

Kelly Pavão Monte

Caraterização da Saúde Mental numa população jovem dos
Açores: da psicopatologia ao bem-estar

Universidade Fernando Pessoa

Porto | 2014

Kelly Pavão Monte

Caraterização da Saúde Mental numa população jovem dos
Açores: da psicopatologia ao bem-estar

Universidade Fernando Pessoa

Porto | 2014

Kelly Pavão Monte

Caraterização da Saúde Mental numa população jovem dos
Açores: da psicopatologia ao bem-estar

Kelly Pavão Monte

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Professora Doutora Carla Fonte e da Mestre Sónia Alves, como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, ramo Psicologia Clínica e da Saúde

RESUMO

Em termos históricos, a investigação da saúde mental alicerçou-se nos pressupostos teóricos do modelo médico, que a define como a ausência de doença mental ou psicopatologia. Recentemente, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) definiu a saúde mental como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, pode lidar com o *stress* normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar um contributo a si ou à sua comunidade”. Esta definição associa-se ao modelo de saúde, para o qual a saúde mental, para além da ausência de doença mental, envolve o bem-estar, designada por alguns autores de saúde mental positiva (Keyes, 2005). Neste sentido, apresenta-se um estudo, que tem como objetivo caracterizar a saúde mental de jovens adultos açorianos relativamente à doença mental/psicopatologia e à saúde mental positiva/bem-estar. Neste estudo, participaram 157 jovens adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, residentes na ilha de São Miguel, Açores. Os dados foram recolhidos com recurso a um Questionário Sócio-Demográfico, à Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS), à Escala Continuum de Saúde Mental-Versão Reduzida (Adultos) (MHC-SF) e à Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21). Globalmente, os resultados evidenciam que os participantes apresentam baixos níveis de psicopatologia, nomeadamente depressão, ansiedade e *stress* e, altos níveis de bem-estar/saúde mental positiva. Em suma, estes resultados ressaltam a importância de promoção da saúde mental.

Palavras-Chave: Jovens; Saúde mental positiva; Depressão; Ansiedade; *Stress*.

ABSTRACT

Historically, the investigation of mental health based its foundations on the theoretical assumptions of the medical model, which defines it as the absence of mental illness or psychopathology. Recently, the World Health Organization (WHO, 2005) defined mental health as "a state of well-being in which the individual realizes his own abilities, can cope with the normal stresses of life, work productively and fruitfully and is able to make a self contribution or one for is own community". This definition is associated with health model, for which mental health beyond the absence of mental illness, involves the well-being, designated by some authors of positive mental health (Keyes, 2005). In this sense, we present a study that aims to characterize the mental health of young azorean adults relatively to mental illness/psychopathology and positive mental health/well-being. This study involved 157 young adults aged 18 to 30 years, residents on São Miguel's island, Azores. Data was collected using a sociodemographic questionnaire, Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS), Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) and the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Overall, the results suggest that participants have low levels of psychopathology, including depression, anxiety and stress, and high levels of positive mental health/well-being. In sum, these results highlight the importance of mental health promotion.

Key-words: Young adults; Positive mental health; Depression; Anxiety; Stress.

AGRADECIMENTOS

A finalização desta etapa é, sem dúvida, um marco importante na minha vida pessoal e profissional. Contudo, este processo não teria sido tão gratificante se não tivesse sido acompanhada de personalidades tão distintas como especiais.

Assim, em primeiro lugar, gostaria de agradecer de uma forma muito especial e sincera à impulsionadora e orientadora deste projeto, a Professora Doutora Carla Fonte, pelos conhecimentos transmitidos, pelo profissionalismo, rigor e meticulosidade do seu método de trabalho e pela sua disponibilidade, paciência e atenção mesmo quando o tempo era escasso. E ainda pela sua energia positiva, palavras de alento, confiança e encorajamento que me ajudaram a chegar até aqui. Enfim, o meu muito obrigado por tudo.

Agradeço ainda, com muito carinho, à professora Sónia Alves pelo grande empenho e motivação em conduzir este trabalho, demonstrando sempre muita dedicação ao longo do mesmo. Para além disso, estou-lhe grata por toda a disponibilidade, paciência, atenção, alento, confiança e amizade, tanto nos momentos mais felizes como nos mais difíceis. Um muito obrigado por tudo.

Sem dúvida não teria conseguido realizar este meu sonho sem a ajuda incondicional dos meus pais, que me transmitiram sentimentos e valores tão nobres e que me ensinaram a olhar, lutar e enfrentar a vida como um desafio. Um obrigado em especial à minha mãe, que me transmitiu o seu espírito guerreiro e me acompanhou de forma incondicional ao longo deste percurso. Ao meu irmão Álvaro, agradeço todo o carinho, paciência, atenção e disponibilidade com que sempre me brindou ao longo deste percurso. Agradeço ainda ao Hugo Ferreira todo o companheirismo, compreensão, paciência, atenção, amor, amizade e as palavras doces com que sempre me presenteou ao longo destes cinco anos, tornando possível o impossível só para me ver sorrir.

Durante este projeto fui acompanhada por pessoas extraordinárias, as quais não poderia deixar de agradecer. Umas mais perto fisicamente e outras sempre no coração. Assim, agradeço à Ana Sofia Botelho, à Joana Benevides, à Soraia Ribeiro, à Ana Rita Tavares, à Carla Medeiros e à Tânia Pimentel, por fazerem parte da minha vida, pela amizade e por todos os momentos deliciosos que marcaram este percurso e dos quais nunca me

esquecerei. Por outro lado, gostaria de agradecer às pessoas fantásticas que me permitiram aprender, brincar e crescer e que me deixaram entrar no seu mundo. Então agradeço à Sofia Andrade, ao Hélder Pereira, à Sandra Oliveira e à Karina Almeida pela ajuda na adaptação e pelo carinho; à Ana Oliveira por todo o apoio e partilha de experiências e conhecimento; ao João Leal, à Emília Lascasas, à Marina Dias, à Ana Ribeiro e à Dona Fernanda Bastos, pela partilha de sorrisos, receios, preocupações, mas acima de tudo por me marcarem de forma tão positiva. Por fim, mas não menos importante, agradeço à minha querida Cátia Rocha pela amizade, atenção, disponibilidade e ajuda em todos os momentos, tornando este percurso mais sorridente.

Um agradecimento muito especial a todos os professores que me acompanharam ao longo destes cinco anos de formação que, através da sua partilha de ensinamentos e conhecimentos, fizeram com que me apaixonasse por esta área tão nobre que é a psicologia.

