista, 2013):

- a) **Carreira** – A forma como o individuo ocupa o seu tempo e gosta ou não do que faz diariamente;
- b) **Finanças** - Está intimamente ligada à vida económica dos indivíduos, ou seja a capacidade de gerir as finanças pessoais, o que pretende reduzir o *stress* e aumentar a seguranças pessoal;
- c) **Saúde** – É necessário que os indivíduos tenham saúde para que lhes seja possível a realização de todas as tarefas do quotidiano;
- d) **Social** – Relacionamento sociais, o envolvimento na comunidade;
- e) **Relacionamentos** - Fazem parte destes as ligações com familiares, não familiares ou com conhecidos.

Por fim Corey Keyes e Carol Ryff (1995) desenvolveram em conjunto um dos mais famosos modelos de bem-estar psicológico. Este modelo é composto por seis dimensões, em que cada uma dá um contributo único e independente para o bem-estar psicológico (Baptista, 2013; Siqueira & Padovan, 2008).

- a) **Crescimento pessoal** – Sentimentos de desenvolvimento pessoal;
- b) **Auto-aceitação** – Disposição positiva face ao próprio e à vida passada;
- c) **Autonomia** – Fazem parte da autonomia sentimentos de independência, autodeterminação e por fim auto-regulação do comportamento;
- d) **Domínio ambiental** – Sentimentos de competência com o objectivo de desenvolver ambientes adequados para a condição psíquica;
- e) **Significado da vida** – Relação de sentimentos de finalidade e de objectivos de vida;

f) **Relacionamentos positivos** – Relações de satisfação e sentimentos carinhosos.

Após a construção do presente modelo de bem-estar psicológico, Corey Keyes desenvolveu o seu conceito de florescimento. O autor tal como Felicia Huppert, demonstrou que a depressão e o florescimento também se deveriam definir operacionalmente, desde que se assinalassem factores de uma boa saúde mental e de funcionamento positivo, ao invés da depressão que se associa a sentimentos negativos (Baptista, 2013).

O florescimento na vida manifesta-se através de um conjunto de factores que incluem sinais de bem-estar, de felicidade e de um desempenho óptimo, pois os indivíduos que floresçam estão livres de sofrimento emocional bem como de doença mental (Baptista, 2013).

Quando se fala no conceito florescer, segundo o autor Corey Keyes, não se pode apenas falar somente em ausência de doença ou de mal-estar, pois este conceito caracteriza-se por sinais positivos de vida, sendo um deles o hedonismo que está relacionado com o prazer e a satisfação nos diferentes domínios da vida, afecto positivos ou felicidade e a satisfação com a vida (Baptista, 2013).

Uma vez que, na literatura, o bem-estar surge na maioria das vezes como sinónimo de felicidade (Veenhoven, 2000; Paschoal & Tamayo, 2008) tal como o conceito de bem-estar subjectivo (Passareli & Silva, 2007), embora estejam definidos separadamente, vão ser usados ao longo do presente trabalho como sinónimos.

4.2. Bem-estar Subjectivo

O bem-estar subjectivo caracteriza-se por ser uma dimensão positiva da Saúde, considerando-se como um conceito complexo que incluiu uma dimensão cognitiva e

uma dimensão afectiva. Para além destas duas dimensões o bem-estar subjectivo abrange também conceitos como qualidade de vida, afecto positivo, afecto negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) e felicidade (Giacomoni, 2004).

O bem-estar subjectivo está associado ao que os indivíduos pensam e sentem sobre as suas vidas. Para os investigadores as opiniões dos indivíduos são importantes e não apenas o que se avalia delas. Assim, os estudos na área do bem-estar subjectivo floresceram devido à crescente tendência de rumo ao individualismo, em que os indivíduos se preocupam com os seus próprios sentimentos e crenças. Será também importante referir o facto dos investigadores terem produzido métodos científicos para estudar o bem-estar subjectivo (Snyder e Lopez, 2005).

Diener (1984, 2000) Diener, Lucas e Oishi (2002), designam o bem-estar subjectivo como sendo um misto de afecto positivo (inexistência de afecto negativo) e de satisfação com a vida (citado por Snyder & Lopez, 2009). O conceito de bem-estar subjectivo é utilizado como sinónimo de felicidade, isto na literatura de psicologia. Já na imprensa popular o termo felicidade é usado para substituir bem-estar subjectivo. Entende-se por felicidade um estado emocional positivo, que varia de pessoa para pessoa pela sua subjectividade (Snyder & Lopez, 2009).

Se forem analisadas as investigações realizadas na área do bem-estar subjectivo, pode apurar-se que determinados autores referem que este advém da soma de vivências felizes, a nível económico, na educação, na saúde, no trabalho, nas actividades pessoais, na política. Já para outros o bem-estar subjectivo resulta da influência da personalidade de cada um, pois há indivíduos que demonstram ter mais competências para viverem situações de forma positiva, apresentando portanto uma melhor auto-estima e optimismo (Nunes & Menezes, 2014).

Incluído no bem-estar subjectivo encontram-se ainda duas componentes, sendo a primeira a cognitiva, que está relacionada com a satisfação com a vida, e a segunda diz respeito às dimensões afectivas ou emocionais, quer positivas quer negativas. Portanto, o bem-estar subjectivo realça as vertentes psicológicas positivas da vida dos indivíduos (Siqueira, Jesus & Oliveira, 2007).

Numa perspectiva subjectiva, poder-se-á caracterizar o conceito de bem-estar subjectivo como uma componente substancial da psicologia positiva (Passareli & Silva, 2007), pois as experiências positivas inerentes ao bem-estar subjectivo são um conceito central da psicologia positiva, porque tornam a vida compensadora (Snyder e Lopez, 2005).

Snyder e Lopez (2005) consideram que o bem-estar subjectivo se define por um conjunto de avaliações cognitivas e afectivas acerca da sua própria vida. Fazem parte integrante destas avaliações as reacções emocionais a eventos e os juízos cognitivos de satisfação e realização. Pode então considerar-se que o bem-estar subjectivo é um termo vasto onde se incorporam as experiências de emoções agradáveis, níveis baixos de humores negativos e níveis elevados de satisfação.

Lopez e Keyes (2002), afirmam que elevados níveis de bem-estar emocional, social e psicológico conciliados, traduzem-se em completa saúde mental (citado por Snyder & Lopez, 2009). Keyes refere que é necessário haver uma combinação entre o bem-estar emocional, psicológico e social, para se considerar um individuo mentalmente saudável. Será pertinente mencionar individualmente cada um dos subtipos de bem-estar, para uma melhor compreensão das variáveis que pode assumir.

4.3. Bem-estar Emocional

Quando nos referimos ao bem-estar emocional estamos perante conceitos como felicidade e satisfação com a vida, ou seja, perante uma harmonia de sentimentos positivos e negativos, preferencialmente com ausência destes últimos (Snyder e Lopez, 2009).

4.4. Bem-estar Social

Entende-se por bem-estar social a forma como o indivíduo vive em sociedade, ou seja, se o seu funcionamento é ajustado, incluindo também a avaliação da qualidade das relações com os outros. Para que se possa perceber se o funcionamento dos indivíduos é ou não o ideal, é necessário ter em conta parâmetros como a contribuição social, coerência social, crescimento pessoal, aceitação social e integração social (Keyes, 1998; Novo, 2005).

4.5. Bem-estar Psicológico

O bem-estar psicológico consiste na auto-aceitação, crescimento pessoal, propósito na vida, domínio do ambiente, autonomia e relações positivas com outras pessoas. Estes são os seis conceitos do funcionamento positivo (Ryff, 1999 citado por Snyder & Lopez, 2009; Siqueira & Padovam, 2008; Fernandes, Raposo, Pereira, Ramalho & Oliveira, 2009; Ryff & Keyes, 1995).

A auto-aceitação caracteriza-se como parte fulcral da saúde mental. A partir desta são revelados altos níveis de autoconhecimento, bom funcionamento e maturidade (Ryff, 1999 citado por Siqueira&e Padovam, 2008).

O relacionamento positivo com as outras pessoas, está associado com sentimentos de empatia, afecto, amor, amizade e identificação com o outro (Ryff, 1999 citado por Siqueira & Padovam, 2008).

Relativamente à autonomia, esta prende-se com a forma como se avalia tanto os outros como o próprio, como se seguem os valores culturais e como se está independente da aceitação dos outros (Ryff, 1999 citado por Siqueira & Padovam, 2008).

Abordando o domínio do ambiente, este conceito dá principal enfoque às capacidades que os indivíduos têm de criar ambientes favoráveis e apropriados àquelas que são as suas características psíquicas (Ryff, 1999 citado por Siqueira & Padovam, 2008).

Quanto ao propósito de vida, este refere-se aos objectivos e intenções de vida, sem se afastar do sentimento de que a vida tem um significado (Ryff, 1999 citado por Siqueira & Padovam, 2008).

Por último o crescimento pessoal está relacionado com abertura a novas experiências e à superação de desafios de vida nos diferentes fases da mesma (Ryff, 1999 citado por Siqueira & Padovam, 2008).

Hall (2001) acrescenta ainda que a promoção do bem-estar psicológico é de extrema importância para os indivíduos que residam em sociedades com culturas distintas.

Abordados os temas de Saúde, Saúde Mental, Psicologia Positiva, Bem-Estar e os seus tipos, torna-se pertinente fazer referência aos factores que influenciam o bem-estar.

5. Factores que influenciam o bem-estar

Existem vários factores que estão implícitos nos níveis de bem-estar, tais como, a idade (Oliveira, 2010; Hicks, Epperly & Barnes, 2001; Diener, 1996; Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002), o sexo (Diener, 1996; Oliveira, 2010; Hicks, Epperly & Barnes, 2001), o emprego (Oliveira, 2010), a religião (Oliveira, 2010), o estado civil (Oliveira 2010; Hicks, Epperly & Barnes, 2001) e o nível de escolaridade (Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002).

Sendo assim, o autor relata que no que concerne à idade, numa fase inicial pensou-se que os indivíduos mais jovens seriam mais felizes. Estudos posteriores indicam que a idade não era assim tão significativa pois até as pessoas com mais idade poderiam ser mais felizes (Oliveira, 2010).

No que diz respeito ao sexo, não existem diferenças significativas entre estes. No entanto, pode-se salientar que as mulheres tendem a experimentar mais alegrias e mais tristezas. Outros estudos dizem-nos que as mulheres jovens são mais felizes que os homens jovens. Já numa faixa etária mais avançada, o mesmo estudo indica que os homens mais velhos são mais felizes que as mulheres mais velhas (Oliveira, 2010), sendo que as mulheres, no seu global, são mais felizes que os homens (Diener & Scollon, 2003).

Relativamente à ocupação profissional o desemprego é um elemento que traz grandes níveis de infelicidade (Oliveira, 2010).

Ryan, Kinicki, Song e Wanberg (2005), descrevem de três estudos, que se referem à avaliação do impacto do desemprego no bem-estar físico e psicológicos nos indivíduos.

O primeiro estudo, transversal, pretendia comparar o bem-estar dos indivíduos empregados com o dos desempregados; seguidamente um estudo longitudinal estudou as alterações de bem-estar dos indivíduos na passagem de desempregados para empregados e por fim um outro estudo avaliou as alterações de bem-estar nos indivíduos que passam de empregados para desempregados, ou seja após a perda de emprego (Ryan, Kinicki, Song & Wanberg, 2005). Apresentam-se de seguida as conclusões mais relevantes de cada um deles:

Conclusões do estudo transversal – os trabalhadores que se encontravam no desemprego tinham claramente menor saúde mental, satisfação de vida e satisfação civil ou familiar quando comparados com empregados (Ryan, Kinicki, Song & Wanberg, 2005).

