

# ESTUDO DA SAÚDE MENTAL POSITIVA EM JOVENS ADULTOS: RELAÇÕES ENTRE PSICOPATOLOGIA E BEM-ESTAR

## POSITIVE MENTAL HEALTH IN YOUNG ADULTS: RELATIONSHIPS BETWEEN PSYCHOPATHOLOGY AND WELL-BEING

Carla Alexandra Martins da Fonte<sup>1</sup>  
Cristiana Maria Fernandes Ferreira<sup>2</sup>  
Sónia Alexandra Pimentel Alves<sup>3</sup>

PSIQUE • e-ISSN 1647-2284 • VOLUME XIII • JANUARY JANEIRO - DECEMBER DEZEMBRO 2017 • PP. 57-74

Submitted on January 26th, 2016 | Accepted on September 30th, 2016

Submetido em 26 de Janeiro, 2016 | Aceite em 30 de Setembro, 2016

### Resumo

A investigação tem vindo a demonstrar que a saúde mental positiva e o bem-estar são mais do que a ausência de psicopatologia, desempenhando um importante papel na saúde em geral (Huppert, 2005). Este estudo teve como objetivo caracterizar a saúde mental positiva e a doença mental de uma amostra de 150 jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos de idade. Para a recolha de dados utilizamos a *Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh* (Tennant et al., 2007), a versão reduzida da *Escala Continuum de Saúde Mental* (Keyes, 2002) e a *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse* (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Os resultados indicaram que a maior parte dos participantes apresenta bons níveis de saúde mental positiva e níveis inferiores de psicopatologia, tendo sido encontradas correlações negativas entre ambas. Constatámos, ainda, que são os mais novos e os homens da amostra que apresentaram níveis mais elevados de saúde mental positiva. As mulheres e os desempregados foram os que apresentaram os níveis mais elevados de psicopatologia. Os resultados sublinham a necessidade de incluir medidas de avaliação da saúde mental positiva e bem estar no estudo da saúde em geral.

**Palavras-chave:** jovens adultos, saúde mental positiva, bem-estar, psicopatologia

### Abstract

Evidence is accumulating that positive mental health is more than the absence of psychopathology, and may play an important role in health outcomes (Huppert, 2005). The aim of this study is to characterize the positive mental health and mental illness of 150 young Portuguese people (18- 30 years). For data collection, we use the *Mental Wellness Scale Warwick-Edinburgh* (Tennant et al., 2007), *Continuum Health Mental Scale-Short Version*

---

<sup>1</sup> Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. E-mail: cfonte@ufp.edu.pt

<sup>2</sup> Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. E-mail: 15326@ufp.edu.pt

<sup>3</sup> Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. E-mail: salves@ufp.edu.pt

(Keyes, 2002) and the *Anxiety, Depression and Stress Scale* (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Our findings indicated that most of the sample has good levels of positive mental health and lower levels of psychopathology, and negative correlations have been found between the positive mental health and psychopathology. It was also found that are the younger and men who have higher levels of positive mental health, and are the women and the unemployed who have presented higher levels of psychopathology. These findings point the need to include measures of positive mental health and well-being in studies of health.

**Keywords:** young adults, positive mental health, well-being, psychopathology

A psicologia, enquanto ciência e profissão, tem vindo a demonstrar um interesse crescente pela saúde mental positiva, definida como a presença de bem-estar e não apenas como a ausência de psicopatologia nos indivíduos (Keyes, 2005; Trompetter, Kleine, & Bohlmeijer, 2016). Neste âmbito, encontram-se na literatura descritas evidências de que a psicopatologia e a saúde mental positiva funcionam ao longo de um contínuo (Huppert, 2005; Keyes, 2005; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, & Keyes, 2011). A existência deste modelo dual caracterizador da saúde mental acarreta várias implicações. Em primeiro lugar, a psicopatologia e a saúde mental positiva não funcionam como opostos mas sim como indicadores distintos da saúde mental (Lamers, Westwehof, Glas, & Bohlmeijer, 2015), o que permite que a saúde mental positiva assuma um papel relevante e significativo no estudo científico (Huppert, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Algumas evidências têm indicado que a saúde mental positiva se torna ao longo do tempo uma fonte de proteção contra problemas de saúde física e mental (Keyes, Dhingra, & Simões, 2010; Trompetter et al., 2016). Emerge, assim, a necessidade de se expandir a definição de saúde mental, passando esta a referir-se a um estado de bem-estar e boa *performance* ao nível das funções mentais (Keyes, 2002; Keyes, 2005; Keyes & Shapiro, 2004). A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou, em 2004, a saúde mental positiva como necessária ao bem-estar e ao funcionamento efetivo individual, social e comunitário. Toda esta questão é relevante de um ponto de vista de política económica, pois os dados evidenciam, por exemplo, que a presença de casos de depressão crónica reduz a produtividade individual, com custos económicos elevados (Mrazek & Haggert, 1994; Murray & Lopez, 1997).

A doença mental aparece frequentemente associada a doenças secundárias, como o suicídio, e problemas cardiovasculares, tendo um impacto significativo sobre os sistemas económico, social, educativo, penal e judicial (Callegari, 2000; Rebellon, Brown, & Keyes, 2001). Também na Europa, a saúde mental é responsável por 22% da carga total de doença, e a carga social e económica da doença mental custa à União Europeia, cerca de 3% a 4% do seu PIB. Em 2006, o custo foi de 436 milhões de euros, principalmente devido à ausência sistemática ao trabalho, incapacidade para o trabalho e reforma antecipada (Parlamento Europeu, 2009).

Em Portugal, segundo o último Inquérito Nacional de Saúde, em 2014, 25.4% da população com 15 ou mais anos tem sintomas de depressão (16% dos homens e 33.7% das mulheres, Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2015). De acordo com os dados do primeiro estudo epidemiológico nacional das perturbações mentais, integrados no *World Mental Health Initiative*, Portugal apresentou a terceira mais elevada taxa de perturbações do foro psiquiátrico (23%), sendo o país com o valor mais expressivo de perturbações de ansiedade (17%) (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A depressão, a ansiedade e o stresse são, portanto, perturbações que afetam inúmeros indivíduos e estão associados a inúmeras doenças graves e mortais (França & Rodrigues, 2005), interferindo com o funcionamento geral e com a qualidade de vida (Bernik, 2000).