Por fim, gostaria de agradecer a todos quantos aceitaram participar neste projeto, pois sem eles este trabalho não seria possível.

Um obrigado sincero a todos!

ÍNDICE

Resumo.....	VI
Abstract.....	VII
Agradecimentos.....	VIII
Índices de Tabelas.....	XI
Índice de Anexos.....	XIV

Introdução.....	1
-----------------	---

PARTE I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Saúde mental positiva/Bem-estar

1.1. Sobre a saúde mental: para além da abordagem psicopatológica.....	4
1.2. Bem-estar.....	10
1.2.1. Bem-estar hedónico/emocional.....	13
1.2.2. Bem-estar eudaimónico/ psicológico.....	18
1.2.3. Bem-estar social.....	23
1.3. Síntese integrativa.....	28

Capítulo II- Psicopatologia/Doença mental

2.1. Depressão.....	29
2.2. Ansiedade.....	34
2.3. <i>Stress</i>	38
2.4. Síntese integrativa.....	43

PARTE II – Estudo Empírico

Capítulo III – Caracterização da saúde mental numa população jovem dos açores: da psicopatologia ao bem-estar

3.1. Objetivos do estudo.....	46
3.2. Método.....	47
3.2.1. Amostra.....	47
3.2.2. Instrumentos.....	51
3.2.2.1. Questionário sócio-demográfico.....	51
3.2.2.2. Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh.....	51
3.2.2.3. Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (Adultos) (MHC-SF).....	52
3.2.2.4. Escala de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> (EADS-21).....	53
3.2.3. Procedimento.....	55
3.3. Análise de dados.....	56
3.4. Discussão dos resultados.....	72
3.5. Conclusão.....	81
Referências Bibliográficas	84
Anexos	105

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Sintomas de saúde mental positiva (adaptado de Keyes, 2005).....	6
Tabela 2. Construtos do bem-estar social por nível de análise e continuum de mensuração (adaptado de Keyes & Shapiro, 2004).....	24
Tabela 3. Caracterização sócio-demográfica dos participantes quanto ao estado civil, habilitações académicas, situação profissional, agregado familiar, número de filhos e concelho de residência.....	48
Tabela 4. Caracterização sócio-demográfica dos participantes relativamente ao motivo para sair da ilha e à participação em atividades não remuneradas.....	49
Tabela 5. Caracterização sócio-demográfica dos participantes em função do motivo de acompanhamento psicológico, ingestão de medicação psiquiátrica e satisfação com a rede de cuidados de saúde.....	50
Tabela 6. Coeficientes de consistência interna da MHC-SF no presente estudo.....	53
Tabela 7. Coeficientes de consistência interna da EADS-21 no presente estudo.....	55
Tabela 8. Caracterização da saúde mental dos participantes em relação à depressão, à ansiedade e ao <i>stress</i>	57
Tabela 9. Caracterização da saúde mental dos participantes em relação em bem-estar mental em geral (WEMWBS), ao bem-estar emocional, ao bem-estar social e ao bem-estar psicológico.....	57
Tabela 10. Caracterização dos estados de saúde mental positiva dos participantes...	58

Tabela 11. Correlações entre a depressão, a ansiedade e o <i>stress</i> e o bem-estar mental em geral (WEMWBS), o bem-estar emocional, o bem-estar social, o bem-estar psicológico e os estados de saúde mental positiva (<i>flourishing</i> , saúde mental moderada e <i>languishing</i>).....	59
Tabela 12. Diferenças entre os jovens dos 18 aos 25 anos de idade e os jovens entre os 26 e os 30 anos de idade, ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (<i>flourishing</i> , saúde mental moderada e <i>languishing</i>).....	60
Tabela 13. Diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino, ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (<i>flourishing</i> , saúde mental moderada e <i>languishing</i>).....	61
Tabela 14. Diferenças entre os indivíduos solteiros e os indivíduos casados, ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (<i>flourishing</i> , saúde mental moderada e <i>languishing</i>).....	62
Tabela 15. Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (<i>flourishing</i> , saúde mental moderada e <i>languishing</i>) em função das habilitações académicas.....	63
Tabela 16. Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (<i>flourishing</i> , saúde mental moderada e <i>languishing</i>) em função da situação profissional.....	64

Tabela 17. Diferenças entre indivíduos com filhos e indivíduos sem filhos, ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (<i>flourishing</i> , saúde mental moderada e <i>languishing</i>).....	65
Tabela 18. Diferenças entre os indivíduos com um filho e os indivíduos com mais do que um filho, ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (<i>flourishing</i> , saúde mental moderada e <i>languishing</i>).....	66
Tabela 19. Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico, e dos estados de saúde mental positiva (<i>flourishing</i> , saúde mental moderada e <i>languishing</i>) em função do concelho de residência.....	67
Tabela 20. Diferenças quanto ao desejo de sair da ilha, ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (<i>flourishing</i> , saúde mental moderada e <i>languishing</i>).....	68
Tabela 21. Diferenças no respeitante à participação em atividades não remuneradas, ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (<i>flourishing</i> , saúde mental moderada e <i>languishing</i>).....	69
Tabela 22. Diferenças entre os indivíduos que tiveram ou têm acompanhamento psicológico e os indivíduos que nunca tiveram acompanhamento psicológico, ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (<i>flourishing</i> , saúde mental	

moderada e *languishing*)..... 70

Tabela 23. Diferenças entre os indivíduos que frequentam e os indivíduos que não frequentam a rede de cuidados de saúde, ao nível da depressão, da ansiedade, do *stress*, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (*flourishing*, saúde mental moderada e *languishing*)..... 71

Tabela 24. Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do *stress*, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (*flourishing*, saúde mental moderada e *languishing*) em função do grau de satisfação com a rede de cuidados de saúde..... 72

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I. Critérios de diagnóstico para a Perturbação Depressiva Major.....	106
Anexo II. Questionário sócio-demográfico.....	111
Anexo III. Versão Portuguesa da Escala de Bem-estar Mental de Warwick-Edinburg (WEMWBS).....	114
Anexo IV. Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (Adultos) (MCH-SF).....	116
Anexo V. Escala de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> (EADS-21).....	118
Anexo VI. Declaração de Consentimento.....	120

Introdução

De acordo com a literatura, a saúde mental tem sido definida como a ausência de doenças mentais, como a depressão ou a ansiedade (Keyes, 2005; Moreira, Melo, Pires, Crusellas & Lima, 2005; Westerhof & Keyes, 2010).