Conclusões do estudo longitudinal (Reempregados) – os indivíduos que transitaram de desempregados para reempregados apresentaram um aumento marcado de saúde mental e de satisfação de vida (Ryan, Kinicki, Song & Wanberg, 2005).

Conclusões do estudo longitudinal (Perda de emprego) – Já os indivíduos que perderam o seu emprego mostraram uma redução significativa da saúde mental (Ryan, Kinicki, Song & Wanberg, 2005).

O estudo demonstra que elevados recursos financeiros estão associados a elevados níveis de saúde mental e satisfação de vida, em detrimento da pressão financeira que está associada a baixos níveis saúde mental e satisfação de vida. No entanto, é de salientar que está muito mais fortemente associado ao bem-estar a pressão financeira do que os recursos financeiros (Ryan, Kinicki, Song & Wanberg, 2005).

Outro dado relativamente importante diz respeito ao esforço pela procura de emprego, que segundo o artigo está relacionado com baixos níveis de saúde mental durante o estadió de desemprego (Ryan, Kinicki, Song & Wanberg, 2005).

Quanto à religião, é de salientar que a relação entre esta e o bem-estar está dependente de como esta relação é vivida (Oliveira, 2010).

Relativamente ao estado civil, o estudo Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira e Oliveira (2003) demonstram que as pessoas casadas padecem de níveis mais elevados de bem-estar /felicidade do que as pessoas solteiras, pois a satisfação com o matrimónio, dependendo da qualidade do amor são indicadores fortes de bem-estar (Oliveira, 2010). Segundo Simões et. al (2000), as mulheres casadas apresentam-se mais satisfeitas que os homens.

William Pullen, psicoterapeuta existencial, considera que a prática de exercício físico como correr e caminhar, beneficia directamente o bem-estar psicológico, porque tem um efeito muito positivo em indivíduos que estejam deprimidos ou ansiosos (Silva, 2015).

A Direcção Geral de Saúde (2007) afirma também que a actividade física e o desporto saudáveis são uma fonte de saúde e bem-estar. Um das vantagens apontadas pela DGS para a actividade física regular prende-se com a promoção do bem-estar psicológico e a redução da ansiedade e depressão.

Também é relevante a prática de exercício físico nos idosos pois ajuda ao aumento e manutenção do bem-estar (Subas & Havranb, 2004).

Lopes (2006) afirma a importância da companhia, da convivência e da actividade física como indicador de felicidade nos idosos, ou seja, assumindo a felicidade como

indicador de bem-estar. Conclui-se então que os idosos que vivam acompanhados e que pratiquem exercício físico possuem melhores níveis de bem-estar.

Os idosos que residem em ambiente rural segundo alguns estudos realizados, apontam sempre níveis mais elevados de bem-estar (Sequeira & Silva, 2002). Os mesmos autores mencionam que o facto de os idosos residirem em meio rural oferece uma passagem gradual para o estatuto de idoso, possibilitando que vivam ao seu ritmo e muitos destes idosos ocupam o seu tempo com o cultivo das suas terras.

Para que fosse possível desenvolver a componente prática era necessário primeiramente proceder à construção da revisão da literatura, referente à temática da saúde mental e do bem-estar. Essa revisão foi crucial para um melhor entendimento do tema, bem como, um conhecimento mais profundo em relação ao mesmo, sendo de realçar a “plasticidade” do conceito que se escolheu como referência central da presente dissertação. Posto isto, torna-se pertinente a introdução da parte prática desta investigação.

Parte II

Estudo Empírico

II - Estudo Empírico

Após a análise da componente teórica do estudo, que se tornou essencial para a contextualização do mesmo, torna-se pertinente iniciar a parte prática deste visando estudar o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos – Mogadouro. Contou-se com a participação de 61 elementos, de modo a obter os resultados necessários para responder aos objectivos inumerados seguidamente.

No entanto, aquando da iniciação de qualquer investigação, é necessário ter em conta os princípios éticos inerentes a um projecto de investigação, essencialmente no momento da recolha de dados. Assim sendo, pretende-se introduzir os princípios éticos.

1. Princípios Éticos

Atendendo ao Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses e de acordo com o mesmo, ao longo da investigação serão sempre respeitados e tidos em conta os princípios abaixo mencionados

1.1. Princípios Gerais

Princípio E (Beneficência e não-maleficência) – “Os /as psicólogos /as devem ajudar o seu cliente a promover e a proteger os seus legítimos interesses. Não devem intervir de modo a prejudicá-lo ou a causar-lhe qualquer tipo de dano, quer por acções, quer por omissão” (Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses – Diário da República, Princípio E, p. 17932, 2011).

1.2. Princípios Específicos

Consentimento informado: “No contexto da sua actividade, os/as psicólogos/as fornecem informação aos seus clientes e asseguram a sua compreensão. Essa informação diz respeito às suas acções profissionais, procedimentos e consequências

prováveis, confidencialidade da informação recolhida e limites éticos e legais da mesma” (Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses – Diário da República, p. 17933, 2011).

De acordo com o cumprimento do princípio ético referido serão então salvaguardados o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Participação Voluntária: “Ninguém pode ser obrigado ou coagido a participar numa investigação. Para este efeito, os investigadores obtêm o consentimento dos seus participantes” (Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses – Diário da República, p. 17935, 2011). Posto isto, serão respeitadas as decisões dos indivíduos.

Participação Informada: “Os investigadores fornecem aos participantes a informação necessária sobre a investigação que permita aos mesmos uma decisão informada quanto aos potenciais riscos e benefícios de participar e quanto às características gerais da sua participação” (Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses – Diário da República, p. 17935, 2011). Assegura-se desta forma, que os indivíduos só participarão se assim o entenderem, após terem sido informados acerca do estudo.

Comunicação de Resultados das Investigações de Forma Adequada para a comunidade científica e o público em geral: “Os/as psicólogos/as reconhecem a importância de divulgação e partilha das investigações realizadas junto dos seus pares e da comunidade em geral” (Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses – Diário da República, p. 17936, 2011). Sendo assim, após o término da investigação os participantes poderão aceder às conclusões.

2. Objectivos do estudo:

2.1. Objectivo Geral

- a) Avaliação do Bem-Estar Mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos, Freguesia de Mogadouro.

2.2. Objectivos Específicos

- a) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o género e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos;
- b) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos;
- c) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o estado civil e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos;
- d) Verificar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a vivência com familiares ou outras pessoas e o bem-estar mental, comparativamente com os elementos da amostra que vivem sós;
- e) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos;
- f) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a situação profissional e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos;
- g) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o gostar de viver em Vilarinho dos Galegos e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos;

- h) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o tipo de ocupação de tempo livre e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos;
- i) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a existência de crença religiosa e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos;
- j) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção da saúde física e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos.
- k) Comparar a perspectiva empírica das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos relativamente ao seu bem-estar mental com os resultados obtidos na Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental Warwick-Edinburgh;

3. Método

A investigação foi baseada num estudo exploratório utilizando uma metodologia quantitativa, ou seja, que pode ser traduzida em números e por isso quantificável (Ribeiro, 2010; Fortin, 2009; Rodrigues, 2007). Fortin, Côté e Fillion (2009), referem que a metodologia quantitativa apresenta principal interesse pela objectividade dos fenómenos, pois baseia-se na observação de factos. O estudo será correlacional por estipular relações entre variáveis e também diferencial por estabelecer diferenças entre grupos.

3.1. Participantes

Os participantes do presente estudo são pessoas residentes na aldeia de Vilarinho dos Galegos – Mogadouro com idade igual ou superior a 18 anos de idade. Pode-se caracterizar esta amostra como uma amostra de conveniência, pois os indivíduos

seleccionados são indivíduos mais disponíveis. As vantagens deste método passam por ser rápido, barato e fácil (Hill & Hill, 2002).

Os critérios de inclusão nesta investigação foram: ter idade igual ou superior a 18 anos e ser residente na aldeia de Vilarinho dos Galegos.

Por inerência, como critérios de exclusão: não ser residente na aldeia de Vilarinho dos Galegos e não ter idade igual ou superior a 18 anos.

A amostra é acidental ou de conveniência pois é constituída por pessoas que são de fácil acesso ao investigador e que garantem os critérios de inclusão definidos. Este tipo de amostragem pode não ser representativo da população, sendo apenas representativa da própria amostra (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

3.2. Caracterização da Amostra

A aldeia de Vilarinho dos Galegos faz parte do Conselho de Mogadouro, Nordeste Transmontano e Alto Douro. Na aldeia de Vilarinho dos Galegos residem cerca de 109 habitantes, segundo o Presidente da Junta de Freguesia. Destes habitantes fazem parte crianças, adolescentes, adultos e senescentes. Neste estudo colaboraram 61 sujeitos, mais de 50% dos habitantes, dos quais 52,5% eram do género masculino e 47,5 do sexo feminino, com uma média de idades de 56,8 anos, variando entre um mínimo de 21 e um máximo de 92 anos.

A maioria dos habitantes são casados (77,0%), em média há 30,9 anos. Os viúvos (16,4%) eram-no há cerca de 17 anos, em média. Dos que tinham filhos, a maioria tinha dois (47,5%) ou três (18,0%).

Uma percentagem elevada vivia acompanhada por outros familiares (85,2%) em que o agregado familiar é constituído por duas (41,0%) ou três pessoas (18,0%).

Em termos de escolaridade tratava-se de uma amostra com baixo nível de escolaridade tendo 32,8% o ensino primário, 42,6% apenas o ensino básico, 23,0% o ensino secundário e apenas 1,6% tinha o bacharelato.

No que se refere à situação profissional, 34,4% encontram-se empregados, 39,3% já se encontram na situação de reforma e 9,8% desempregados. Os desempregados encontram-se nesta situação há cerca de um ano, em termos médios.

Uma proporção muito elevada (96,7%) dos elementos da amostra indicou que tinham crenças religiosas.

A maioria caracterizou qualitativamente o seu bem-estar como sendo bom (49,2%) e 80,3% considerou que gosta muito de viver em Vilarinho dos Galegos.

Por último, em termos de saúde, 62,3% dos elementos da amostra classificaram-se como saudáveis, 8,2% como muito saudáveis e 29,5% como pouco saudáveis.

Tabela 2

Caracterização sociodemográfica dos participantes no que diz respeito ao género, idade, estado civil, com quem vive, escolaridade, situação profissional, crenças religiosas, caracterização do bem-estar mental, gostar de viver em Vilarinho dos Galegos e por fim caracterização da saúde física.

	N	%
Género		
Masculino	32	52,5
Feminino	29	47,5
	56,85	
Idade (M; Dp)	(17,81)	
Estado civil		
Solteiro	4	6,6
Casado	47	77,0
Viúvo	10	16,4
Com quem vive		
Só	8	13,1
Acompanhado por familiares	52	85,2
Acompanhado por outras pessoas	1	1,6
Escolaridade		
Ensino Primário	20	32,8
Ensino Básico	26	42,6
Ensino Secundário	14	23,0
Bacharelato	1	1,6

Tabela 3

Caracterização sociodemográfica (continuação)

	N	%
Situação profissional		
Empregado	21	34,4
Desempregado	6	9,8
Reformado	24	39,3
Doméstica	10	16,4
Crenças religiosas		
Sim	59	96,7
Não	2	3,3
Caracterização do bem-estar mental		
Mau	2	3,3
Mais ou menos	21	34,4
Bom	30	49,2
Muito bom	8	13,1
Gosta de viver em Vilarinho dos Galegos		
Mais ou menos	2	3,3
Muito	49	80,3
Muitíssimo	10	16,4
Caracterização de Saúde Física		
Pouco saudável	18	29,5
Saudável	38	62,3
Muito saudável	5	8,2

3.3. Instrumentos

Tendo em conta os objectivos elaborados e para que fosse possível responder aos mesmos foi utilizada a Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental Warwick-Edinburgh (WEMWBS) (anexo I).