A importância crescente do sistema de saúde pública para atuar na prevenção das doenças e na promoção da saúde revelou a necessidade de medidas que diferenciasses as pessoas ao nível de saúde mental, ao invés de avaliarem exclusivamente a existência de psicopatologia versus ausência de psicopatologia (Keyes, 2005; Keyes & Lopez, 2002; Westerhof & Keyes, 2010). Este tipo de medidas são, ainda, mais importantes quando o objetivo é avaliar a saúde no seu todo, integrando os vários contextos de vida dos indivíduos, mais concretamente a família, a escola e o trabalho, no âmbito de estudos epidemiológicos. A saúde mental positiva é mais do que a ausência de doença mental, é vital para o funcionamento do indivíduo, da família e da própria sociedade (Huppert, 2005; Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2010). A saúde mental positiva é “... um estado de bem-estar subjetivo no qual o indivíduo percebe as suas próprias capacidades, é capaz de lidar com acontecimentos adversos no quotidiano, trabalha de forma produtiva e agradável e é capaz de contribuir para a sua comunidade” (World Health Organization, 2001, p.1). Keyes (2002) propõe que a saúde mental positiva seja concetualizada como um estado completo em que os indivíduos estão livres de psicopatologia e em *flourishing*, com altos níveis bem-estar emocional, psicológico e social. Segundo o autor, trata-se de uma síndrome de sentimentos positivos e funcionamento positivo da vida, considerando a presença da saúde mental como *flourishing*, e a ausência de saúde mental como *languishing*. Assim sendo, *flourishing* é um estado em que o indivíduo combina altos níveis de bem-estar emocional com altos níveis de funcionamento psicológico e social (Keyes, 2005). É de sublinhar que o termo saúde mental positiva é frequentemente usado de forma alternada com o termo bem-estar mental. Este é um construto complexo com duas perspetivas distintas retratadas na literatura científica: a perspetiva hedónica, que foca a experiência subjetiva da felicidade e da satisfação com a vida; e a perspetiva eudaimónica, que foca o funcionamento psicológico e a auto-realização (Ryan & Deci, 2001; Tennant et al., 2007). Neste sentido, a própria Comissão Europeia lançou, em 2008, o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar, com o objetivo de apoiar e promover a saúde mental e o bem-estar a nível europeu, traduzido no Plano Nacional de Saúde Mental – 2007/2016 – ao destacar a necessidade de promover várias estratégias para o desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção da saúde mental focalizadas, igualmente, na atividade profissional (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). Constata-se, portanto, que saúde mental (positiva) tem influência numa série de dimensões, tais como: estilo de vida mais saudável, menos limitações da vida diária, habilitações académicas mais elevadas, maior produtividade, melhor relacionamento social, maior coesão social e melhor qualidade de vida (Huppert, 2005; Keyes, 2005; Keyes & Lopez, 2002; Jané-Lopis, 2005; Westerhof & Keyes, 2010).

Na verdade, o foco na avaliação da saúde mental positiva marca uma mudança importante no sentido de reconhecer os benefícios da promoção da saúde e prevenção da doença: além de melhorar o tratamento de doenças existentes, são criadas as condições individuais, sociais e ambientais que favoreçam o desenvolvimento psicológico e biológico ótimos, bem como a preservação da equidade, da justiça social e da dignidade das pessoas. É também um reconhecimento de que a saúde mental positiva e o bem-estar podem contribuir para atingir uma ampla gama de objetivos sociais e de saúde, de importância crucial para a prosperidade a médio e a longo prazo (Diener, Lucas, & Smith, 1999). No entanto, o campo da saúde mental positiva carece ainda de estudos (Tennant et al., 2007), particularmente no contexto português (Almeida & Xavier, 2013).

A investigação que se apresenta, alicerça-se neste quadro empírico-conceitual, segundo o qual a saúde mental não é apenas a ausência de doença mental ou de psicopatologia, mas também a presença de sentimentos positivos (bem-estar emocional), de um bom funcionamento individual (bem-estar psicológico) e social (bem-estar social) (Lamers et al., 2011), podendo assim ser encarada como a base para o bem-estar e o funcionamento eficaz do indivíduo e da comunidade. Neste sentido, procuramos fazer a caracterização da saúde mental positiva relativamente ao bem-estar (emocional, psicológico e social) e à psicopatologia/doença mental de uma amostra de jovens portugueses e analisar de que forma estes construtos se associam. A acrescentar a este objetivo, a investigação pretende ainda refletir se a saúde mental, bem-estar e psicopatologia se diferenciam em função de variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, sexo e situação profissional).

## Método

### Participantes

Participaram neste estudo 150 jovens, selecionados por conveniência e distribuídos equitativamente quanto ao género. A idade dos participantes encontra-se compreendida entre os 18 e os 30 anos, com uma média de 23.6 anos ( $DP = 4.2$ ). Quanto ao estado civil, 14.7% ( $n = 22$ ) dos participantes são casados, 3.3% ( $n = 5$ ) são divorciados ou separados e 82% ( $n = 123$ ) são solteiros. Cerca de metade dos participantes da amostra (48%;  $n = 72$ ) encontrava-se a trabalhar/empregado, 37.3% ( $n = 59$ ) a estudar, e apenas 13.3% ( $n = 20$ ) se encontrava numa situação de desemprego. Se nos debruçarmos sobre o número de filhos, grande parte dos participantes (83.3%;  $n = 125$ ) não tem filhos, 11.3% ( $n = 17$ ) tem apenas um filho e 5.3% ( $n = 8$ ) tem dois ou mais filhos.