Alguns estudos mostram que a saúde mental, tal como a doença mental, acarreta importantes consequências no funcionamento individual dos sujeitos e na sociedade (Westerhof & Keyes, 2010). Deste modo, evidencia-se como importante o estudo da saúde mental para além da ausência de doença mental, ou seja, impõe-se o estudo da saúde mental positiva, que, em conjunto, compõem a saúde mental completa (Westerhof & Keyes, 2010).

O estudo deste conceito mostra-se de especial importância, uma vez que este ainda se encontra extremamente vinculado à noção de doença mental, ou seja, a literatura na área descreve-nos o conceito de saúde mental como ausência de doença mental, muito de acordo com o modelo biomédico, negligenciando os aspetos emocionais, psicológicos e sociais que definem o conceito de saúde mental positiva e que contribuem para a construção do conceito de saúde mental (Keyes, 2002).

Inúmeros estudos demonstram que a promoção da saúde mental positiva pode influenciar o desenvolvimento de perturbações como a ansiedade e a depressão, demonstrando a importância da sua promoção na população (Westerhof & Keyes, 2010). Assim, Keyes (2005) sugere que os investigadores e os médicos devem ter em conta, não só a doença mental, mas também a saúde mental positiva.

Neste sentido, este estudo apresenta como objetivo geral a caracterização da saúde mental de jovens açorianos, focada na análise dos níveis de psicopatologia, bem como nos níveis de saúde mental positiva/bem-estar.

O presente estudo encontra-se estruturado em duas partes que se relacionam entre si, sendo uma de carácter concetual e teórico e outra de carácter empírico.

A primeira parte é composta por dois capítulos, o primeiro sobre saúde mental, especialmente sobre saúde mental positiva, onde abordamos o estado da arte da definição deste conceito e os principais estudos nesta área. O segundo capítulo debruça-se sobre a doença mental, nomeadamente a depressão, ansiedade e *stress*, onde

espelhamos o estado da arte da definição, classificação e os principais estudos sobre as referidas psicopatologias.

A segunda parte refere-se ao estudo empírico realizado e é composto por um capítulo onde são apresentados os objetivos, a metodologia, a análise estatística, a discussão dos resultados e a conclusão. A conclusão inclui a reflexão sobre os principais contributos e implicações da investigação, as limitações inerentes e sugestões de possíveis focos para estudos futuros.

Enquadramento Teórico

Capítulo I – Saúde Mental Positiva/Bem-Estar

1.1. Sobre a saúde mental: para além da abordagem psicopatológica

Até há pouco tempo, a saúde e o bem-estar encontravam-se relacionados com a ausência de doença (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2011; Keyes, 2007; Ryan, Huta & Deci, 2008) e, a saúde mental permanecia indefinida e não mensurável (Keyes, 2007), o que tem vindo a ser ultrapassado com o auxílio da Psicologia Positiva (Matos et al, 2010; Ruini & Fava, 2013).

O conceito de saúde mental teve origem na psiquiatria, onde os indivíduos eram considerados ou doentes mentais ou mentalmente saudáveis. Esta posição assentava no pressuposto de que as medidas de doença mental e saúde mental consistiam numa dimensão bipolar única (Keyes, 2005; Keyes & Shapiro, 2004). Assim, este conceito encontrava-se definido numa perspectiva psicopatológica, inerente ao modelo biomédico, no qual a avaliação psicológica consistia principalmente na identificação de indivíduos funcionais e indivíduos disfuncionais (Pais-Ribeiro, 2001).

O desejo crescente em prevenir a doença e promover a saúde evidenciou a necessidade de regresso às medidas que diferenciassem o nível de saúde mental dos sujeitos, em vez de se avaliar apenas a presença ou a ausência de psicopatologia (Pais-Ribeiro, 2001).

Deste modo, a investigação na área tem demonstrado que a saúde mental não inclui apenas a ausência de doença mental, mas também a presença de algo positivo, designado de saúde mental positiva (Keyes, 2002; 2004; 2005; 2006a; 2007; Keyes, Dhingra & Simoes, 2010; Keyes & Shapiro, 2004; Pais-Ribeiro, 2001).

Assim, inúmeros autores definem a saúde mental positiva como uma síndrome de sintomas de sentimentos positivos e funcionamento positivo, operacionalizada através de medidas de bem-estar, no qual o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, lida com o *stress* normal da vida, trabalha de forma produtiva (Keyes, 2002; 2005; 2007; Keyes & Shapiro, 2004) e frutífera (WHO, 2005), estabelece relações positivas com outros indivíduos (Keyes, 2002; 2005; 2007; Keyes & Shapiro, 2004) e é capaz de dar um contributo a si ou à sua comunidade (WHO, 2005).

Como é possível verificar, esta definição apresenta três componentes principais – o bem-estar, o funcionamento individual eficaz e o funcionamento eficaz na comunidade

(Keyes, 2007; Keyes & Shapiro, 2004; Westerhof & Keyes, 2010), que, em conjunto, compõem a definição de saúde mental positiva (Lamers et al., 2011).

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013), a saúde mental e o bem-estar são fundamentais para o desenvolvimento pessoal e interpessoal do ser humano, devendo a sua promoção, proteção e recuperação constituírem preocupações vitais dos indivíduos, comunidades e sociedades.

De acordo com diversos autores, a saúde mental e a doença mental não são extremos opostos de um mesmo *continuum*, mas sim eixos distintos, de *continuums* diferentes, que se interseccionam, sugerindo que a saúde mental deve ser observada como um estado completo (Keyes, 2002; 2005; Keyes et al., 2010; Keyes & Shapiro, 2004; Waterhof & Keyes, 2010). Portanto, num contínuo encontra-se a presença ou ausência de saúde mental positiva e no outro a presença ou ausência de doença mental (Keyes et al., 2010; Keyes & Lopez, 2002, citados por Keyes & Shapiro, 2004; Keyes, 2002; Waterhof & Keyes, 2010).

Quase cinquenta anos de pesquisa nesta área identificaram treze sintomas (Tabela 1) ou medidas de saúde mental positiva que, quando analisados, representam a estrutura de bem-estar (Keyes, 2002; 2005, 2006a). Importante será referir que, sem intenção, a pesquisa sobre bem-estar encontrou um conjunto de sintomas de saúde mental que espelha o conjunto de sintomas utilizados no DSM-IV-TR (APA, 2002) para diagnóstico de Perturbação Depressiva Major (Keyes, 2002; 2007). Da mesma forma que a depressão implica humor depressivo, anedonia e mau funcionamento (Keyes, 2002), a saúde mental positiva implica sintomas hedônicos ou vitalidade emocional, sentimentos positivos em relação à vida e presença de sintomas de funcionamento positivo (Keyes, 2007).