A escala WEMWBS foi construída por um conjunto de especialistas que se basearam na literatura actual e numa investigação qualitativa sustentada em testes psicométricos de uma escala já existente (Tennant et al., 2007).

O primeiro passo para o desenvolvimento da WEMWBS foi a análise da *Affestometer 2*. A *Affestometer 2* é uma escala desenvolvida na Nova Zelândia na década de oitenta, que media o bem-estar tanto na vertente hedónica como na vertente eudaimónica da saúde mental, sendo constituída por um bom conjunto de itens positivos. Este estudo pretendeu dar origem a uma nova escala de saúde mental que inclui um elevado conjunto de atributos associados ao bem-estar mental (Tennant et al., 2007).

Uma equipa multidisciplinar (Stewart-Brown, Platt, Tennant, Maheswaran, Parlinson, Weich, Tennant, Taggart, & Clarke, 2011) uniu-se para que desta forma conseguissem desenvolver a escala. Esta equipa era composta por psiquiatras, psicólogos, técnicos de saúde pública, ciências sociais e especialistas em saúde mental e bem-estar, que começou por avaliar os resultados de validade da escala *Affestometer 2*. Juntos decidiram criar conceitos chaves do bem-estar mental que tinham que ser incluídos na nova escala: o afecto positivo e funcionamento psicológico, autonomia, competência, auto-aceitação e crescimento pessoal e relações interpessoais (Tennant et al., 2007).

A importância da escala baseia-se no interesse crescente pelo estudo do bem-estar mental e pela própria saúde mental positiva e a sua influência na vida dos indivíduos. Tal como afirma a OMS a saúde mental positiva é a base do bem-estar dos indivíduos e da sociedade em que se inserem, pois esta permite aos indivíduos lidar com o *stress*

diário, desenvolver as suas actividades laborais de forma eficaz e eficiente contribuindo para a sociedade em que se inserem (Tennant et al., 2007).

Um outro aspecto que a saúde mental positiva reforça como sendo de extrema importância é a aptidão do indivíduo para o estabelecimento de relações benéficas e duradouras para o próprio e para o outro (Tennant et al., 2007).

Esta escala, comparativamente com escalas anteriores, pretende captar uma ampla concepção de bem-estar maior que incluía aspectos afectivo-emocionais, as dimensões cognitivo-avaliativas e o funcionamento psicológico numa estrutura pequena de forma a que possa ser usada (Tennant et al., 2007).

A WEMWBS, é uma escala confiável, apresentando um grande potencial no que confere a novas pesquisas na área do bem-estar mental (Maheswaran, Weich, Powell & Stewart-Brown, 2012).

3.4. Questionário sociodemográfico

O presente questionário foi utilizado para se conseguir recolher informação complementar acerca da população. O mesmo é composto por treze questões onde se pretende avaliar, nos elementos da amostra, a idade, o género, o estado civil, com quem vivem, número de filhos, número de netos, escolaridade, situação profissional, caracterização subjectiva do seu Bem-Estar Mental, se gostam de viver em Vilarinho dos Galegos, de que forma ocupam os seus tempos livres, se têm crença religiosa e por fim de que forma classificam a sua saúde física (anexo II).

3.5. Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

A escala acima referida (WEMWBS) é constituída por 14 itens (Maheswaran, Weich, Powell & Stewart-Brown, 2012) onde são avaliadas as dimensões hedónica e eudaimónica da saúde mental, englobando também o afecto positivo, as relações interpessoais satisfatórias e por fim o funcionamento positivo (Tennant, Hiller, Fishwich, Platt, Joseph, Weich, Parkinson, Secher & Brown, 2007).

No que se refere aos itens constituintes da escala, estes reflectem sentimentos e pensamentos, aos quais os participantes deviam responder consoante a sua experiência, ao longo das últimas duas semanas. As opções de resposta são apresentadas numa escala tipo Likert de 5 pontos, em que o 1 corresponde a “nunca”, 2 a “raramente”, 3 a “algumas vezes”, 4 a “frequentemente” e o 5 corresponde a “sempre”. Nesta escala a pontuação mínima é de 14, sendo o máximo de 70 (Tennant et al., 2007).

O *score* total da escala calcula-se através da soma das respostas a cada um dos itens, sendo que as pontuações elevadas apresentam altos níveis de bem-estar mental (Tennant et al., 2007).

Nesta amostra a consistência interna da escala de bem-estar mental foi avaliada com o coeficiente de consistência interna, Alfa de Cronbach. O valor encontrado pode ser considerado como excelente (,917).

Tabela 4

Consistência interna

	Alpha Cronbach's	Nº de itens
Bem-estar mental	,917	14

Ao nível das qualidades psicométricas a escala apresenta boa validade, confiança e consistência interna (Tennant et al., 2007; Clark, Friede, Putz, Ashdown, Martin, Blake, Adi, Parkinson, Flynn, Platt & Stewart-Brown, 2011; Llody & Devine, 2012; López, Gabilondo, Codony, Carcía-Foreno, Vilagut, Castellví, Ferrer & Alonso, 2013). Taggart, Friede, Weich, Clarke, Johnson e Stewart-Brown (2013) referem que a WEMWBS pode ser administrada à população em geral.

3.6. Procedimento

Para que fosse possível a realização deste estudo, inicialmente foi solicitado a autorização de utilização da Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh à autora, Professora Doutora Carla Fonte (anexo III).

Seguidamente procedeu-se à construção do questionário sociodemográfico, para que se conseguissem construir os objectivos específicos de modo a dar continuidade à investigação.

Depois reuniu-se todo o material acima referido para elaborar um projecto que foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, a qual deu parecer favorável (anexo IV).

A acessibilidade da investigadora à amostra foi facilitada pelo conhecimento desta relativamente à residência dos participantes, visto que estes habitam na mesma aldeia dos seus familiares, proporcionando, assim, o contacto com os sujeitos da amostra. Este contacto foi possível de ser realizado através da procura da investigadora, porta-a-porta.

Antes de se iniciar a recolha dos dados foram questionados cada um dos participantes relativamente à sua vontade em participar numa investigação depois de lhes explicadas as suas características.

Posteriormente foi fornecida uma explicação individual sobre o estudo e a sua finalidade a cada um dos participantes.

Após aceitação dos participantes foi facultado o formulário do consentimento informado (anexo V). Este foi lido em voz alta a cada um dos participantes, para que não existissem quaisquer dúvidas. No entanto, caso existissem, seriam de imediato clarificadas pela investigadora.

Foram então entregues os questionários sociodemográficos e a Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh.

Assim que os participantes terminavam de responder aos questionários, os documentos de consentimento eram colocados num envelope e posteriormente os questionários colocados noutra, para que não houvesse qualquer tipo de possibilidade de identificação.

Após os dados estarem convenientemente recolhidos, os mesmos foram inseridos numa base de dados e analisados estatisticamente através do SPSS (Statistical Package for Social Sciences) – versão 21.

4. Análise dos Dados

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq 0,05$.

Na estatística inferencial utilizou-se o Teste *t de Student* para amostras independentes (quando se compararam as médias de dois grupos em variáveis dependentes de tipo quantitativo) e a *ANOVA One-Way* (quando se compararam as médias de três ou mais grupos em variáveis dependentes de tipo quantitativo).

Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados na amostra com os testes de *Kolmogorov-Smirnov* e teste de Levene, aceitando-se a normalidade de distribuição para as mostras com dimensão superior a 30, de acordo com o teorema do limite central. Nos casos em que na ANOVA a homogeneidade de variâncias não se encontrava satisfeita utilizou-se a ANOVA com a correcção de Welch. Utilizou-se também os coeficientes de correlação ordinal de *Spearman* (Marôco, 2007; Pestana & Gageiro, 2003; Pereira & Patrício, 2013; Martins, 2011).

4.1. Análise Descritiva

4.1.1. Análise item a item da Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh.

Após a análise das frequências descritivas item a item pôde verificar-se pelos histogramas, apresentados seguidamente, que quase todas as curvas tendem mais para a direita, ou seja, para a pontuação 3 e 5. No entanto, numa análise minuciosa pôde verificar-se, relativamente à questão 3 - “*Tenho-me sentido relaxado*”, que é aquela em que se verifica menor afastamento do *score* central.

Posto isto, apurou-se existir um bem-estar mental elevado na globalidade da amostra. Apesar de não existir um *score* que defina um ponto de corte, sendo que os autores da escala afirmam que quanto maior o valor obtido melhor será o bem-estar mental, o que acabou por se verificar no estudo em questão.

Atendendo às opções de respostas que variam entre 1 e 5, a opção 3 que representa a resposta “algumas vezes” e a opção 4 que representa “frequentemente” foram as mais escolhidas como opções de resposta pelos participantes.

Análise das respostas obtidas no item 1

Relativamente à questão 1, “*Tenho-me sentido otimista em relação ao futuro*”, 52,4% dos elementos da amostra escolheram responder “frequentemente” ou “sempre”

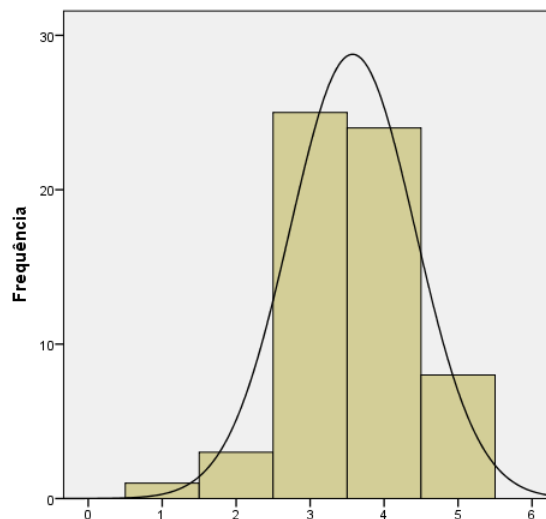
Tabela 5

Frequências de respostas ao item 1

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido	Nunca	1	1,6	1,6	1,6
	Raramente	3	4,9	4,9	6,6
	Algumas vezes	25	41,0	41,0	47,5
	Frequentemente	24	39,3	39,3	86,9
	Sempre	8	13,1	13,1	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 1

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 1



O histograma acima demonstra a saturação nos itens 3, 4 e 5.

Análise das respostas obtidas no item 2

Quanto à questão 2, “Tenho-me sentido útil”, 91,9% dos inquiridos responderam que tal acontece “frequentemente” ou “sempre”. A moda encontra-se na opção de resposta “frequentemente”.

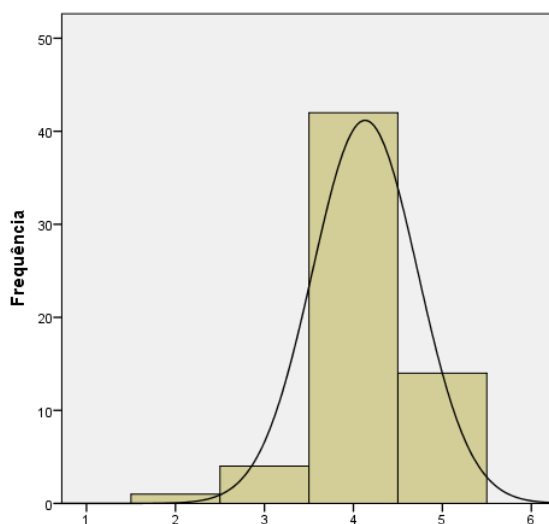
Tabela 6

Frequências de respostas ao item 2

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido	Raramente	1	1,6	1,6	1,6
	Algumas vezes	4	6,6	6,6	8,2
	Frequentemente	42	68,9	68,9	77,0
	Sempre	14	23,0	23,0	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 2

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 2



O histograma evidencia a tendência para as respostas com pontuação e predominância a partir do ponto 4.