### Material e Procedimento

Foi utilizado um questionário sociodemográfico, construído para o efeito, que ficou constituído pelas seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil e situação profissional. Foi aplicada a *Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS; Tennant et al., 2007)*, uma escala de autorrelato composta por 14 itens escritos de forma positiva, distribuídos numa escala de Likert entre 1 (*nunca*) e 5 (*sempre*), sendo a pontuação mínima de 14 pontos e pontuação máxima de 70 pontos, em que os níveis mais elevados estão associados a melhor bem-estar mental (Maheswaran, Weich, Powell, & Stewart-Brown, 2012). A escala foi construída para medir a saúde mental positiva e o bem-estar, contemplando tanto os elementos hedónicos (felicidade, satisfação com a vida) como os eudaimónicos (funcionamento positivo) do bem-estar. A escala tem revelado uma boa validade e consistência interna para diferentes populações (Clarke et al., 2011; Castellvi et al., 2013; Maheswaran et al., 2012; Monte, Fonte, & Alves, 2015). Foi determinado o valor de *Alfa de Cronbach* da escala para a amostra em estudo, e os resultados apontaram para uma boa consistência interna ( $\alpha = .94$ ). A análise de frequências das respostas revelou, ainda, que a escala apresenta boa sensibilidade (todas as categorias de resposta aos itens foram utilizadas como respostas) para a amostra.

Também foi aplicada a *Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF) para Adultos – versão reduzida*, uma escala de autorresposta de saúde mental, proposta por Keyes, em 2002, como forma de atribuir diagnósticos categoriais para a saúde mental, permitindo distinguir os estados de *flourishing*, saúde mental moderada, e *languishing*. A construção desta escala foi desenvolvida com base em vários construtos que se referem ao bem-estar emocional, psicológico e social

(Keyes, 2002), e está distribuída em 14 itens de autorrelato: três itens para o bem-estar emocional (itens 1-3), cinco itens para o bem-estar social (itens 4-8) e seis itens para o bem-estar psicológico (itens 9-14) (Lamers et al., 2011; Matos et al., 2010). A pontuação nos itens classifica-se segundo uma escala de *Likert* entre 0 (*nunca*) e 6 (*todos os dias*) pontos (Lamers et al., 2011; Salama-Younes, 2011). O estado de *flourishing* é classificado quando se pontua em, pelo menos, um dos três itens do bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de bem-estar social e psicológico com 5 pontos (*quase todos os dias*) ou 6 pontos (*todos os dias*) da escala de *Likert*. No lado oposto, para ser diagnosticado o estado *languishing* são necessárias pontuações baixas (0=*nunca*; 1=*uma ou duas vezes*) em, pelo menos, um dos três itens do bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de bem-estar social e psicológico. No intermédio, o diagnóstico de *saúde mental moderada* é atribuído quando se pontua com 3 pontos (*cerca de uma ou duas vezes por semana*) ou 4 pontos (*cerca de duas ou três vezes por semana*) em, pelo menos, um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de bem-estar psicológico e social (Keyes, 2007). A versão reduzida da *MHC-SF* tem revelado excelente consistência interna e validade para diferentes populações e culturas (Ismail & Salama-Younes, 2011; Jovanovic, 2015; Karas, Ciecuch, & Keyes, 2014; Lamers et al., 2011; Machado & Bandeira, 2015; Matos et al., 2010; Monte et al., 2015), assim como sensibilidade e estabilidade a alterações temporais (Lamers et al., 2011). Para a amostra em estudo, a sensibilidade da escala ficou assegurada após a análise das frequências de todos os itens (todas as categorias de resposta aos itens foram utilizadas como respostas); o cálculo do valor de *Alfa de Cronbach* para os 14 itens da escala revelou uma boa consistência interna para os participantes da amostra ( $\alpha = .92$ ), assim como para as subescalas, bem-estar emocional ( $\alpha = .91$ ), bem-estar psicológico ( $\alpha = .91$ ) e bem-estar social ( $\alpha = .85$ ).

A *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse* (EADS-21) construída por Lovibond e Lovibond, em 1995, constitui a versão portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), adaptada para a população nacional por Pais-Ribeiro et al., em 2004, foi por nós também aplicada. A EADS-21, conforme o nome indica, é composta por 21 itens (versão abreviada da escala de 42 itens), divididos igualmente por cada subescala (ansiedade: itens 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; depressão: itens 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; e stresse: itens 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18), cujas respostas estão distribuídas numa escala de tipo *Likert*, com quatro pontos de gravidade/frequência, que vão desde 0 (*não se aplicou nada a mim*) a 3 (*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*) (Pais-Ribeiro et al., 2004). A subescala de ansiedade inclui excitação do sistema nervoso autónomo, ansiedade situacional, experiências subjetivas de ansiedade e efeitos músculo-esqueléticos; a subescala de depressão inclui disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse/envolvimento, anedonia e inércia; e a subescala de stresse inclui dificuldade em relaxar, excitação nervosa, agitação fácil, irritabilidade/reacção exagerada e impaciência. Para cada escala (de sete itens cada) a pontuação mínima é de zero e a máxima de 21 pontos, estando os valores mais elevados associados a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004). A investigação tem atribuído uma boa consistência interna à escala (Gloster et al., 2008; Willemssen, Markey, Dclercq, & Vanheule, 2010), assim como qualidades psicométricas e boa fiabilidade (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004), encontrando validade em diferentes culturas (Oei, Sawang, Gohe, & Mukhtar, 2013). Na nossa amostra, os valores de *alfa de Cronbach* para a totalidade dos itens (21) da escala revelaram uma boa consistência interna ( $\alpha = .94$ ) assim como para as subescalas de ansiedade ( $\alpha = .86$ ), depressão ( $\alpha = .89$ ) e stresse ( $\alpha = .86$ ). A análise das frequências de todos os itens assegurou a sensibilidade da escala (todas as categorias de resposta aos itens foram utilizadas como respostas).

## Procedimento

Esta investigação teve, em primeiro lugar, uma análise prévia à sua execução por parte da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa que emitiu um parecer favorável à realização da mesma. Procedeu-se, ainda, à obtenção das autorizações para a utilização dos instrumentos. Seguidamente, as investigadoras deslocaram-se a locais de atividades juvenis onde, num espaço isolado e individualmente, facultado pelas Juntas de Freguesia, foi efetuada uma explicação aos participantes sobre os objetivos da investigação, e dadas as instruções para o preenchimento dos instrumentos. O tempo de aplicação foi, em média, de 15 minutos. Foi dada oportunidade a todos os participantes de recusar/desistir, em qualquer momento, a sua colaboração na investigação, assim como de esclarecer quaisquer dúvidas que entendessem necessárias. De forma a reforçar a confidencialidade, os participantes começaram por preencher o consentimento informado, que foi imediatamente recolhido antes do preenchimento das escalas. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizada a versão 22 do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (IBM)*. O procedimento de análise de dados iniciou com uma análise estatística univariada descritiva da amostra relativamente às variáveis sociodemográficas, aos níveis de bem-estar e aos níveis de psicopatologia. De seguida, a análise estatística bivariada inferencial (*teste correlação de Pearson*) pretendeu verificar as correlações entre o bem-estar e a ocorrência de psicopatologia. Posteriormente procedeu-se ao estudo das diferenças entre o bem-estar e psicopatologia e as variáveis sociodemográficas em estudo, através de *Testes T para amostras independentes* (para dois grupos) e *Análise de variâncias – ANOVA* (para três ou mais grupos de categorias), depois de garantida a normalidade da amostra através do teste Kolmogorov-Smirnov (K-S). Para a identificação das diferenças recorreu-se ao teste *post-hoc* de Scheffé (Field, 2009).