Tabela 1. Sintomas de saúde mental positiva (adaptado de Keyes, 2005).

Crítérios de diagnóstico	Descrição do sintoma
Hedonismo: requer um alto nível em pelo menos um sintoma da escala	<ol style="list-style-type: none">1. Regularmente alegre, de bom humor, feliz, calmo e pacífico, satisfeito, e cheio de vida (efeito positivo nos últimos 30 dias)2. Sente-se feliz ou satisfeito com a vida em geral ou domínios da vida
Funcionamento positivo: requer alto nível em seis ou mais sintomas da escala	<ol style="list-style-type: none">3. Autoaceitação4. Aceitação social5. Crescimento pessoal6. Atualização social7. Propósito na vida8. Contribuição social9. Domínio ambiental10. Coerência social11. Autonomia12. Relações positivas com os outros13. Integração social

Para que os indivíduos sejam diagnosticados como *flourishing*, devem apresentar pelo menos sete dos treze possíveis sintomas de bem-estar, ou mais, do total dos possíveis sintomas de saúde mental positiva (Keyes, 2005). De modo mais específico, os indivíduos devem apresentar níveis elevados numa das duas escalas de bem-estar emocional e níveis elevados em seis das onze escalas de funcionamento positivo, que envolve o bem-estar psicológico e o bem-estar social (Keyes, 2002).

Portanto denota-se que o estado de *flourishing* consiste numa combinação de bem-estar emocional e funcionamento positivo na vida, que se reflete no bem-estar psicológico e no bem-estar social (Keyes, 2002; 2004; 2005; Keyes et al., 2010).

Por outro lado, os indivíduos também podem ser diagnosticados como *languishing*, que é definido como um estado de saúde mental no qual o indivíduo apresenta baixos níveis

de bem-estar, embora não se encontre deprimido (Keyes, 2002; 2004; 2005; Keyes et al., 2010).

Neste sentido, para que os indivíduos sejam diagnosticados com *languishing*, estes devem apresentar baixos níveis numa das duas escalas de bem-estar emocional e baixos níveis em seis das onze escalas de funcionamento positivo (Keyes, 2002; 2004; 2005; Keyes et al., 2010).

Os adultos que apresentam saúde mental moderada não preenchem nem os critérios de *flourishing* nem de *languishing* (Keyes, 2002).

Os sintomas hedônicos mostram-se essenciais para o diagnóstico da saúde mental positiva, fazendo com que os indivíduos tenham de manifestar elevados níveis de satisfação ou sentimentos positivos (Keyes, 2005).

Neste sentido, estudos com adolescentes evidenciam que a maioria dos adolescentes se encontra em *flourishing* (44.7%), seguindo-se os adolescentes com saúde mental moderada (38.9%), e por fim os adolescentes diagnosticados como *languishing* (16,4%). O sexo masculino apresenta níveis mais elevados em comparação com o sexo feminino e, verifica-se que existe um maior número de rapazes em *flourishing* do que raparigas (Matos et al., 2010).

Neste estudo observou-se ainda que os adolescentes mais jovens apresentam níveis mais altos de bem-estar do que os adolescentes mais velhos (Matos et al., 2010), o que vai de encontro aos resultados obtidos por Keyes (2006a). Este autor verificou que o diagnóstico de *flourishing* era mais prevalente entre os adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos e que os jovens entre os 15 e os 18 anos apresentavam maior prevalência de saúde mental moderada.

Os jovens que se encontram em *flourishing* manifestam menos sintomas depressivos e problemas de conduta e em geral apresentam níveis mais elevados de autoconceito, autodeterminação, proximidade com outras pessoas e integração na escola. Os jovens diagnosticados como *languishing* expressam o oposto (Keyes, 2006a).

Keyes e colaboradores (2012), ao estudarem a saúde mental positiva e a doença mental em jovens entre os 18 e os 30 anos de idade, ou mais, verificaram que a perturbação mais frequentemente relatada (7.9%) era a Depressão Major, seguindo-se a Ansiedade

Generalizada (5.9%) e a Perturbação de Pânico (3.9%). Neste estudo, a maioria dos jovens encontrava-se em *flourishing* (51.8%), seguindo-se os jovens com saúde mental moderada (44.6%) e por fim os jovens em *languishing* (3.6%). Dos estudantes em *languishing*, 49.8% preenche os critérios de Depressão Major, enquanto nos jovens com saúde mental moderada essa percentagem baixa para 11.6% e nos jovens em *flourishing* baixa para 1.7%, o que evidencia a relação entre os níveis de saúde mental positiva e doença mental. Este estudo ainda evidencia que a presença de doença mental não implica a ausência de saúde mental moderada ou *flourishing* e que a ausência de doença mental não envolve, igualmente, a presença de saúde mental positiva (*flourishing*). O que reforça a ideia de que a saúde mental e a doença mental consistem em eixos distintos de diferentes *continuums*, embora correlacionados.

No que respeita ao estudo da saúde mental em adultos, Keyes (2002), um dos grandes investigadores nesta área da psicologia, ao estudar a epidemiologia da saúde mental nesta perspetiva positiva, verificou que a maioria dos adultos não apresentava um episódio depressivo (85,9%). Apenas 1.7 destes adultos eram diagnosticados como *flourishing*, 12.1% eram diagnosticados como *languishing* e pouco mais de metade eram diagnosticados com saúde mental moderada. Dos indivíduos que haviam apresentado um episódio depressivo durante o ano passado (14.1%), a maioria foi diagnosticado com saúde mental moderada (8,5%), seguindo-se os indivíduos diagnosticados com *languishing* (4.7%) e apenas 0.9% foram diagnosticados como *flourishing*. Ou seja, relativamente poucos adultos sem presença de doença mental durante o ano passado se encontram em *flourishing*, estes resultados vão de encontro aos alcançados por Keyes em 2005.

Comparado com os adultos em *flourishing*, os adultos com saúde mental moderada revelam cerca de duas vezes mais probabilidade de apresentar Depressão Major, enquanto os adultos em *languishing* apresentam cerca de seis vezes mais probabilidade de desenvolver esta psicopatologia (Keyes, 2002).

Lindstrom e Rosvall (2012) ainda constataram que as mulheres apresentam piores níveis de saúde mental, bem como indivíduos solteiros, divorciados e viúvos.