Análise das respostas obtidas no item 3

As respostas ao item 3, “*Tenho-me sentido relaxado*”, encontram-se distribuídas de forma mais próxima à curva normal, com 34,4% dos respondentes a escolherem as respostas “frequentemente” ou “sempre” ao item, contra 39,3% que se situam na escolha “algumas vezes”.

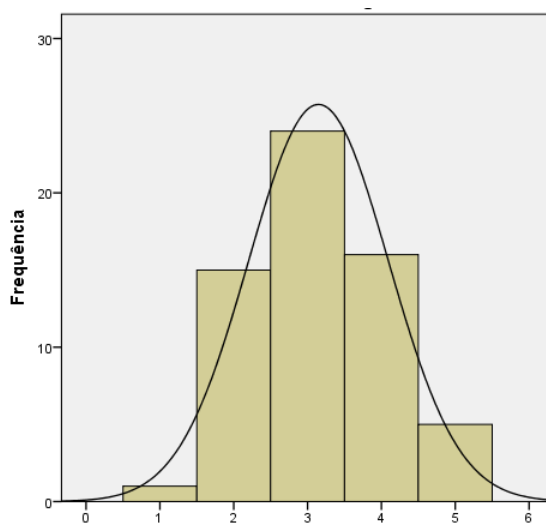
Tabela 7

Frequências de respostas ao item 3

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido Nunca	1	1,6	1,6	1,6
Raramente	15	24,6	24,6	26,2
Algumas vezes	24	39,3	39,3	65,6
Frequentemente	16	26,2	26,2	91,8
Sempre	5	8,2	8,2	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 3

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 3



Como já se referiu e pode ser constatado na figura 3, o histograma desta distribuição é a que mais se aproxima da distribuição normal.

Análise das respostas obtidas no item 4

A questão 4, “Tenho-me sentido interessado pelas outras pessoas”, congrega 93,5% das respostas nas possibilidades “frequentemente” e “sempre”.

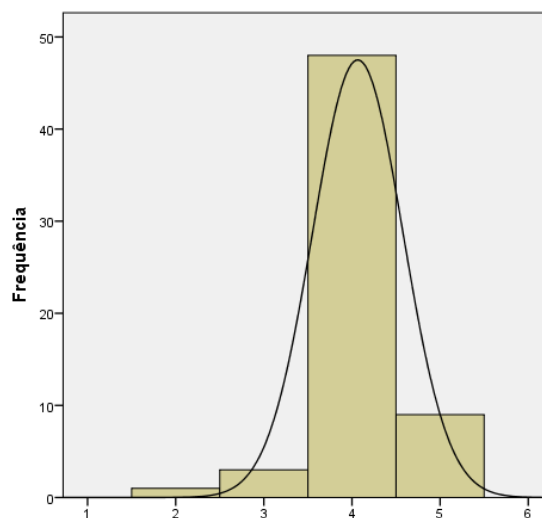
Tabela 8

Frequências de respostas ao item 4

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido	Raramente	1	1,6	1,6	1,6
	Algumas vezes	3	4,9	4,9	6,6
	Frequentemente	48	78,7	78,7	85,2
	Sempre	9	14,8	14,8	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 4

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 4



Como se pode constatar no histograma acima, sobressai a escolha “frequentemente” com 78,7% das respostas obtidas.

Análise das respostas obtidas no item 5

No item 5, “Tenho tido energia de sobra”, 21,3% dos indivíduos responderam que “nunca” ou “raramente” apresentavam esta condição, no entanto encontram-se 63,1% dos sujeitos que escolheram as opções respostas “frequentemente” ou “sempre”.

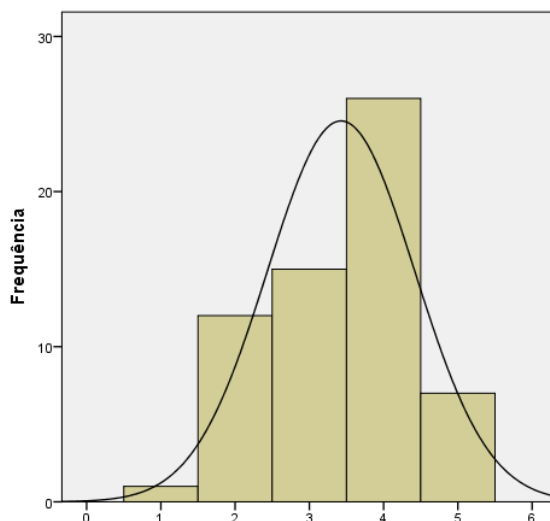
Tabela 9

Frequências de respostas ao item 5

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido	Nunca	1	1,6	1,6	1,6
	Raramente	12	19,7	19,7	21,3
	Algumas vezes	15	24,6	24,6	45,9
	Frequentemente	26	42,6	42,6	88,5
	Sempre	7	11,5	11,5	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 5

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 5



A representação gráfica da distribuição das respostas apresenta uma agregação de mais de 50% das respostas nos itens de maior cotação.

Análise das respostas obtidas no item 6

A tendência para as respostas “frequentemente” e “sempre” mantêm-se preponderantes com 59% dos sujeitos quando está em causa a questão 6 “*Tenho lidado bem com os problemas*”.

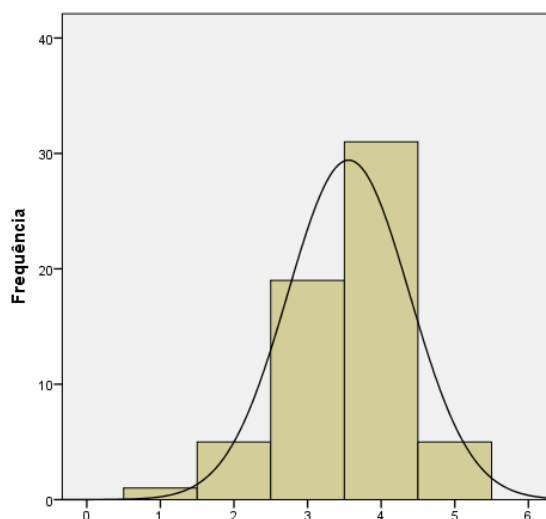
Tabela 10

Frequências de respostas ao item 6

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido Nunca	1	1,6	1,6	1,6
Raramente	5	8,2	8,2	9,8
Algumas vezes	19	31,1	31,1	41,0
Frequentemente	31	50,8	50,8	91,8
Sempre	5	8,2	8,2	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 6

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 6



Mais uma vez se verifica a tendência das respostas para os itens cotados com 3,4 e 5.

Análise das respostas obtidas no item 7

No item 7, “Tenho conseguido pensar de forma clara”, 80,4% dos respondentes surgem a identificarem “frequentemente” ou “sempre” esta condição de bem-estar.

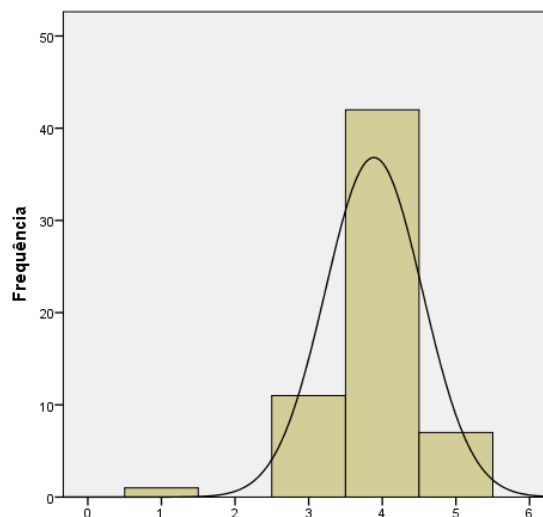
Tabela 11

Frequências de respostas ao item 7

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido	Nunca	1	1,6	1,6	1,6
	Algumas vezes	11	18,0	18,0	19,7
	Frequentemente	42	68,9	68,9	88,5
	Sempre	7	11,5	11,5	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 7

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 7



A distribuição presente no gráfico sete, regista as reduzidas frequências de resposta indiciadoras de baixo bem-estar.

Análise das respostas obtidas no item 8

Quanto ao item 8 a tendência continua, com 78,7% das respostas a recaírem nas possibilidades “frequentemente” e “sempre” quando o item é “Tenho-me sentido bem comigo mesmo”.

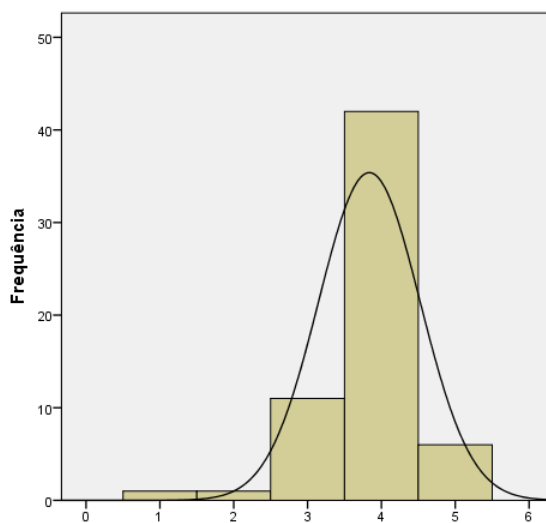
Tabela 12

Frequências de respostas ao item 8

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido Nunca	1	1,6	1,6	1,6
Raramente	1	1,6	1,6	3,3
Algumas vezes	11	18,0	18,0	21,3
Frequentemente	42	68,9	68,9	90,2
Sempre	6	9,8	9,8	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 8

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 8



A distribuição das respostas é praticamente idêntica à do item anterior com os valores muito reduzidos nas possibilidades “nunca” ou “raramente” e com predomínio na opção “frequentemente”.

Análise das respostas obtidas no item 9

No item 9, “*Tenho-me sentido próximo de outras pessoas*”, 91,8% dos inquiridos responderam que “frequentemente” ou “sempre” apresentam esta componente do bem-estar.

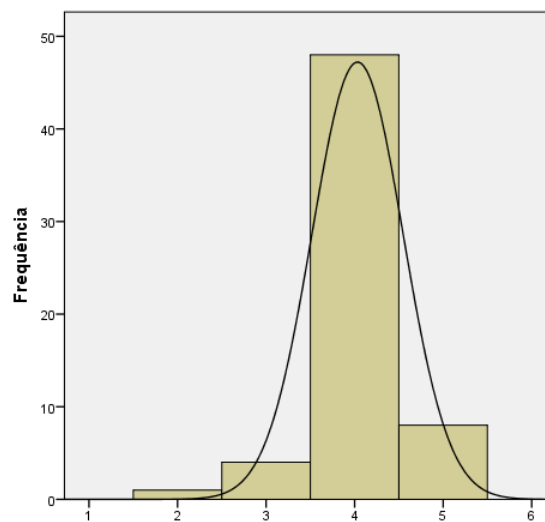
Tabela 13

Frequências de respostas ao item 9

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido	Raramente	1	1,6	1,6	1,6
	Algumas vezes	4	6,6	6,6	8,2
	Frequentemente	48	78,7	78,7	86,9
	Sempre	8	13,1	13,1	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 9

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 9



Na distribuição apresentada no gráfico a saturação das respostas está evidenciada na escolha “frequentemente”.