## Resultados

A análise dos dados foi efetuada a partir do objetivo geral desta investigação, que era o de caracterizar a saúde mental positiva de uma amostra de jovens adultos portugueses. Para a concretização deste objetivo foram utilizadas as pontuações das escalas e subescalas dos instrumentos de recolha de dados, de forma a conseguirmos analisar a doença e saúde mental dos participantes da amostra. Quanto à saúde mental, foram analisados os resultados da *WEMWBS* e da *MHC-SF* e tidos como pontos de corte os valores intermédios entre as pontuações máximas e mínimas possíveis das escalas (Keyes, 2002).

No que toca à escala de bem-estar *WEMWBS*, e conforme pode ser observado na tabela 1, a pontuação mínima possível é 14 pontos e a máxima é 70 pontos, e na nossa amostra encontramos pontuações mínimas de 23 pontos e máximas de 70 pontos. A acrescentar, se considerarmos o valor de 35 pontos como o ponto de corte da escala e a média de 51.35 pontos ( $DP = 10.49$ ) encontrados na amostra, podemos concluir que a maioria dos participantes apresenta níveis consistentes de bem-estar em geral. O mesmo ocorreu na escala de saúde mental e bem-estar *MHC-SF*, onde a pontuação mínima possível é de 14 pontos e a máxima de 84, e na amostra encontramos pontuações mínimas de 22 e pontuações máximas de 84 pontos. O valor médio do total da escala ( $M = 61.24$ ;  $DP = 13.07$ ), em contraposição com o valor do ponto de corte (42 pontos), corrobora os resultados da escala anterior, que indicam níveis consistentes de bem-estar. No caso concreto das subescalas de bem-estar emocional, social e psicológico, verificamos que as pontuações máximas obtidas pela amostra (18, 30 e 36 pontos, respetivamente)

correspondem às pontuações máximas possíveis para as escalas; e que as pontuações mínimas da amostra superam as mínimas possíveis para a escala de bem-estar emocional (5 pontos contra 3 pontos mínimos da escala) e psicológico (9 pontos contra 5 pontos mínimos da escala). Apenas na escala de bem-estar social encontramos as pontuações mínimas possíveis da escala na amostra (6 pontos).

Tabela 1

Caraterização da Saúde Mental da Amostra relativamente ao Bem-estar em Geral (WEMWBS), ao Bem-estar Emocional, ao Bem-estar Social e ao Bem-estar Psicológico (MHC-SF)

	Amostra (N=150)			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
WEMWBS	23	70	51.35	10.49
MHC-SF	22	84	61.24	13.07
Bem-estar emocional	5	18	13.95	3.29
Bem-estar Social	6	30	19.13	5.89
Bem-estar Psicológico	9	36	28.16	6.24

Se atendermos aos diagnósticos de saúde mental positiva, conseguidos através da MHC-SF, a análise descritiva permite afirmar que 58% da amostra se encontra em estado de saúde mental positiva *flourishing*, 2.7% encontra-se em estado *languishing* e 39.3% num estado intermédio de *saúde mental moderada*. Considerando que o estado de *flourishing* representa uma boa saúde mental, podemos afirmar que a maior parte (mais de 50%) da amostra em estudo assegura uma saúde mental positiva.

Relativamente à doença mental, os resultados máximos e mínimos (0 e 53, respetivamente) encontrados nas pontuações totais da EADS-21, e considerando as pontuações máximas possíveis na escala (63 pontos), sugerem que alguns participantes não apresentam qualquer tipo de patologia (máx. 0), ao passo que outros, apresentam níveis elevados de psicopatologia/doença mental (máx. 53). Contudo, o valor da média das pontuações totais na escala ( $M = 16.69$ ,  $DP = 12.28$ ) é significativamente inferior ao valor do ponto de corte (31.5 pontos, correspondente a metade do valor da pontuação máxima possível na escala); apontando que a maioria dos participantes apresenta baixos níveis de psicopatologia ou doença mental (cf. tabela 2).

No que respeita às subescalas da EADS-21, e ponderando que a pontuação máxima para cada subescala (ansiedade, depressão e stresse) é de 21 pontos, encontramos participantes na amostra sem patologia, e outros com altos níveis de ansiedade e depressão (18 pontos), mas essencialmente de stresse (20 pontos), que atinge quase o máximo possível. Não obstante, e se considerarmos como ponto de corte a metade da pontuação máxima (10.5 pontos), os resultados médios encontrados para cada subescala revelam que o número de participantes com doença mental não é superior ao número de participantes sem doença mental (cf. tabela 2). A análise descritiva dos resultados médios das subescalas permitiu ainda apurar que o stresse ( $M = 7.09$ ,  $DP = 4.56$ ) é o tipo de psicopatologia que mais afeta os participantes da amostra, seguido da depressão ( $M = 5.02$ ,  $DP = 4.64$ ).