Sendo a saúde mental positiva composta pelo bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social, Westerhof e Keyes (2010) observaram que os adultos apresentam níveis mais elevados de bem-estar emocional e níveis mais baixos de bem-

estar psicológico que os jovens adultos. Para além disso, também foi possível constatar que as pessoas mais velhas apresentam melhores níveis de bem-estar emocional, piores níveis de bem-estar psicológico e os mesmos níveis de bem-estar social que os adultos mais jovens.

No que respeita às limitações inerentes à ausência de saúde mental positiva, denotou-se que os adultos em *flourishing* são os que menos expressam dificuldades na realização das atividades de vida diária, ao contrário dos indivíduos em *languishing*. Esta situação agrava-se nos casos em que existe comorbidade com a depressão, pois estes indivíduos manifestam limitações na sua vida em geral (Keyes, 2002; 2005).

Keyes (2005) observou que os indivíduos que se encontravam em puro *languishing* eram tão ou mais disfuncionais que os indivíduos com doença mental.

Existem também evidências de que os indivíduos em *languishing* têm maior probabilidade de desenvolver uma doença cardiovascular, em comparação com indivíduos em *flourishing*, e a mesma probabilidade que os indivíduos com depressão (Keyes, 2004; 2005). Esta probabilidade aumenta em indivíduos diagnosticados com *languishing* e depressão. Em geral, todos os indivíduos que não se encontrem em *flourishing* apresentam maior probabilidade de desenvolver uma doença cardiovascular, sendo as mulheres por volta dos 45 anos quem apresentam maior prevalência desta doença (Keyes, 2004).

Relativamente aos diagnósticos de saúde mental positiva, Keyes e colaboradores (2010) notaram que estes diminuíram, ao passo que as perdas de saúde mental aumentaram, aumentando assim a probabilidade de incidência de doença mental na população. Segundo Keyes (2005), esta diminuição nos diagnósticos de *flourishing* deve-se a maiores níveis de disfunções em termos de redução de trabalho, limitações de saúde e funcionamento psicossocial.

Portanto, a saúde mental positiva pode ser um preditor ou um fator de risco de doença mental (Keyes, 2002; Keyes et al., 2010), ao que a sua promoção e proteção pode reduzir a incidência da doença mental na população (Keyes et al., 2010).

Neste estudo, para a avaliação deste conceito será utilizado o questionário *Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)*, traduzida e aferida para a população portuguesa. Este questionário foi desenvolvido devido à necessidade de um questionário

reduzido que abrangesse o bem-estar emocional, o bem-estar psicológico e o bem-estar social. Assim, este instrumento é composto por catorze itens que envolvem o bem-estar emocional, psicológico e social e foca-se apenas nos aspetos do bem-estar (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2011).

Em suma, a saúde mental deve ser entendida através da presença ou ausência de psicopatologia, bem como a presença ou ausência de saúde mental positiva/bem-estar (Keyes, 2002; 2004; 2005; 2006a; 2007; Keyes et al., 2010; Keyes & Shapiro, 2004; Pais-Ribeiro, 2001). Como é possível verificar nos estudos supracitados, esta última componente da saúde mental (saúde mental positiva) pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento de doença mental (Keyes, 2002; Keyes et al., 2010), denotando-se crucial a sua promoção e prevenção (Keyes et al., 2010).

Deste modo, seguidamente, apresentar-se-á, de forma aprofundada, o conceito de bem-estar que, como já referido ao longo deste estudo, reflete o conceito de saúde mental positiva.

1.2. Bem-estar

O bem-estar é considerado um tema complexo, existindo portanto alguma dificuldade na sua delimitação concetual. Esta dificuldade deve-se, na maioria dos casos, ao seu carácter temporal e à diversidade de enfoques, o que tem dificultado o consenso quanto à sua concetualização e medição (García & Hombrados, 2002, citado por Arriagada & Salas, 2009; García-Viniegras & Benitez, 2000).

O bem-estar consiste num conceito chave na noção de saúde (Siqueira & Padovam, 2008) e encontra-se intimamente relacionado com o conceito de felicidade (Albuquerque & Lima, 2007). Embora, atualmente, os indivíduos não despendam muito tempo para refletir acerca dos seus momentos de felicidade ou de completa realização pessoal (Siqueira & Padovam, 2008), há um crescente interesse em estudar os processos implícitos nas experiências de vida felizes, por forma a promover o bem-estar (Albuquerque & Lima, 2007).

Segundo Ryan e Deci (2001), o conceito de bem-estar refere-se ao ótimo funcionamento psicológico e experiências positivas.

Na perspectiva de García-Viniegras e Benitez (2000), o bem-estar consiste numa experiência humana vinculada ao presente e com alguma projeção no futuro, pois assenta em realizações. Neste sentido, o bem-estar nasce do balanço entre as expectativas e as realizações, o que é determinado por muitos autores como satisfação.

Para outros autores, o bem-estar compreende o resultado dinâmico das avaliações dos indivíduos acerca das suas relações, as suas condições de vida e o meio envolvente (Gómez, Gutiérrez, Castellanos, Vergara & Pradilla, 2010; Keyes, 2006b).

Diversos pesquisadores encontram-se interessados em estudar este conceito (bem-estar), avaliando o quanto as pessoas se consideram felizes ou o quão são capazes de realizar em pleno as suas potencialidades (Neri, 2002; Siqueira & Padovam, 2008) e relacionam-no com felicidade, qualidade de vida, saúde mental, bem como com variáveis pessoais e contextuais (Ballesteros, Medina & Caycedo, 2006). Estes estudos, apesar de utilizarem abordagens diferentes, estudam um mesmo tema – o bem-estar (Siqueira & Padovam, 2008).

Desde a Antiga Grécia, que os teóricos se encontram interessados no estudo deste construto, sendo que nas últimas três décadas alguns estudiosos se focaram na construção deste conceito, para além do estudo da felicidade, e em encontrar evidências científicas sobre o mesmo (Ryan, Huta & Deci, 2008; Siqueira & Padovam, 2008) o que permitiu o aumento do mapa conceptual deste (Díaz et al., 2006; Ryan et al., 2008).

Deste modo, após algumas décadas de investigação, o bem-estar conseguiu integrar-se no campo científico da Psicologia e tornar-se num dos temas mais discutidos, conduzindo muitos pesquisadores ao interesse pela compreensão dos fatores psicológicos que fazem parte de uma vida saudável (Siqueira & Padovam, 2008).

Estes estudos sobre bem-estar refletem a crescente consciência de que os afetos positivos não são o oposto dos afetos negativos, tal como o bem-estar não representa a ausência de doença mental (Ryan & Deci, 2001).