Análise das respostas obtidas no item 10

No item 10, referente à afirmação “Tenho-me sentido confiante”, 88,6% dos participantes assinalaram as escolhas “frequentemente” ou “sempre” seguindo a tendência dos itens anteriores.

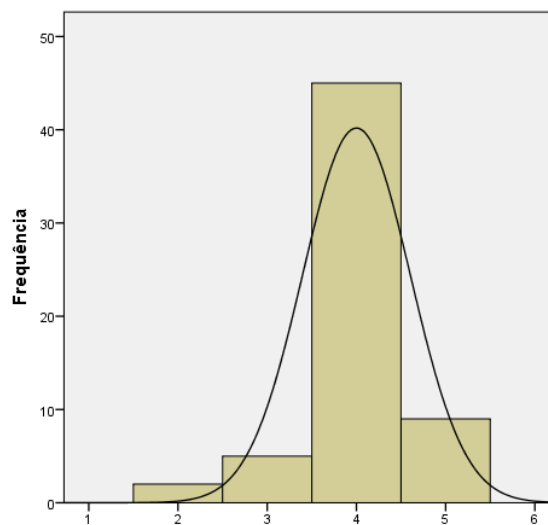
Tabela 14

Frequências de respostas ao item 10

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido	Raramente	2	3,3	3,3	3,3
	Algumas vezes	5	8,2	8,2	11,5
	Frequentemente	45	73,8	73,8	85,2
	Sempre	9	14,8	14,8	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 10

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 10



A tendência exibida no item anterior apresenta-se muito semelhante à distribuição verificada no presente item.

Análise das respostas obtidas no item 11

Relativamente ao item 11, “*Tenho sido capaz de construir as minhas opiniões sobre as coisas*”, 93,4% dos sujeitos indicaram como escolha “frequentemente” ou “sempre”.

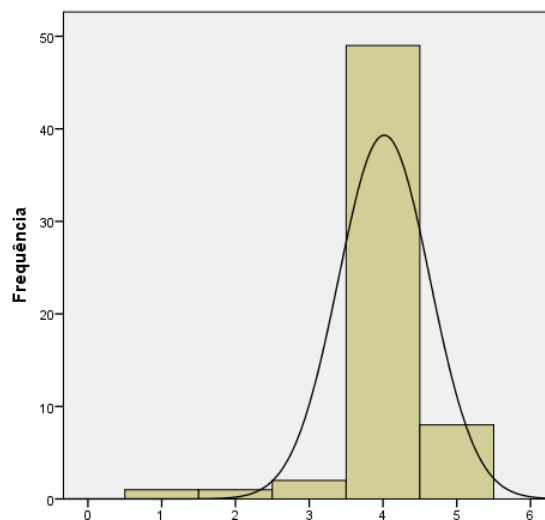
Tabela 15

Frequências de respostas ao item 11

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido Nunca	1	1,6	1,6	1,6
Raramente	1	1,6	1,6	3,3
Algumas vezes	2	3,3	3,3	6,6
Frequentemente	49	80,3	80,3	86,9
Sempre	8	13,1	13,1	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 11

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 11



No presente item reaparece a concentração da maioria das respostas na escolha “frequentemente”.

Análise das respostas obtidas no item 12

O mesmo acontece com o item 12, “*Tenho-me sentido amado*”, com uma percentagem de 96,8% dos indivíduos a responderem que “frequentemente” ou “sempre” evidenciam este factor de bem-estar.

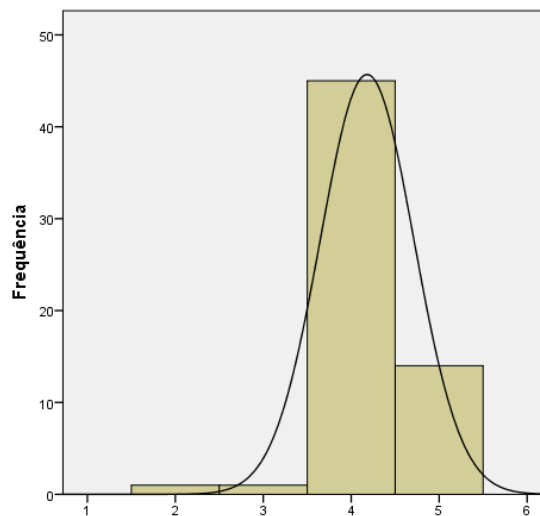
Tabela 16

Frequências de respostas ao item 12

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido	Raramente	1	1,6	1,6	1,6
	Algumas vezes	1	1,6	1,6	3,3
	Frequentemente	45	73,8	73,8	77,0
	Sempre	14	23,0	23,0	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 12

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 12



Apenas dois elementos da amostra se situam nas escolhas “raramente” ou “algumas vezes”, no entanto a concentração das respostas encontra-se na opção “frequentemente”.

Análise das respostas obtidas no item 13

No item 13 a predominância das respostas nas escolhas “frequentemente” ou “sempre” verifica-se igualmente neste item “*Tenho-me sentido interessado em coisas novas*”, contendo 68,8% das respostas dos sujeitos.

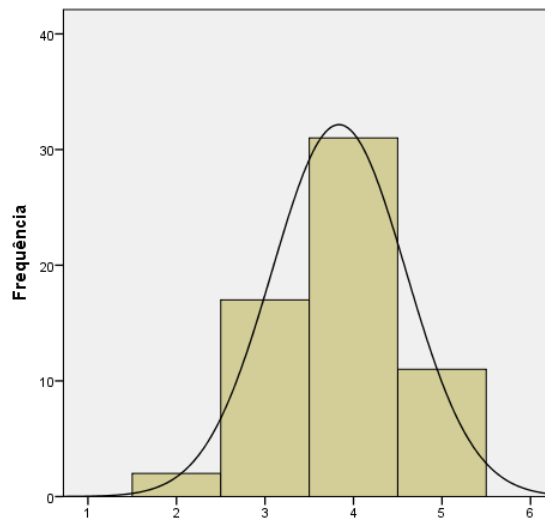
Tabela 17

Frequências de respostas ao item 13

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido	Raramente	2	3,3	3,3	3,3
	Algumas vezes	17	27,9	27,9	31,1
	Frequentemente	31	50,8	50,8	82,0
	Sempre	11	18,0	18,0	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 13

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 13



Neste gráfico, a distribuição apresenta-se mais equilibrada que nos dois itens anteriores, mas a tendência continua a mostrar uma maior concentração de respostas nas escolhas “frequentemente” e “sempre”, embora seja de ressaltar os 27,9% das respostas na escolha “algumas vezes”.

Análise das respostas obtidas no item 14

Por último, e referente ao item 14, “*Tenho-me sentido alegre*”, 65,5% dos indivíduos da amostra assinalam as escolhas “frequentemente” ou “sempre” seguindo a tendência do item anterior, mas também com 27,9% das respostas situando-se na opção “algumas vezes”.

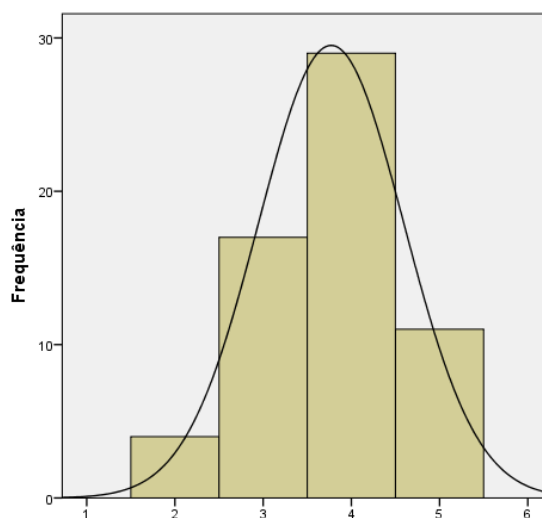
Tabela 18

Frequências de respostas ao item 14

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido	Raramente	4	6,6	6,6	6,6
	Algumas vezes	17	27,9	27,9	34,4
	Frequentemente	29	47,5	47,5	82,0
	Sempre	11	18,0	18,0	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Gráfico 14

Representação gráfica da distribuição das respostas do item 14



Mais uma vez o histograma acima representado evidencia a concentração de respostas na opção “frequentemente”.

4.2. Resultados Globais da Avaliação do Bem-Estar Mental

a) Avaliação do bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos Freguesia de Mogadouro

As estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos sujeitos, através da escala de bem-estar mental podem ser apreciadas na tabela abaixo. Nesta indicam-se os valores mínimos e máximos, média e o respectivo desvio padrão. Os sujeitos obtiveram o valor médio de 53,45 pontos.

Tabela 19

Estatísticas Descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
Bem-estar Mental	61	21	70	53,46	54	55	9,915

4.2.1. Análise Inferencial

Para que fosse possível responder aos objectivos em estudo foi fundamental recorrer à análise inferencial, pois só assim se conseguiria chegar ao objectivo primordial que se prende com o estudo do bem-estar mental e as suas características sociodemográficas das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos - Mogadouro

b) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o género e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos.

Os homens apresentam valores mais elevados de bem-estar mental (54,93 vs 51,82) do que as mulheres, embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(59) = 1,753, p = ,085$.

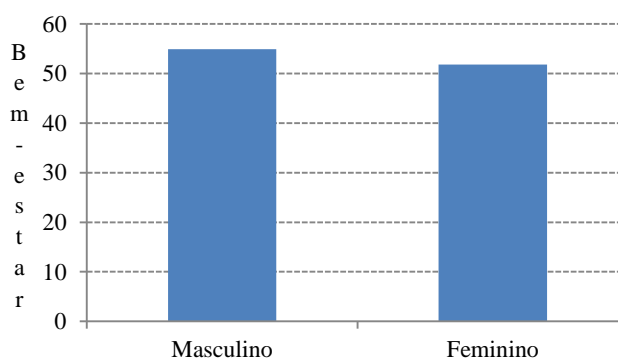
Tabela 20

Relação estatística entre o género e bem-estar mental (WEMWBS)

	Masculino		Feminino		T
	M	Dp	M	Dp	
Bem-estar mental	54,93	8,00	51,82	5,47	1,753

Gráfico 15

Relação estatística entre o género e o bem-estar mental (WEMWBS)



- c) **Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade, o número de netos, o número de filhos, número do agregado familiar, anos de casamento e anos de viúvo e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos.**

Encontram-se coeficientes de correlações estatisticamente significativos entre a idade ($r = -,397$), o número de elementos do agregado ($r = ,477$) e o número de netos ($r = -,314$).

Com a idade e com o número de netos o bem-estar mental correlaciona-se de forma negativa e moderada. Isto significa que quanto mais elevada é a idade e quanto maior é o número de netos menor é o bem-estar mental. Já quanto mais elevado é o número de elementos do agregado familiar melhor é o bem-estar mental

Tabela 21

Relação estatística entre a idade, o número de netos, o número de filhos, número do agregado familiar, anos de casamento e anos de viúvo e o bem-estar mental (WEMWBS).

	Bem-estar mental
Idade	-,397**
Anos de casamento	-,213
Anos Viúvo	-,256
Num elem. Agregado	,477**
Numero filhos	-,173
Numero netos	-,314*

** $p \leq ,01$

d) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o estado civil e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos.

Na amostra, os indivíduos casados apresentam valores mais elevados de bem-estar mental do que os solteiros (54,36 vs 50,42), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(59) = 1,874, p = ,066$.