Tabela 2

Caraterização da saúde mental da amostra relativamente à EADS-21, à depressão, à ansiedade e ao stresse

	Amostra (N=150)			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Total EADS-21	0	53	16.69	12.28
Ansiedade	0	18	4.58	4.43
Depressão	0	18	5.02	4.64
Stresse	0	20	7.09	4.56

Com o objetivo de verificar a associação entre a saúde mental positiva/bem-estar e a doença mental, foram efetuadas correlações de *Pearson* entre os resultados totais das escalas e subescalas em estudo. A análise dos resultados das correlações de *Pearson* permitiu apurar que as escalas de saúde mental positiva/bem-estar *WEMWBS* e a *MHC-SF* e respetivas subescalas apresentam correlações negativas estatisticamente significativas ( $p < .01$ ) com a escala de psicopatologia (*EADS-21*) e respetivas subescalas (ansiedade, depressão e stresse), indicando que níveis superiores de saúde mental e bem-estar estão associados a níveis inferiores de psicopatologia/doença mental (cf. tabela 3). Especificamente, encontramos uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os valores totais da *WEMWBS* e os valores totais da *EADS-21* ( $r = -.67, p < .001$ ), indicando que altos níveis de bem-estar em geral estão associados a níveis inferiores de psicopatologia. No que toca às subescalas da *EADS-21*, encontramos igualmente correlações negativas estatisticamente significativas entre o bem-estar e cada uma das subescalas, a ansiedade ( $r = -.47, p = .000$ ), a depressão ( $r = -.69, p < .001$ ) e o stresse ( $r = -.51, p < .001$ ), indicando que altos níveis de bem-estar em geral estão associados a baixos níveis de ansiedade, de depressão e de stresse (cf. tabela 3). No respeitante à escala de saúde mental positiva (*MHC-SF*), encontramos igualmente uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os resultados totais da escala e os valores totais de *EADS-21* ( $r = -.58, p < .001$ ); assim como entre os valores de *MHC-SF* e as subescalas de ansiedade ( $r = -.53, p < .001$ ), depressão ( $r = -.60, p < .001$ ) e stresse ( $r = -.44, p < .001$ ), indicando que níveis elevados de bem-estar em geral estão associados a níveis inferiores de doença mental, em concreto, de ansiedade, de depressão e de stresse (cf. tabela 3). Ainda relativamente à *MHC-SF*, mas à subescala de bem-estar emocional, encontramos uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os níveis de bem-estar emocional e os níveis totais da *EADS-21* ( $r = -.41, p < .001$ ), e respetivas subescalas de ansiedade ( $r = -.57, p < .001$ ), depressão ( $r = -.62, p < .001$ ) e stresse ( $r = -.47, p < .001$ ) revelando que níveis elevados de bem-estar emocional estão associados a baixos níveis de doença mental, especificamente, de ansiedade, de depressão e de stresse. No respeitante ao bem-estar social, verificamos novamente uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os valores totais da subescala e os resultados totais de *EADS-21* ( $r = -.51, p < .001$ ), assim como das suas subescalas de ansiedade ( $r = -.48, p < .001$ ), depressão ( $r = -.55, p < .001$ ) e stresse ( $r = -.33, p < .001$ ), o que significa que um elevado de bem-estar social está associado a níveis baixos de psicopatologia,

mais propriamente de ansiedade, depressão e stresse. Por fim, no que concerne ao bem-estar psicológico, também encontramos correlações negativas estatisticamente significativas entre os valores da subescala e os valores da *EADS-21* ( $r = -.41, p < .001$ ), e as subescalas de ansiedade ( $r = -.36, p < .001$ ) depressão ( $r = -.40, p < .001$ ) e stresse ( $r = -.36, p < .001$ ); significando que o bem-estar psicológico está associado a níveis baixos de patologias mentais, como a ansiedade, a depressão e o stresse (cf. tabela 3). Ao analisarmos os estados de saúde mental, verificamos correlações positivas estatisticamente significativas entre o estado de *languishing* e de saúde mental moderada e a doença mental medida pela *EADS-21* ( $r = .28, p < .001$ ;  $r = .33, p < .001$ , respetivamente) e subescalas de ansiedade ( $r = .25, p < .002$ ;  $r = .36, p < .001$ , respetivamente), depressão ( $r = .26, p = .001$ ;  $r = .30, p < .001$ , respetivamente) e stresse ( $r = .23, p = .004$ ;  $r = .23, p = .005$ , respetivamente). Com o estado de saúde mental *flourishing*, encontramos correlações negativas estatisticamente significativas com os níveis de psicopatologia medidos pela *EADS-21* ( $r = -.41, p < .001$ ) e subescalas de ansiedade ( $r = -.44, p < .001$ ), depressão ( $r = -.38, p < .001$ ) e stresse ( $r = -.30, p < .001$ ) (cf. tabela 3).

Tabela 3

*Correlações de Pearson entre a escala e subescalas de psicopatologia (EADS-21, ansiedade, depressão e stresse) e as escalas e subescalas de saúde mental e bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, bem-estar emocional, social e psicológico) e os estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing)*

	Amostra (N=150)			
	Total EADS-21 <i>r</i>	Ansiedade <i>r</i>	Depressão <i>r</i>	Stresse <i>r</i>
<i>WEMWBS</i>	-.67***	-.47***	-.69***	-.51***
<i>Total MHC-SF</i>	-.58***	-.53***	-.60***	-.44***
Bem-estar emocional	-.41***	-.57***	-.62***	-.47***
Bem-estar social	-.51***	-.48***	-.55***	-.33***
Bem-estar psicológico	-.41***	-.36***	-.40***	-.36***
<i>Flourishing</i>	-.41***	-.44***	-.38***	-.30***
Saúde Mental Moderada	.33***	.36***	.29***	.23***
<i>Languishing</i>	.28***	.25**	.26***	.23**

Nota. \* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Para o estudo das diferenças na saúde mental positiva/bem-estar e psicopatologia em função da idade, agrupámos as faixas etárias aproximando os intervalos das idades segundo os critérios da Organização das Nações Unidas para fins estatísticos (Eisenstein, 2005), que consideram a adolescência entre os 15 e os 24 anos. Neste caso, na nossa investigação, consideramos dois grupos etários: um entre os 18 e os 25 anos, e outro entre os 26 e os 30 anos. A análise de diferenças entre a idade e as escalas e subescalas revelou que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a saúde mental e bem-estar em geral (*MHC-SF*)