Após a 2ª Grande Guerra Mundial, a Psicologia focou-se principalmente num objetivo corretivo de intervenção na psicopatologia, ofuscando a promoção do bem-estar e o crescimento pessoal (Haydée & Ramón, 2003). Deste modo, a Psicologia Positiva desempenhou um papel importante na ampliação do foco de interesse da Psicologia,

pois visava que esta se debruçasse não apenas sobre a melhora da psicopatologia, como também sobre o crescimento pessoal, o bem-estar e a promoção do mesmo (Ryan & Deci, 2001; Seligman, 2002).

Neste sentido, inúmeras pesquisas científicas sobre bem-estar distinguem duas perspectivas distintas acerca do mesmo, sendo que uma se centra no bem-estar hedónico (ou bem-estar emocional) e outra no bem-estar eudaimónico (bem-estar psicológico) (Albuquerque & Lima, 2007; Díaz et al., 2006; Keyes & Shapiro, 2004; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002, citado por Zubieta & Delfino, 2010; Ryan e Deci 2001; Ryan et al., 2008; Siqueira & Padovam, 2008; Vivaldi & Barra, 2012; Waterman, 1993, citado por Ryff & Keyes, 1995; Westerhof & Keyes, 2010; Wood & Joseph, 2010).

Segundo Ryan e Deci (2001), estas duas filosofias de bem-estar baseiam-se em visões distintas da natureza humana e do que constitui uma boa sociedade. Portanto, debruçam-se sobre diferentes questões acerca dos processos de desenvolvimento e sociais relativamente ao bem-estar e, implícita ou explicitamente, prescrevem diferentes perspectivas de vida (Ryan & Deci, 2001).

Em suma, o bem-estar pode ser compreendido como uma entidade multidimensional que inclui o bem-estar emocional e o bem-estar psicológico (Keyes & Shapiro, 2004; Keyes et al., 2002, citados por Albuquerque & Lima 2007; Ryan & Deci, 2001) e o bem-estar social (Keyes, 1998).

Neste estudo, por forma a avaliar o bem-estar dos participantes será utilizado o instrumento Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS), para a população portuguesa.

Esta escala avalia a saúde mental positiva da população em geral e é composta por catorze itens. Estes envolvem, especificamente, a avaliação do afeto positivo – sentimentos de otimismo, alegria e relaxamento – do funcionamento positivo – energia, clareza de pensamento, autoaceitação desenvolvimento pessoal, competência e autonomia – e das relações interpessoais (Bartram, Sinclair & Baldwin, 2013).

Deste modo, os pontos que se seguem concetualizam estas dimensões do bem-estar, para melhor se compreender as componentes da saúde mental, nesta perspectiva positiva.

1.2.1. Bem-estar hedônico/emocional

O estudo do bem-estar emocional objetiva a compreensão da avaliação que os indivíduos fazem das suas vidas (Agner, 2010; Albuquerque & Tróccoli, 2004; Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita, 2000; Diener & Chan, 2011; Diener, Suh & Oishi, 1997, citados por Siqueira & Padovam, 2008; Lucas & Diener, 2008; Martínez et al., 2004; Veenhoven, 1994). Estas avaliações envolvem reações emocionais aos acontecimentos de vida e julgamentos sobre a satisfação com a vida, bem como sobre os domínios específicos da mesma (Diener & Chan, 2011; Diener et al., 2002; Diener et al., 2003).

O bem-estar emocional tem sido alvo de interesse por parte dos investigadores nos últimos anos (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener et al., 2003; Jovanovic, 2011), sendo-lhe atribuídas diversas nomeações, tais como felicidade (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener, 1984; 1994; Diener & Diener, 1996; Diener et al., 2003; Haydée & Ramón, 2003; Jovanovic, 2011; Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Neri, 2002; Shin & Johnson, 1978), satisfação com a vida (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener et al., 2003; Haydée & Ramón, 2003; Jovanovic, 2011; Neri, 2002; Veenhoven, 1994), estado de espírito, afeto positivo (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Bradburn, 1969, citado por Zubieta & Delfino, 2010; Jovanovic, 2011; Neri, 2002) ou afetos negativos (Bradburn, 1969, citado por Zubieta & Delfino, 2010). Para alguns autores este construto ainda representa uma avaliação subjetiva da qualidade de vida (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Neri, 2002). A definição e mensuração destes conceitos ainda permanecem confusas (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener, 1994; Martín, 2002), o que dificulta o estudo do mesmo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Jovanovic, 2011).

Este conceito apareceu no final dos anos 50, através de sociólogos e pesquisas acerca da qualidade de vida, para monitorizar mudanças sociais e implementação de políticas sociais (Diener et al., 2003; Land, 1975, citado por Siqueira & Padovam, 2008;).

Na década de 1960, outros investigadores nesta área defenderam que a satisfação com a vida e a felicidade eram partes integrantes do conceito de qualidade de vida, sendo esta, atualmente, a visão contemporânea do bem-estar emocional – satisfação com a vida e afetos positivos e negativos (Diener, 1984; Siqueira & Padovam, 2008).

O bem-estar sofreu ainda influência de estudos na área da saúde mental, da personalidade e da psicologia social e cognitiva. Os estudos na área da saúde mental defendem que a felicidade e satisfação com a vida também devem fazer parte do conceito de saúde mental. Os estudos na área da personalidade estudam a relação entre esta e o bem-estar emocional. E por fim os psicólogos sociais e cognitivistas estudam a influência da adaptação e dos diversos padrões sobre o bem-estar emocional (Diener et al., 2003).

Na perspectiva de alguns autores, o bem-estar emocional necessita de autoavaliações, uma vez que apenas pode ser observado e relatado pelo próprio sujeito (Diener et al., 2003; Lucas & Diener, 2008).

Estas autoavaliações baseiam-se em concepções subjetivas, acerca da sua vida, apoiadas em expectativas, valores, emoções e expectativas prévias e encontram-se organizadas em pensamentos e sentimentos acerca da existência individual (Diener, 1984; Lucas & Diener, 2008; Siqueira & Padovam, 2008).

Embora o bem-estar emocional ressalte alguma discordância quanto à sua concetualização, o mesmo não acontece quanto às suas dimensões (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Haydée & Ramón, 2003). De acordo com diversos autores, o bem-estar emocional é composto por duas dimensões – cognitiva (satisfação com a vida) e emocional/afetiva (afetos positivos e negativos) (Agner, 2010; Atienza et al., 2000; Diener, 1984; 1994; Diener et al., 2003; Diener et al., 2002; Keyes, 2002; Haydée & Ramón, 2003; Lucas & Diener, 2008; Lucas, Diener & Suh, 1996; Martín, 2002; Martínez et al., 2004; Neri, 2002; Siqueira & Padovam, 2008; Tov & Diener, 2007), pois o bem-estar emocional envolve tanto julgamentos cognitivos como reações afetivas (Diener, 1994; Diener, 2001, citado por Agner, 2010; Diener et al., 2003; Diener et al., 2002; Tov & Diener, 2007).