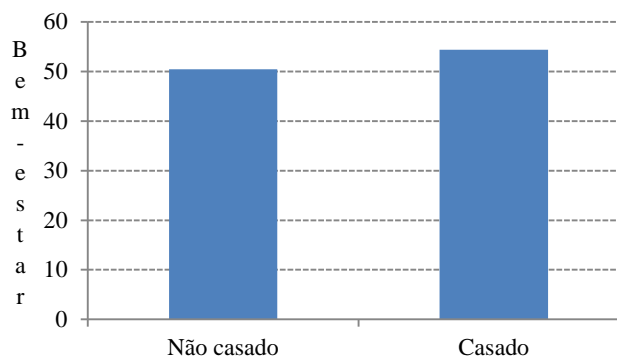
Tabela 22

Relação estatística entre o estado civil e bem-estar mental (WEMWBS)

	Não casado		Casado		T
	M	Dp	M	Dp	
Bem-estar mental	50,42	7,75	54,36	6,63	1,874

Gráfico 16

Relação estatística entre o estado civil e bem-estar mental (WEMWBS)



- e) **Verificar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a vivência com familiares ou outras pessoas e o bem-estar mental, comparativamente com os elementos da amostra que vivem sós.**

No presente estudo, os sujeitos que vivem acompanhados, apresentam valores significativamente mais elevados de bem-estar mental (54,48 vs 48,62), $t(58) = -2,339$, $p = ,023$.

Tabela 23

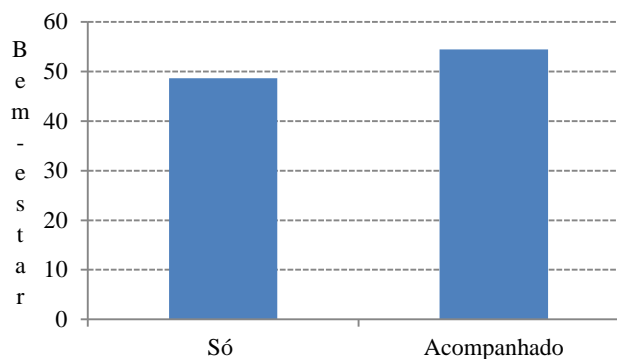
Relação estatística entre quem vive acompanhado ou só e o bem-estar mental (WEMWBS)

	Só		Acompanhado		T
	M	Dp	M	Dp	
Bem-estar mental	48,62	4,47	54,48	6,83	-2,239*

* $p \leq ,05$

Gráfico 17

Relação estatística entre quem vive acompanhado ou só e o bem-estar mental



f) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos.

Os sujeitos com o ensino secundário apresentam valores mais elevados de bem-estar mental (55,14) e os sujeitos com ensino primário evidenciaram valores mais baixos, embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(2, 57) = 1,465, p = ,240$.

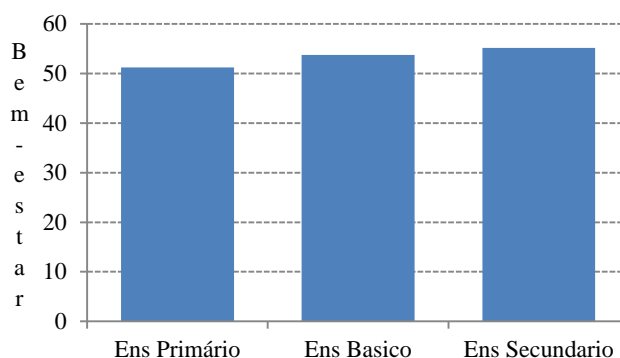
Tabela 24

Relação estatística entre a escolaridade e o bem-estar mental (WEMWBS)

	Ensino Primário		Ensino Básico		Ensino Secundário		F
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
Bem-estar mental	51,25	4,99	53,73	5,78	55,14	10,15	1,465

Gráfico 18

Relação estatística entre a escolaridade e o bem-estar mental (WEMWBS)



- g) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a situação profissional e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos.**

As diferenças nos níveis de bem-estar mental em função da situação profissional são estatisticamente significativas, $F(3, 16,817) = 3,297$, $p = ,030$.

Os testes de comparação múltipla *à posteriori* indicam as diferenças significativas que se encontram entre os empregados e os reformados, apresentando os empregados níveis mais elevados de bem-estar mental (56,90 vs 51,12).

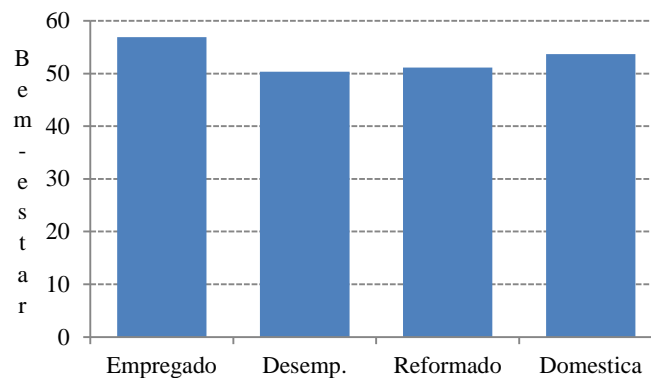
Tabela 25

Relação estatística entre a situação profissional e o bem-estar mental (WEMWBS)

	Empregado		Desempregado		Reformado		Doméstica		F
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	Dp	Dp	
Bem-estar mental	56,90	5,84	50,33	14,16	51,12	5,27	53,70	4,76	3,297*

Gráfico 19

Relação estatística entre a situação profissional e o bem-estar mental (WEMWBS)



h) Comparar a perspectiva das pessoas residentes em Vilarinho dos galegos relativamente ao seu bem-estar mental com os resultados obtidos na Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental Warwick-Edinburgh.

O coeficiente de correlação entre a forma como os sujeitos caracterizam o seu bem-estar mental e o bem-estar mental é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r = ,553$). Isto significa que quanto melhor é a forma como os sujeitos caracterizam qualitativamente o seu bem-estar mental melhor é o bem-estar mental.

Tabela 26

Correlação entre a percepção do bem-estar mental em comparação com os resultados obtidos a partir da escala (WEMWBS)

	Bem-estar mental
Bem-estar	,553**

* $p \leq ,01$

i) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o gostar de viver em Vilarinho dos Galegos e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos.

O coeficiente de correlação entre o gostar de viver em Vilarinho dos Galegos e o bem-estar mental não é estatisticamente significativo.

Tabela 27

Correlação entre gostar ou não de residir em Vilarinho dos Galegos

	Bem-estar mental
Gosta de viver em Vilarinho dos Galegos	,209

j) Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção da saúde física e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos.

O coeficiente de correlação entre a forma como os sujeitos classificam a sua saúde física e o bem-estar mental é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r = ,440$). Isto significa que quanto melhor é a saúde física melhor é o bem-estar mental.

Tabela 28

Correlação entre a saúde física e o bem-estar mental

	Bem-estar mental
Saúde física	,440**

* $p \leq ,01$

5. Discussão de Resultados

Relativamente ao **objectivo geral** deste estudo e tal como foi sendo referido anteriormente, prendia-se com avaliação do Bem-Estar Mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos – Mogadouro. O *score* obtido foi de 53,46%. Concluiu-se que os participantes do estudo apresentam elevados níveis de bem-estar mental, pois quanto mais elevado for o valor obtido melhor é o bem-estar mental.

Relativamente ao **primeiro objectivo**, em que se pretendeu analisar se existia uma relação estatisticamente significativa entre o género e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos, os resultados demonstraram que o sexo masculino apresentou valores mais elevados de bem-estar mental comparativamente com o sexo feminino (54,93 vs. 51,82), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(59) = 1,753$, $p = ,085$.

Os estudos realizados nesta área evidenciam que não existem diferenças significativas entre os géneros (Oliveira, 2010), o que vai de encontro aos resultados obtidos.

Relativamente ao **segundo objectivo** tencionou-se investigar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a idade dos participantes e o seu bem-estar mental. Os coeficientes evidenciam correlações estatisticamente significativas entre a idade ($r = -,397$) e o número de elementos do agregado ($r = ,477$) e a idade com o número de netos ($r = -,314$), correlações estas negativas e moderadas. Isto significa que quanto mais elevada é a idade e quanto maior é o número de netos menor é o bem-estar mental. Contrariamente, quanto maior é o número de elementos do agregado familiar melhor é o bem-estar mental.

Se a saúde mental for vista como a ausência de sintomas de psicopatologia, como a depressão, os resultados de estudos na área referem que a saúde mental é melhor em fases posteriores da vida adulta (Westerhof & Keyes, 2010).

No que diz respeito às variáveis netos e filhos não foi possível justificar os resultados obtidos, pois não se encontrou literatura relativa ao tema que pudesse sustentar e justificar os valores obtidos.

Em relação ao **terceiro objectivo** de estudo, tinha-se como finalidade analisar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre o estado civil e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos. Atendendo aos resultados obtidos chega-se à conclusão que os indivíduos casados evidenciam valores mais elevados de bem-estar mental (54,36 vs. 50,42) comparativamente com os não casados, embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(59) = 1,874$, $p = ,066$.

Estudos de Oliveira (2010) demonstram que os indivíduos casados apresentam de níveis mais elevados de bem-estar mental que as pessoas solteiras, pois a satisfação do matrimónio, dependendo da qualidade do amor, é indicador de bem-estar. Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira e Oliveira (2003), também afirmam que as pessoas casadas demonstram níveis elevados de felicidade. Conclui-se, então, que os resultados obtidos vão de encontro aos estudos desenvolvidos na área.

No que diz respeito ao **quarto objectivo** pretendeu-se verificar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a vivência com familiares (ou outras pessoas) e o bem-estar mental. Comparando com os elementos da amostra que vivem acompanhados com os que vivem sós, verifica-se que quanto mais elevado é o número de elementos do agregado familiar melhor é o bem-estar mental. Sendo que os valores

de bem-estar mental são significativamente mais elevados, pois as pessoas que vivem acompanhadas apresentam uma média de 54,48, enquanto que os que residem sós apresentam uma média menor de 48,62.

Relativamente aos idosos os estudos comprovam que os que vivem acompanhados gozam de níveis de bem-estar mais elevados (Lopes, 2006).

No que respeita ao **quinto objectivo** do estudo tencionou-se analisar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos. Concluiu-se que os sujeitos possuidores de escolaridade ao nível secundário apresentam valores mais elevados de bem-estar mental (55,14) do que os sujeitos com apenas o ensino primário. No entanto, a diferença não é estatisticamente significativa, $F(2, 57) = 1,465$, $p = ,240$.

Relativamente a este objectivo não se encontrou literatura que suportasse os resultados obtidos, no entanto mostrou-se pertinente para o investigador correlacionar as variáveis, como ponto de exploração futura.

Considerando o **sexto objectivo** de estudo que apresentou como finalidade analisar a existência uma relação estatisticamente significativa entre a situação profissional e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos, os resultados alcançados demonstram que as diferenças nos níveis de bem-estar mental em função da situação profissional são estatisticamente significativas, $F(3, 16,817) = 3,297$, $p = ,030$, ou seja, os sujeitos empregados apresentam níveis mais elevados de bem-estar mental do que os reformados (56,90 vs 51,12).

Um estudo realizado por Ryan, Kinicki, Song e Wanberg, 2005, revela que o factor desemprego é motivo de redução clara da saúde mental. No entanto, os reempregados,

ou seja, os que estão actualmente empregados vindo de uma situação de desemprego, manifestavam boa saúde mental.