( $t(148) = 2.02, p = .046$ ), IC a 95% [.09, 5.51], mais propriamente com o bem-estar emocional ( $t(148) = 2.76, p = .013$ ), IC a 95% [.30, 2.48] e o estado de saúde mental positiva *flourishing* ( $t(148) = 2, p = .047$ ), IC a 95% [.0, .34]. Os participantes mais novos (18-25 anos) apresentam melhor saúde mental (*flourishing*) e bem-estar em geral e, em específico, melhor bem-estar emocional (cf. tabela 4). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o bem-estar em geral medido pela WEMWBS ( $t(148) = .28, p = .778$ ), o bem-estar social ( $t(148) = 1.42, p = .159$ ), o bem-estar psicológico ( $t(148) = 1.55, p = .123$ ), o estado de saúde mental moderada ( $t(148) = -1.81, p = .072$ ), o estado de *languishing* ( $t(148) = -.62, p = .537$ ), a psicopatologia medida pela EADS-21 ( $t(148) = .31, p = .756$ ), a ansiedade ( $t(148) = -.125, p = .900$ ), a depressão ( $t(148) = .52, p = .607$ ) e o stresse ( $t(148) = .43, p = .666$ ) (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Teste de diferenças nas escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva), as escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stresse) em função da idade

	Idade		t (148)
	18-25 anos (n = 97) Média (DP)	26-30 anos (n = 53) Média (DP)	
WEMWBS	51.53(10.98)	51.02(9.63)	.28
Total MHC-SF	62.81(12.78)	58.36(13.22)	2.02*
Bem-estar emocional	14.44(3.08)	13.06(3.50)	2.51*
Bem-estar social	19.63(5.96)	18.21(5.71)	1.42
Bem-estar psicológico	28.74(6.02)	27.09(6.55)	1.55
Total EADS-21	16.92(12.85)	16.26(11.25)	.31
Ansiedade	4.55(4.53)	4.64(4.28)	-.125
Depressão	5.16(4.99)	4.75(3.98)	.52
Stresse	7.21(4.69)	6.87(4.44)	.43
<i>Flourishing</i>	1.64(.48)	1.47(.50)	2*
Saúde Mental Moderada	1.34(.48)	1.49(.51)	-1.81
<i>Languishing</i>	1.02(.14)	1.04(.19)	-.62

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Quanto à variável sexo, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e o bem-estar em geral medido pela WEMWBS ( $t(148) = 3.26, p = .001$ ), IC 95% [2.13, 8.69], a EADS-21 ( $t(148) = -4.03, p < .001$ ), IC 95% [-11.46, -3.92] e as suas subescalas de ansiedade ( $t(148) = -2.57, p = .011$ ) IC 95% [-3.23, -.42], de depressão ( $t(148) = -3.72, p < .001$ ), IC 95% [-4.42, -1.27], e de stresse ( $t(148) = -4.51, p < .001$ ), IC 95% [-4.55, -1.77]. A análise de médias aponta que os homens apresentam maior bem-estar em geral do que as mulheres, e que estas apresentam maiores níveis de psicopatologia, designadamente,

de depressão, de ansiedade e de stresse (cf. tabela 5). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a saúde mental e bem-estar medidos pela *MHC-SF* ( $t(148) = .60, p = .550$ ) e suas subescalas, de bem-estar emocional ( $t(148) = .97, p = .335$ ), social ( $t(148) = .37, p = .696$ ) e psicológico ( $t(148) = -.39, p = .710$ ), assim como entre os estados de saúde mental *flourishing* ( $t(148) = .16, p = .870$ ), saúde mental moderada ( $t(148) = -.17, p = .868$ ) e o estado de *languishing* ( $t(148) = 0, p = .100$ ) (cf. tabela 5).

Tabela 5

Teste de diferenças nas escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (*WEMWBS, MHC-SF, bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva*), as escalas e subescalas de doença mental (*EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stresse*) em função do sexo

	Sexo		t (148)
	Masculino (n = 75) Média (DP)	Feminino (n = 75) Média (DP)	
<i>WEMWBS</i>	54.05(10.36)	48.64(9.97)	3.26**
Total <i>MHC-SF</i>	61.88(13.50)	60.60(12.69)	.60
Bem-estar emocional	14.21(3.55)	13.69(3.02)	.97
Bem-estar social	19.31(6.08)	18.95(5.73)	.37
Bem-estar psicológico	28.36(6.21)	27.96(6.30)	.39
Total <i>EADS-21</i>	12.84(10.74)	20.53(12.56)	-4.03**
Ansiedade	3.67(4.04)	5.49(4.64)	-2.57**
Depressão	3.67(4.03)	6.37(4.84)	-3.72***
Stresse	5.51(3.87)	8.67(4.68)	-4.51***
<i>Flourishing</i>	1.59(.50)	1.57(.49)	.16
Saúde Mental Moderada	1.39(.49)	1.40(.49)	-.17
<i>Languishing</i>	1.03(.16)	1.03(.16)	.00

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Quanto à situação profissional, a análise de diferenças apenas identificou diferenças estatisticamente significativas entre esta variável em função da subescala de depressão ( $F(2,15) = 3.77, p = .025$ ), não se tendo verificado em função do bem-estar em geral medido pela *WEBWBS* ( $F(2,15) = 1.03, p = .361$ ), da *MHC-SF* ( $F(2,15) = 1.74, p = .179$ ) e das subescalas de bem-estar emocional ( $F(2,15) = 2.32, p = .102$ ), social ( $F(2,15) = .65, p = .120$ ) e psicológico ( $F(2,15) = 1.03, p = .525$ ), assim como em função dos estados de saúde mental positiva *flourishing* ( $F(2,15) = .70, p = .498$ ), saúde mental moderada ( $F(2,15) = .55, p = .580$ ) e *languishing* ( $F(2,15) = .29, p = .752$ ), bem como da doença mental medida pela *EADS-21* ( $F(2,15) = 1.94, p = .147$ ) e subescalas de ansiedade ( $F(2,15) = .99, p = .374$ ) e stresse ( $F(2,15) = .80, p = .451$ ) (cf. tabela 6).