Embora estas duas dimensões espelhem a avaliação dos indivíduos sobre a satisfação com a vida e se encontrem relacionadas, existem evidências de que apresentam um certo grau de independência entre si (Albuquerque & Lima, 2007; Atienza et al., 2000; Diener, 1994; Diener et al., 2003; Lucas & Diener, 2008; Lucas et al., 1996; Martín, 2002; Tov & Diener, 2007), uma vez que a componente cognitiva consiste na avaliação

global da vida como um todo e a componente afetiva em reações a eventos de vida (Diener, 1994; Martín, 2002).

No que concerne à dimensão emocional/afetiva, esta consiste no balanço entre os afetos positivos e os afetos negativos, devendo os afetos positivos serem mais frequentes que os negativos (Diener, 1994; Keyes et al., 2002, citados por Siqueira & Padovam, 2008; Lucas & Diener, 2008; Neri, 2002).

O debate entre os afetos positivos e negativos foi protagonizado por Bradburn, em 1969, sendo que este defendia que os afetos positivos e negativos consistiam em dois contínuos distintos de afetividade, com capacidade para apresentar correlações particulares com traços específicos de personalidade (Diener, 1994; Lucas & Diener, 2008; Martín, 2002; Siqueira & Padovam, 2008). Deste modo, este mesmo autor, Bradburn (1969), propôs que o bem-estar emocional seria composto por duas componentes – afetos positivos e afetos negativos (Diener, 1994; Diener et al., 1999; Lucas & Diener, 2008; Martín, 2002; Neri, 2002; Siqueira & Padovam, 2008).

Após diversos estudos acerca destas duas componentes, comprovou-se a existência das mesmas, sendo o bem-estar emocional considerado um construto psicológico que envolve experiências afetivas positivas e negativas (Diener et al., 1999; Lucas & Diener, 2008; Neri, 2002; Siqueira & Padovam, 2008).

Assim sendo, o afeto positivo consiste num contentamento hedônico (Diener, 1995, citado por Albuquerque & Tróccoli, 2004), na experiência frequente de emoções agradáveis (Diener, 1994; Jovanovic, 2011; Lucas & Diener, 2008; Martín, 2002; Lyubomirsky et al., 2005; Neri, 2002), vividas num determinado momento (Diener, 1995, citado por Albuquerque & Tróccoli, 2004). Este é um sentimento transitório de prazer, que consiste na descrição de um estado emocional (Diener, Lucas & Scollon, 2006) e é considerado uma componente importante da saúde mental (Lyubomirsky et al., 2005). Altos níveis de afetos positivos espelham altos níveis de entusiasmo, alerta (Malouff, McKenley & Hollander, 2002), energia e concentração (Siqueira & Padovam, 2008).

Por seu turno, o afeto negativo também é um sentimento transitório e envolve emoções desagradáveis (Diener, 1994; Diener et al., 2006; Jovanovic, 2011; Malouff et al., 2002), tais como ansiedade, depressão, agitação, aborrecimento, pessimismo (Diener,

1995, citado por Albuquerque & Tróccoli, 2004), raiva, medo (Malouff et al., 2002; Siqueira & Padovam, 2008), desprezo e culpa (Siqueira & Padovam, 2008).

Relativamente à dimensão cognitiva do bem-estar emocional, esta é marcada pela componente satisfação com a vida (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Campbell, 1976, citado por Agner, 2010; Diener, 1994; Diener, Suh & Oishi, 1997, citados por Jovanovic, 2011; Martín, 2002). Esta nasceu a partir das conceções de qualidade de vida, sendo, mais tarde, integrada na área do bem-estar, tornando então possível a distinção entre esta e a componente afetiva do bem-estar emocional (Siqueira & Padovam, 2008).

Portanto, a satisfação com a vida consiste num julgamento e avaliação cognitiva que o sujeito faz da sua vida em geral (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Campbell, 1976, citado por Agner, 2010; Diener, 1994; Diener, 2004, citado por Díaz & Alvarado, 2007; Diener et al., 1999; Diener et al., 1997, citados por Jovanovic, 2011; García-Viniegras & González, 2000; Haydée & Ramón, 2003; Martín, 2002; Neri, 2002) e/ou de um domínio específico da mesma, sustentada em critérios próprios do indivíduo (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener, 2004, citado por Díaz & Alvarado, 2007; Diener et al., 1999; García-Viniegras & González, 2000; Lucas & Diener, 2008; Martín, 2002; Neri, 2002; Shin & Johnson, 1978).

Esta dimensão resulta da comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo ou as suas realizações e as suas aspirações (Albuquerque & Tróccoli, 2004; García-Viniegras & González, 2000; Marsollier & Aparicio, 2011; Martín, 2002; Neri, 2002; Vennhoven, 1994) e constitui um indicador de saúde mental, focando tanto os aspetos negativos como os aspetos positivos da vida (Simões, 1992, citado por Figueiredo, Lima & Sousa, 2009).

Para outros autores, a satisfação com a vida consiste num estado psicológico que resulta da relação entre o indivíduo (personalidade), o seu ambiente micro social, que envolve variáveis como - estado civil, família, participação social, satisfação laboral, apoio social - e o seu ambiente macro social, que envolve o rendimento e a cultura (Díaz, 2001, citado por Díaz & Alvarado, 2007; Diener, 2007; García-Viniegras & González, 2000; Tov & Diener, Inglehart & Tay, 2012).

Portanto, altos níveis de bem-estar emocional envolvem frequentes experiências emocionais positivas, escassas experiências emocionais negativas e elevada satisfação com a vida em geral (Bradburn & Caplovitz, 1965, citado por Agner, 2010; Diener, 1994; Diener & Chan, 2011; Diener et al., 2002; Jovanovic, 2011). Como é espectável, o humor, as emoções e as autoavaliações alteram-se com o tempo, fazendo da satisfação com a vida um construto multidimensional e dinâmico. Importante será referir que estas alterações momentâneas não implicam a instabilidade deste conceito, pois não ofuscam um julgamento mais amplo (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Segundo Agner (2010), apesar do consenso quanto às dimensões do bem-estar emocional, ainda existe alguma discordância quanto à sua natureza, fazendo com que alguns estudiosos se foquem essencialmente na dimensão afetiva, outros na dimensão cognitiva, enquanto outros defendem a combinação das mesmas.