Relativamente ao **sétimo objectivo** que tinha como principal interesse comparar a avaliação subjectiva das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos relativamente ao seu bem-estar mental com os resultados obtidos na Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental Warwick-Edinburgh, verificou-se que o coeficiente de correlação entre a forma como os sujeitos caracterizam o seu bem-estar mental e o bem-estar mental avaliado pela escala é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r = ,553$). Isto significa que quanto melhor é a forma como os sujeitos caracterizam o seu bem-estar mental melhor é o bem-estar mental na dimensão avaliada pela versão portuguesa da escala de bem-estar mental de Warwick-Edinburgh.

No que respeita ao **oitavo objectivo** que se prendeu com a análise da existência de uma relação estatisticamente significativa entre o gostar de residir em Vilarinho dos Galegos e o bem-estar mental dessas pessoas. Os resultados demonstraram que o coeficiente de correlação entre o gosto por residir em Vilarinho dos Galegos e o bem-estar mental não é estatisticamente significativo. De assinalar que 2 sujeitos gostavam mais ou menos, 49 gostavam muito e 10 muitíssimo e nenhum dos sujeitos referiu não gostar de residir na aldeia.

Considerando o **nono objectivo** onde se pretendeu analisar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre o tipo de ocupação do tempo livre e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos, que tinha como opções de resposta: desporto/exercício físico, ver televisão, actividades comunitárias / convívios, actividades religiosas, actividades manuais e outras, todos os sujeitos escolheram várias das opções e a maioria escolheu todas as opções de resposta. Na

opção de respostas outras, a maioria das mulheres acrescentaram o trabalho doméstico e a agricultura. Relativamente aos homens todos, à excepção de um, acrescentaram a agricultura como uma actividade.

Em relação à prática de exercício físico, a direcção geral de saúde (2007) afirma também que a actividade física e o desporto saudáveis são uma fonte de saúde e bem-estar, proporcionando um aumento e manutenção do bem-estar (Subas & Havranb, 2004). Rejeski, Brawley e Shumaker (1996) relatam que existe uma relação positiva entre a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão e a prática de actividade física resultam numa melhoria na aptidão física dos sujeitos. Moura, PucciI, Rech, Fermino e Reis (2012) concluíram no seu estudo, que há uma associação positiva entre a prática de exercício físico e a qualidade de vida.

No **décimo objectivo** pretendeu-se analisar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a existência de crença religiosa e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos. Apenas 2 indivíduos referiram não ter crença religiosa, enquanto os restantes 59 apresentam crença religiosa.

Por esta razão não foi possível efectuar a comparação entre os indivíduos, devido ao reduzido número de elementos que referiu não ter crença religiosa.

No entanto, a literatura refere que a relação entre a existência de crença religiosa e o bem-estar está dependente de como esta é vivida (Oliveira, 2010).

Por último, o **décimo primeiro objectivo** prendeu-se com a análise da existência de uma relação estatisticamente significativa entre a percepção da saúde física e o bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos.

Os resultados evidenciaram que o coeficiente de correlação entre a forma como os sujeitos classificam a sua saúde física e o bem-estar mental é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r = ,440$). Isto significa que quanto melhor é a saúde física melhor é o bem-estar mental.

Um estudo de Flecka, Limaa, Louzadaa, Schestasky, Henriques, Borges, Cameyb & Grupo LIDO (2002) refere que os sujeitos que apresentam sintomas depressivos eram os mesmos que sofriam de algum condicionamento físico. Estes sujeitos avaliavam a sua qualidade de vida de forma pior, ou seja, quanto mais intensos forem os sintomas depressivos, pior é a avaliação da saúde, pois encontram-se insatisfeitos. Por sua vez, os que apresentam menor intensidade dos sintomas depressivos apresentam uma avaliação da sua saúde mais positiva.

Com o término da componente prática, onde teve lugar a descrição da investigação propriamente dita, com a administração do questionário e conseqüente tratamento estatístico de todos os resultados obtidos, foi possível responder aos objectivos elaborados inicialmente.

Conclusão

Conclusão

A realização deste trabalho demonstrou-se uma oportunidade de extrema importância para a consolidação dos conhecimentos relativamente à temática do bem-estar mental / saúde mental positiva. O contacto directo com a amostra, no terreno, foi uma experiência muito agradável, pois proporcionou um maior conhecimento tanto no desenvolvimento de uma investigação como das competências ao nível da recolha de dados junto dos indivíduos da amostra.

Os investigadores referem que se deve ter em conta não só a doença mental mas também a saúde mental como sendo algo positivo, pois pode-se trabalhar com as potencialidades do ser humano, ou seja, com o que de melhor existe nos sujeitos, sendo necessário haver uma combinação entre o bem-estar emocional, psicológico e social, para se considerar um indivíduo mentalmente saudável (Keyes, 2005).

Relacionando esta constatação com as afirmações de Keyes, o presente trabalho proporcionou à investigadora o contacto com a realidade descrita pelo autor, visto que trabalhar com as potencialidades dos indivíduos revela-se muito mais produtivo do que somente o contacto com doença mental.

Este trabalho foi organizado em duas partes, uma teórica onde foi realizada uma revisão da literatura que contextualizasse a investigação e, outra prática, relacionada com a colheita e tratamento de dados que foi muito importante na medida em possibilitou uma experiência real da dimensão positiva que sustentou transversalmente a presente dissertação.

Relembrando que o objectivo geral deste estudo prendia-se com a avaliação do bem-estar mental das pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos – Mogadouro,

verificamos que, de acordo com os resultados obtidos, as pessoas residentes em Vilarinho dos Galegos evidenciam bons níveis de bem-estar mental.

Relativamente às variáveis género, estado civil e nível de escolaridade os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas.

Foram encontradas diferenças significativas em relação às pessoas que residem acompanhadas ou sozinhas, pois os sujeitos que residem acompanhados apresentam significativamente melhores níveis de bem-estar mental. No que diz respeito à ocupação profissional, também existem diferenças significativas entre os empregados e os reformados, bem como face à percepção que os sujeitos têm em relação à sua saúde mental e física, porque quanto melhor for a percepção melhores são os níveis de bem-estar mental.

Concluiu-se que os participantes do estudo são pessoas muito activas, uma vez que realizam diversas actividades como por exemplo, a agricultura, a prática de desporto, a participação em convívios, actividades de cariz religioso e actividades manuais. De referir que todos os sujeitos gostam de residir na aldeia de Vilarinho dos Galegos.

Do ponto de vista da investigadora, é necessária a realização de mais estudos sobre a temática, nomeadamente no que respeito à descendência, pois não foram encontrados estudos relativos à relação entre o bem-estar mental e o número de filhos e netos.

Ao longo da investigação não foram encontradas barreiras ao desenvolvimento da mesma, visto que todos os participantes aceitaram prontamente responder ao questionário, sendo que na sua maioria consideraram o conteúdo das questões que o compunham acessíveis e de fácil compreensão. Aquando da construção do questionário sociodemográfico a questão da acessibilidade ao mesmo foi tida em conta de modo a evitar constrangimentos, tanto nos sujeitos da amostra, como para a investigadora.

No entanto, algumas limitações podem ser apontadas aos resultados obtidos, e consequentemente ao estudo em si. A primeira coloca-se ao nível da especificidade da amostra, uma vez que está circunscrita à população de uma aldeia transmontana, o que impede a generalização dos resultados. A segunda situa-se ao nível da caracterização global dos estilos de vida dos elementos avaliados, que não existindo, não nos permite estabelecer relações de associação entre a vivência num contexto isolado, aparentemente com menores factores de *stress*, eventualmente com menores factores de risco para o desenvolvimento de doença mental. A terceira prende-se com o facto de a avaliação do bem-estar mental se ter cingido à população adulta. Fica-se sem conhecer como será esta dimensão num grupo potencialmente interessante como seriam, por exemplo, os adolescentes. Finalmente, uma das limitações que se pode constituir como desafio para estudos futuros foi o facto de não existir um grupo de comparação, com características distintas (ex: tipicamente urbano) para que se pudesse contrapor algumas das variáveis analisadas.

A decisão de elaborar este estudo partiu do interesse da autora pela temática, bem como pelo local de recolha de dados onde habitam os sujeitos participantes, visto que é maioritariamente constituída por população adulta/ idosa, sendo que a população mais jovem foi abandonando a aldeia para outros pontos do país por motivos de estudo, acessibilidade aos recursos, construção de família, entre outros.

Em relação ao tema em questão o principal interesse da investigadora foi o enfoque numa vertente mais positiva da Psicologia ligada essencialmente ao estudo do bem-estar e não da doença mental. A temática fascina a autora e assim permitiu o desenvolvimento do tema com bastante motivação e interesse na aquisição e tratamento dos resultados, ao mesmo tempo que abriu portas para a continuação da exploração desta temática.

Bibliografia

Bibliografia

- Albuquerque, A. & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 20(2), 153-164.
- Albuquerque, I. & Lima, M. (2007). Personalidade e bem-estar subjectivo: Uma abordagem com os projectos pessoais. O Portal dos Psicólogos. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>.
- Albuquerque, I. & Lima, M. (2007). Personalidade e Bem-Estar Subjectivo Uma Abordagem com os Projectos Pessoais. *O Portal dos Psicólogos*.
- Baptista, A. (2013). *Aprender a Ser Feliz: Exercícios de Psicoterapia Positiva*. Lisboa: Edições Pactor.
- Baumeister, D. & Simonton, D. (2005). Positive Psychology at the summit. *Review of General Psychology*, 9(2), 99-102.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da saúde*. Lisboa: Edições Climepsi.
- Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Jacquie, A., Martin, S., Blake, A., Adi, Y., Parkinson, J., Flynn, P., Platt, S. & Brown, S. (2011). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (Wemwbs) Validated for Tennage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC Public Health*. Doi: 10.1186/1471-2458-11-487.
- Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Diário da República*, 2ª série, nº 78/20 de Abril de 2011.
- Diener, E. (1996). *Subjective well-being in cross-cultural perspective*. Em G. Hector (Ed.), *Key issues in cross-cultural psychology: selected papers from the Twelfth International*

- Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology*. San Diego: Academic Press.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective Well-being - Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2) 276-302.
- Diener, E. & Scollon, C. (2003). *Subjective well-being is desirable, but not the summum bonum. Paper to be delivered at the University of Minnesota Interdisciplinary Workshop on Well-Being*, 1-20.
- Direcção Geral de Saúde. (2007). *A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Ministério da Saúde.
- Espinosa, A. (1998). *Guias Práticos de Enfermagem: Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Edições McGraw-Hill.
- Fernandes, H., Raposo, V., Pereira, E., Ramalho, J. & Oliveira, S. (2009). A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Fundação Técnica e Científica do Desporto*, 5(1), 33-50.
- Ferraz, F. & Segre, M. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 5, 538-542.
- Flecka, M. P. A., Lima, A. F. B. S., Louzadã, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R., Camey, S. & Grupo LIDO. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 431- 438.
- Fortin, F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Edições Lusociência.

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Edições Lusodidacta.
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-estar Subjectivo. *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto*, 6(2), 203-214.
- García-Viniegras, C. & Benitez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación com otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- Giacomoni, C. (2004). Bem-estar subjectivo: em busca da qualidade de vida. Universidade Federal de Santa Maria. *Temas em Psicologia da SBP*, 12(1), 43-50.
- Gomes, J. (2007). *Inferência Estatística: Teoria e Exercícios com o Excel e SPSS*. Edições Future Trends.
- Guimarães, R. C. & Cabral, J. A. S. (1999). *Estatística*. Amadora: Editores MCGRAW-HIL.
- Hall, G. (2001). Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 502-510.
- Henriques, E. (2000). *Padrão de Desenvolvimento da motivação/ intrínseca em estudantes do 6º e 9º ano de escolaridade: relação com o auto- conceito*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Aplicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa.
- Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, LDA
- Jardim, J. (2012). *10 Competências Rumo à Felicidade: Guia prático para pessoas, equipas e organizações empreendedoras*. Lisboa: Edições Instituto Piaget.

- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Keyes, C. L. M. & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the united states: a descriptive epidemiology. O. G. Brim, C. D. Ryff & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (350-372). Chicago: IL The University of Chicago Press.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222. Doi: 10.2307/3090197.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in the CDS youth: is america's youth flourishing?. *PSID*, 1-25.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing - a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Keyes, C. L. M., Ryff, C. D. & Shmotkin, D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology by the American Psychological Association, Inc.*, 82(6), 1007-1022. DOI: 10.1037//0022-3514.82.6.1007
- Keyes, C., Wissing, M., Potgieter, J., Temane, M., Kruger, A. & Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum – short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 181-192. DOI: 10.1002/cpp.572.

- Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., Klooster, P. & Keyes, C. (2011). Evaluation the psychometric properties of the Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
- Linley, P. & Joseph, S. (2004). *Positive Psychology in Practice*. América: Issues Wiley.
- Lloyd, K. & Devine, P. (2012). Psychometric properties of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) in Northern Ireland. *Journal of Mental Health*, 21(3), 257-263.
- Lopes, C. (2015). Que relação existe entre a auto-estima e o bem-estar. *Revista Psicologia na Actualidade*, 25, 32-39.
- Lopes, R. (2006). *Psicologia da pessoa e elucidação psicopatológica*. Porto: Edições Higiomed.
- López, M., Gabilondo, A., Codony, M., García-Forero, C., Vilagut, G., Castellví, P., Ferrer, M. & Alonso, J. (2013). Adaptation into Spanish of the Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) and preliminary validation in a student sample. *Quality of Life Research*, 22, 1099-1104.
- Maheswaran, H., Weich, S., Powell, J. & Stewart-Brown, S. (2012). Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): Group and individual level analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*.
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Edições Sílabo: Lisboa
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM – SPSS, saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Edições Psiquilibrios.

- Meneses, O. & Nunes, L. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Alfragide: Edições Caminho.
- Moreira, P., Melo, A., Pires, C., Crusellas, L. & Lima, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Moura, G. C., Pucci, F., Rech, C., R., Fermino, R., C. & Reis, R. S. (2012). Associação entre actividade física e qualidade de vida em adultos. *Revista de Saúde Pública* 46(1), 166-179.
- Mosquera, J. & Stobaus, C. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 83-88.
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. *Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Novo, R., F. (2005). Bem-estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *RIDEP*, 20(2), 183-203.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia Positiva: Uma Nova Psicologia*. Porto Codex: Edições Livpsic.
- Oliveira, J. (2001). Felicidade: Natureza e Avaliação. *Revista Psicologia Educação e Cultura do Colégio Internato dos Carvalhos*, 4 (2), 289-318.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Salud mental. Retirado de http://www.who.int/topics/mental_health/es/.
- Paschoal, T. & Tamayo, A. (2008). Construção e validade da escala de bem-estar no trabalho. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 11-22.

- Passareli, P. & Silva, J. (2007). Psicologia Positiva e o estudo do bem-estar subjectivo. *Estudos de Psicologia* 24(4), 513-517.
- Passareli, P. M. & Silva, J. A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjectivo. *Estudos de Psicologia Campinas*, 24(4), 513-517.
- Pereira, A. & Patrício, T. (2013). SPSS – *Guia prático de utilização: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, A. & Poupá, C. (2012). *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando word*. Lisboa: Edições Sílabo
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais a complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo: Lisboa
- Rejeski, W. J., Brawley, L. R., Shumaker. S. A. (1996) Physical activity and healthrelated quality of life. *Exercise & Sport Sciences Reviews* 24, 71-108.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Edições Ispa.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Edições Climepsi.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Edições Livpsic.
- Ribeiro, P. R. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia Saúde e Doenças*, 2(1), 77-99.
- Rodrigues, W. (2007). *Metodologia Científica*. São Paulo: Avercamp

- Ruini, C. & Fava, G. (2013). The polarities of psychological well-being and their response to treatment. *Terapia psicológica*, 31(1), 49-57.
- Ryan, F. M. M., Kinicki, A. J., Wanberg, Song, Z. & Wanberg, C. R. (2005). Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53-76. Doi.10.1037/0021-9010.90.1.53.
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4) 99-104.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). Human health: New directions for the next millennium. *Psychological Inquiry*, 9, 69–85.
- Santos, A. C. (2001). *Ideologias, Modelos e Práticas Institucionais em Saúde Mental e Psiquiatria*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Sciliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 17(1), 29-41.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: *American Psychologist*, 55(5), 5-14. Doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Seligman, M. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Edições Objectiva.
- Seligman, M. (2012). *A vida que Floresce*. Alfragide: Edições Estrelapolar.
- Sequeira, A., & Silva, M.N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(XX), 505-516.

- Silva, F. (2015). Bem-Estar Psico: Corra pela felicidade. *Revista SaberViver*, 181, 132-134.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima M., Pinheiro, M., Vieira, C. & Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, IV(2), 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C. & Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37(1), 5-30.
- Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjectivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia, Teoria e Pesquisa, Brasília*, 24(2), 201-209.
- Siqueira, M., Jesus, S. & Oliveira, V. (2007). *Psicologia da Saúde teoria e pesquisa*. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Snyder, C. & Lopez, S. (2005). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Snyder, C. e Lopez, S. (2009). *Psicologia positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Edições Artmed.
- Stewart-Brown, S., Platt, S., Tennant, A., Maheswaran, H., Parlinson, J., Weich, S., Tennant, R., Taggart, F. & Clarke, A. (2011). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a valid and reliable tool for measuring mental well-being in diverse populations and projects. *Journal Epidemiol Community Health*. doi:10.1136/jech.2011.143586.86.

- Subas, F. & Havranb, O. (2004). Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(1), 23-29.
- Taggart, F., Friede, T., Weich, S., Clarke, A., Johnson, M., & Brown, S. (2013). Cross Cultural evaluation of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) a mixed methods study. *Health and quality of life outcomes*. Doi: 10.1186/1477-7525-11-27.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. & Stewart-Brown, S. (2007). *The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) development and UK validation. Health and Quality of Life Outcomes*, 5(63).
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. *WHO*. Geneva.
- Wood, A. & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122, 213-217.

World Health Organization. (2002). *Relatório Mundial de Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Ministério da Saúde.

World Health Organization (2013). *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.

Wright, T. A. (2003). Positive Organizational Behavior: An idea whose time has truly come. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 437-442.

Anexo I

Versão Portuguesa da Escala de Bem-estar Mental de Warwick-
Edinburgh

Anexo II
Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Este questionário é parte integrante de um estudo intitulado “*Bem-Estar Mental nos Residentes de Vilarinho dos Galegos – Mogadouro*” a ser realizado no âmbito da Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde.

Não há respostas certas nem erradas, **apenas a sua.**

Este questionário é **anónimo** e **confidencial**.

Complete os espaços e assinale com um (x), no quadrado correspondente, uma das opções existentes.

1- Idade _____

2- **Género** – Feminino Masculino

3- Estado Civil

- Solteiro (a)
- Casado (a) há quantos anos _____
- Divorciado (a) há quantos anos _____
- Viúvo (a) há quantos anos _____

4- Com quem vive

- Sozinho (a)
- Acompanhado (a)

Se vive acompanhado:

- Por familiares
- Por outras pessoas

Número de elementos do agregado familiar _____

5- Número de filhos, caso se aplique _____

6- Número de netos, caso se aplique _____

7- Escolaridade

- Ensino Primário
- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

8- Situação Profissional

- Empregado (a)
- Desempregado (a) há quanto tempo _____
- Estudante
- Reformado (a) há quanto tempo _____
- Doméstica

Virar a página por favor

9- De que forma caracteriza o seu Bem-Estar

Mental

Muito bom

Bom

Mais ou menos

Mau

Muito mau

10- Gosta de viver em Vilarinho dos Galegos

Nada

Pouco

Mais ou Menos

Muito

Muitíssimo

11- Como ocupa os seus tempos livres

Desporto / exercício físico

Ver televisão

Actividades comunitárias / convívios

Actividades religiosas

Actividades manuais

Outras actividades _____

12- Tem alguma crença religiosa

Sim

Não

13- Como classifica a sua saúde física

Má

Pouco Saudável

Saudável

Muito Saudável

Obrigada pela sua colaboração

Anexo III

Autorização da Autora da versão Portuguesa da Escala de Bem
Estar Mental de Warwick-Edinburgh

**Diana Isabel Afonso Figueira** <d1546@ufp.edu.pt>

10/03



para Carla, Zélia ▾

Boa noite.

Excelentíssima Senhora Professora Doutora Carla Fonte,
Venho por este meio contactá-la visto encontrar-me, de momento, a realizar a dissertação de mestrado, sob orientação da Professora Doutora Zélia Teixeira e nesse âmbito encontramos no WEMWBS – Versão Portuguesa da Escala de Bem-estar Mental de Warwick-Edinburgh um instrumento que muito nos interessaria usar numa amostra de idosos de Vilarinhos dos Galegos – Mogadouro. Vimos, por isso, solicitar-lhe a autorização para a sua administração e conseqüente utilização do mesmo.

Com os melhores cumprimentos

**Carla Fonte** <cfonte@ufp.edu.pt>

11/03



para mim, Zélia ▾

Cara Diana e Prof. Zélia,

Obrigada pelo vosso interesse na escala WEMWBS – Versão Portuguesa da Escala de Bem-estar Mental de Warwick-Edinburgh. Segue em anexo a escala e um texto explicativo da sua cotação, já que o artigo sobre a mesma ainda está in press.

Entretanto solicitava que depois de recolhidos os dados me pudessem enviar os mesmos para anexarmos à amostra nacional que estamos de momento a construir, do qual depois farão também parte.

Envio ainda o texto da equipa que trabalha em Warwick a escala original dos quais somos parceiros.

Enviarei depois a base de dados para inserirem os vossos dados da escala assim que avancem com a recolha de dados. Pedia então para depois me darem esta indicação.

Qualquer questão adicional estou ao dispor.

Cumprimentos,

Carla Fonte

Carla Fonte

cfonte@ufp.edu.pt

[Mostrar detalhes](#)

Anexo IV
Autorização da Comissão de Ética



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

*Do conhecimento à ação
e Orientadora. >
Gomes
15/04/2015*

Exma. Senhora
Prof. Doutora Inês Gomes
Diretora da FCHS

Porto, 14 de Abril de 2015

Exma. Senhora Prof. Doutora,

Dada a existência de um lapso no parecer desta Comissão relativo ao projeto de Mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica e da Saúde), de Diana Isabel Afonso Figueira, onde se lê: "A Comissão de Ética, na reunião de 23 de Março, depois de apreciado o projeto de Mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica e da Saúde), de Diana Isabel Afonso Figueira, intitulado 'O Burnout em Cuidadores Formais', considera nada haver a opor ao mesmo", deverá ler-se: "A Comissão de Ética, na reunião de 23 de Março, depois de apreciado o projeto de Mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica e da Saúde), de Diana Isabel Afonso Figueira, intitulado 'Bem-Estar Mental nos residentes de Vilarinho dos Galegos – Mogadouro', considera nada haver a opor ao mesmo".

Com os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da
Comissão de Ética

Teresa Martinho Toldy



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"
N.º 151 557 630 - Pólo Comercial n.º 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

Anexo V
Declaração de Consentimento Informado