Tabela 6

Análise de variâncias (ANOVA) nas escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva), nas escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stresse) em função da situação profissional

	Situação profissional			F(2,15)
	Estudante (n = 56) Média (DP)	Empregado (n = 72) Média (DP)	Desempregado (n = 20) Média (DP)	
WEMWBS	51.95(10.74)	51.53(10.07)	48.15(11.15)	1.03
Total MHC-SF	63.70(12.35)	60.17(12.82)	58.35(15.25)	1.74
Bem-estar emocional	14.48(2.94)	13.92(3.29)	12.65(4.04)	2.32
Bem-estar social	20.41(5.25)	18.29(6.02)	18.65(6.73)	.65
Bem-estar psicológico	28.80(5.88)	27.96(6.44)	27.05(6.68)	1.03
Total EADS-21	15.88(12.01)	15.97(11.24)	21.70(15.59)	1.94
Ansiedade	4.20(4.14)	4.50(4.23)	5.80(5.02)	.99
Depressão	4.86(4.84)	4.46(3.74)	7.60(6.25)	3.77*
Stresse	6.82(4.44)	7.01(4.45)	8.30(5.39)	.80
Flourishing	1.64(.48)	1.54(.50)	1.55(.51)	.70
Saúde Mental Moderada	1.34(.48)	1.43(.50)	1.40(.50)	.55
Languishing	1.02(.13)	1.03(.17)	1.05(.22)	.29

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Dada a existência de variâncias semelhantes, foi realizado o teste *post-hoc* de Scheffé, o qual mostrou que os participantes desempregados ( $M = 7.60$ ;  $DP = 6.25$ ) se distinguem dos participantes empregados ( $M = 4.46$ ;  $DP = 3.74$ ) no que se refere à depressão ( $F(2,15) = 3.77$ ;  $p < .05$ ), IC a 95% [3.58, 5.34] com valores significativamente superiores.

## Discussão

Evidências empíricas têm demonstrado a importância de incluir medidas de avaliação da saúde mental positiva e/ou bem-estar, para além da presença e/ou ausência de psicopatologia (Huppert, 2005). Torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é fundamental para o bem-estar geral das pessoas, sociedades e países ((World Health Organization, 2003). Nesse sentido, a saúde mental positiva é a base para o bem-estar e o funcionamento eficaz do indivíduo e da comunidade (Lamers et. al, 2015). É neste seguimento que esta investigação foi concebida e que pretendeu fazer a caracterização da saúde mental de uma amostra de jovens adultos, relativamente à saúde mental positiva/bem-estar e à doença mental/psicopatologia. No que respeita à saúde mental positiva e bem-estar, a análise dos dados revelou que a maioria dos participantes

apresenta bons níveis de bem-estar em geral, e um estado de saúde mental positivo (*flourishing*), congruente com os dados de Keyes (2009). Também em consonância com Keyes (2002, 2005) e Keyes e Lopez (2002), os nossos resultados apontam para a ideia de que uma melhor saúde mental positiva (*flourishing*) está associada a níveis elevados de bem-estar emocional, social e psicológico, e a níveis inferiores de psicopatologia, mais propriamente de ansiedade, de depressão e de stress. O mesmo acontece, mas no sentido inverso, para o estado de saúde mental *languishing*. Constatamos, ainda, que os participantes mais novos (18-25 anos) apresentam melhor saúde mental e bem-estar em geral, assim como melhor bem-estar emocional quando comparados com os mais velhos (26-30 anos), indo de encontro aos resultados apresentados por Diener et al. (1999) no seu estudo. Os participantes do sexo masculino evidenciam melhor bem-estar em geral do que os do sexo feminino, sendo junto destas últimas que se encontram níveis superiores de psicopatologia, designadamente de depressão, de ansiedade e de stress conforme corrobora a literatura (Lindstrom & Rosvall, 2012). Foi possível verificar também que os valores de depressão são mais elevados nos participantes desempregados, quando comparados com os participantes empregados. O Instituto Nacional de Estatística (2009) apontou que os desempregados (reformados e domésticos) registaram valores mais elevados de depressão, quando comparados com os empregados, tal como foi encontrado na amostra da presente investigação. O estado da arte no tema da depressão sugere que a doença mental acarreta grandes custos económicos em programas de intervenção, sustentada pelo recurso a serviços de acompanhamento psicológico, pelos indivíduos com perturbações mentais (Keyes, 2007), nomeadamente ansiedade, depressão e stress (perturbações mais prevalentes). Os nossos resultados alertam para a necessidade de atender, em termos das políticas de saúde e da atuação dos profissionais de saúde, com especial atenção a grupos específicos: mulheres e pessoas em situação de desemprego. Para além disso, parece que à medida que a idade avança também a saúde mental é menor. Sendo a saúde mental a base para o bem-estar e o funcionamento eficaz do indivíduo e da comunidade, sugere-se a criação de políticas de saúde que a priorizem como um alicerce com benefícios sociais, comunitários e económicos a nível mundial, disponibilizando, por exemplo, recursos à população de carácter preventivo e remediativo. Estes recursos, no caso do contexto nacional português, poderão passar pelo aumento do número de profissionais de saúde, que trabalham ao nível da saúde mental, nos serviços públicos e privados de atendimento à população, ao nível dos cuidados de saúde primários, nos serviços de carácter comunitário (próximos dos cidadãos ao nível local), como por exemplo centros de emprego e câmaras municipais. Desta forma, seguem-se as orientações recentes da organização mundial de saúde (World Health Organization & Wonca, 2008). Parece-nos, ainda, ser relevante incluir medidas de avaliação da saúde mental em termos do bem-estar e psicopatologia que possam ser estáveis ao longo dos anos, permitindo a monitorização da população e de eventuais efeitos das políticas de saúde e/ou de programas de intervenção implementados na comunidade.

Embora alguns dos resultados do presente estudo tenham corroborado a literatura, os mesmos deverão ser interpretados com algum cuidado. Em primeiro lugar, a dimensão e conveniência da amostra não permitem fazer generalizações para a população em geral. Quanto ao tipo de instrumentos utilizados, a opção pelas versões reduzidas das escalas poderá, até certo ponto, limitar a análise da complexidade do fenómeno em estudo. Neste sentido, para um conhecimento mais aprofundado e alargado, propomos futuras investigações junto de amostras que permitam a generalização dos resultados à população em geral, contribuindo assim para a produção de

conhecimento que sustente e oriente as políticas de saúde nacionais. Fica evidente a necessidade de incluir profissionais de psicologia nos serviços de saúde, que possam criar programas de promoção da saúde mental positiva e não apenas intervenção/tratamento da psicopatologia.

Face aos poucos estudos que se encontram na literatura nacional sobre a caracterização da saúde mental e do bem-estar da população portuguesa, e não obstante as suas limitações, consideramos que este estudo contribuiu para o aumento do conhecimento científico que se centra na abordagem da saúde mental como um todo, que integra o bem-estar emocional, psicológico e social e a ausência de psicopatologia.

## Referências

- Almeida, J., & Xavier, M. (Eds.). (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental – 1º relatório*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Bernik, M. (2000). Relevância médico-social do transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(1), 5-8.
- Callegari, A. (2000). *Como vencer o stress, a ansiedade e a depressão*. Lisboa, Portugal: Editorial Estampa.
- Castellvi, P., Forero, C., Codony, M., Vilagut, G., Brugulat, P., Medina, A., ... Alonso, J. (2013). The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Quality of Life Research*, 22, 1099-1104. doi: 10.1007/s11136-013-0513-7.
- Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A., ... Stewart-Brown, S. (2011). Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland, a mixed methods assessment. *BMC Public Health*, 11, 487. doi: 10.1186/1471-2458-11-487
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *A Saúde dos Portugueses – Perspetiva 2015*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2(2), 6-7.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using Spss* (3ª Ed.). London, UK: Sage.
- França, A., & Rodrigues, A. (2005). *Stress e trabalho: Uma abordagem psicossomática*. São Paulo, Brasil: Editora Atlas S.A.
- Gloster, A., Rhoades, H., Novy, D., Klotsche, J., Senior, A., Kunik, M., ... Stanley, M. (2008). Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 110, 248-259. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.023>.
- Huppert, F. A. (2005). Positive mental health in individuals and populations. In F. A. Huppert, N. Baylis, & B. Keverne (Eds.), *The science of well-being* (pp. 307-340). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006*. Lisboa, Portugal: INE/INSA.
- Instituto Nacional de Estatística, & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2015). *Inquérito Nacional de Saúde, 2014*. Retrived from <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Novembro/11INS2014.pdf>
- Ismail, A., & Salama-Younes, M. (2011). Validation of the factor structure of the mental health continuum short form (MHC-SF) for physically active old adult. *World Journal of Sport Sciences*, 1(1), 24-30.
- Jané-Lopis, A. (2005). *Mental health promotion and mental disorders prevention: A policy for Europe*. Nijmegen, Netherlands: Radbound University.

- Jovanovic, V. (2015). Structural validity of the Mental Health Continuum-Short Form: The bifactor model of emotional, social and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 75, 154–159. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.026>.
- Karas, D., Cieciuch, J., & Keyes, C. (2014). The Polish adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104–109. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.05.011>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.
- 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. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- 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. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95
- Keyes, C. L. M. (2009). The nature and importance of positive mental health in America's adolescents. In R. Gilman, E. Huerbner, & M. Furlong, (Eds.), *Handbook of Positive Psychology in Schools* (pp. 9-23). New York, USA: Routledge.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simões, E. J. (2010). Changes in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100, 2366-2371. doi:10.2105/AJPH.2010.192245.
- Keyes, C., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45–59). New York, USA: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In O. Brim, C., Ryff, & R. Kessler (Eds.), *How Healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 350-372). Chicago, USA: The University of Chicago Press.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E., Klooster, P., & Keyes, C. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110. doi: 10.1002/jcl p.20741.
- Lamers, S. M. A., Westwehof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 553-560. doi:10.1080/17439760.2015.1015156.
- Lindstrom, M., & Rosvall, M. (2012). Marital status, social capital, economic stress, and mental health: a population-based study. *The Social Science Journal*, 49, 339-342. doi: 10.1016/j.sosci.2012.03.004
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.

- Maheswaran, H., Weich, S., Powell, J., & Stewart-Brown, S. (2012). Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental WellBeing Scale (WEMWBS): Group and individual level analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*, 1-8. doi: 10.1186/1477-7525-10-156
- Machado, L., & Bandeira, D. (2015). Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum – Short Form. *Psico-USF*, *20*, 259-274. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200207>
- Matos, A., André, R., Cherpe, R., Rodrigues, D., Figueira, C., & Pinto, A. (2010). Estudo psicométrico preliminar da Mental Health Continuum - Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portuguesas. *Psychologica*, *53*, 131-156.
- Monte, K., Fonte, C., & Alves, S. (2015). Saúde mental numa população não clínica de jovens adultos: Da psicopatologia ao bem-estar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *2*, 83-87.
- Mrazek, P., & Haggertt, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders*. Washington, DC: National Academy Press.
- Murray, J., & Lopez (1997). Global mortality, disability and the contribution of risks factors: Global burden of disease study. *Lancet*, *349*, 1436-1442. doi: 10.1016/S0140-6736(96)07495-8
- Oei, T., Sawang, S., Goh, Y., & Mukhtar, F. (2013). Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*, *48*, 1018-1029. doi:10.1080/00207594.2012.755535.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, *5*(2), 229- 239.
- Parlamento Europeu. (2009). Relatório sobre saúde mental (Relatório No. A6-0034/2009). Retrieved from Parlamento Europeu: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+PDF+V0//PT>
- Rebellow, C., Brown, J. & Keyes, M. (2001). Suicide and mental illness. In C. E. Faupel, & P. M. Roman (Eds.), *The encyclopedia of criminology and deviant behavior* (Vol. 4, pp. 426-429). Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potencial: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review Psychology*, *52*, 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141.
- Salama-Younes, M. (2011). Validation of the Mental Health Continuum Short Form and Subjective Vitality Scale with Egyptian Adolescent Athletes. In I. Brdar (Ed.), *The human Pursuit of Well-Being: A cultural approach* (pp. 221–234). New York, NY: Springer.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist*, *55*, 5-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- 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. doi: 10.1186/1477-7525-5-63.

- Trompetter, H., Kleine, E., & Bohlmeijer, E. (2016). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*. Advance online publication. doi: 10.1007/s10608-016-9774-0.
- Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119. doi:10.1007/s10804-009-9082-y.
- Willemsen, J., Markey, S., Declercq, F., & Vanheule, S. (2010). Negative emotionality in a large community sample of adolescents: The factor structure and measurement invariance of the short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). *Stress and Health*, 27, 120-128. doi: 10.1002/smi.1342.
- World Health Organization, & Wonca. (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *A call for action by world health ministers*. Geneva, Switzerland: Department of Mental Health and Substance Dependence.
- World Health Organization. (2003). *Investing in mental health*. Geneva, Switzerland: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health.