Existem diversas formas de avaliar o bem-estar emocional e as suas dimensões podem ser avaliadas separadamente (Diener et al., 2003).

Inúmeros são os estudos que identificam algumas variáveis que influenciam o bem-estar emocional.

Portanto, as variáveis identificadas consistem na cultura (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener et al., 2003; Figueiredo et al., 2009; Tov & Diener, 2007), na saúde (Díaz & Alvarado, 2007; Diener et al., 2003; Martín, 2002), no trabalho (Díaz & Alvarado, 2007; Harter, Schmidt & Keyes, 2003), na família (Díaz & Alvarado, 2007; Dinisman, Montserrat & Casas, 2012), na personalidade (Albuquerque & Lima, 2007; Diener et al., 2003; Jovanovic, 2011; Martín, 2002), na inteligência emocional (Austin, Sacklofske & Egan, 2005; Brackett, Mayer & Warner, 2004; Martins, Ramalho, & Morin, 2010; Schutte & Malouff, 2011; Schutte, Malouff, Simunek, McKenley & Hollander, 2002; Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, & Rooke, 2007; Van Rooy & Viswesvaran, 2004; Wing, Schutte, & Byrne, 2006), no rendimento (Díaz & Alvarado, 2007; Diener, Oishi & Lucas, 2002; Martín, 2002) nos acontecimentos de vida (Martín, 2002), bem como em variáveis sociodemográficas (Albuquerque & Lima, 2007), tais como a idade (Díaz & Alvarado, 2007; Martín, 2002), a escolaridade (Diener et al., 2003; Martín, 2002) o género e o estado civil (Díaz & Alvarado, 2007; Martín, 2002).

Díaz e Alvarado (2007), ao estudar o bem-estar emocional verificaram que os indivíduos casados apresentam níveis mais elevados de felicidade, em comparação com indivíduos solteiros. Neste estudo também é possível verificar que os jovens apresentam níveis mais baixos de bem-estar emocional que adultos mais velhos.

No que respeita à dimensão satisfação com a vida, as mulheres parecem mais satisfeitas do que os homens, bem como as pessoas casadas em comparação com as pessoas solteiras (Díaz & Alvarado, 2007).

Na perspetiva de alguns autores, o bem-estar emocional não é suficiente para definir o conceito de saúde mental (Diener, 1984; Diener & Diener, 1996), devido à fragilidade das suas formulações teóricas, dando origem à distinção entre a perspetiva hedónica e eudaimónica (Ryff & Keyes, 1995).

Portanto, no próximo ponto apresentar-se-á esta segunda tradição de forma aprofundada, focada no funcionamento positivo (Siqueira & Padovam, 2008).

1.2.2. Bem-estar eudaimónico/psicológico

O estudo da tradição de eudaimónica remonta à filosofia de Aristóteles sobre felicidade, que se foca sobre o que significa viver uma boa vida (Ryan et al., 2008).

O bem-estar psicológico ou eudaimónico surgiu devido a críticas relativamente à fragilidade das formulações do bem-estar emocional, como já referido anteriormente, bem como no facto dos estudos nesta área se focarem na infelicidade e sofrimento, negligenciando as causas e consequências do funcionamento positivo (Siqueira e Padovam, 2008).

Ryff (1989, citado por Siqueira de Padovam, 2008) e Ryff e Keyes (1995) ainda afirmam que no ceio do campo de pesquisa do bem-estar psicológico se encontram inúmeras teorias que possibilitam a construção de conceções consistentes relativamente ao funcionamento psíquico. Assim, estas teorias debruçam-se sobre o desenvolvimento (Siqueira & Padovam, 2008) e crescimento pessoal (Blanco & Díaz, 2005; Díaz et al., 2006; Keyes, 2002; Vivaldi & Barra, 2012), os estilos e formas como os indivíduos enfrentam os desafios da vida (Blanco & Díaz, 2005; Siqueira & Padovam, 2008), o esforço e interesse por conseguir o que desejam (Blanco & Díaz, 2005), bem como o

reconhecimento (Ryff, 1989, citado por Arriagada & Salas, 2009) e a realização do verdadeiro potencial individual (Ballesteros et al., 2006).

De acordo com García-Viniegras e Benitez (2000), o bem-estar psicológico manifesta o sentimento positivo e o pensamento construtivo do ser humano acerca de si próprio e encontra-se estreitamente relacionado com aspetos do funcionamento físico, psíquico e social.

Após uma aprofundada revisão de literatura, Ryff, em 1989, conclui que a estrutura de uma abordagem acerca do funcionamento psicológico positivo se apoia em diversas teorias clássicas da psicologia numa abordagem clínica, salientando-se, de entre outras, as que focam os fenómenos de individuação, autorrealização, maturidade e completo funcionamento (Díaz et al., 2006). As visões teóricas sobre o desenvolvimento humano também foram utilizadas, sendo incluídas o uso das formulações acerca dos estádios de desenvolvimento, como também as descrições de mudanças na personalidade na adultez e velhice. Paralelamente a estas visões, as proposições respeitantes à saúde mental também foram utilizadas para justificar o conceito de bem-estar como ausência de doença e revigorar o sentido de saúde psicológica (Joahoda, 1958, citado por Siqueira & Padovam, 2008).

Tendo em conta todas as conceções teóricas supracitadas, inúmeros autores (Arriagada & Salas, 2009; Ballesteros et al., 2006; Blanco & Díaz, 2005; Díaz et al., 2006; Keyes & Shapiro, 2004; Ryan et al., 2008; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2002; Ruini & Fava, 2013; Siqueira & Padovam, 2008; Wood & Joseph, 2010; Vivaldi & Barra, 2012; Zubieta & Delfino, 2010) referem o modelo integrador de seis componentes de bem-estar psicológico de Ryff (1989), sendo este reorganizado e reformulado posteriormente por Ryff e Keyes (1995), que realizaram uma distinção entre o bem-estar psicológico e o bem-estar emocional e concluíram que a satisfação com a vida pode ser considerada um indicador de bem-estar psicológico (Ballesteros et al., 2006; Blanco & Díaz, 2005; Ryff & Keyes, 1995; Zubieta & Delfino, 2010). As seis dimensões referenciadas neste modelo são a *autoaceitação*, o *relacionamento positivo com outras pessoas*, a *autonomia*, o *domínio do ambiente*, o *propósito de vida* e o *crescimento pessoal* (Arriagada & Salas, 2009; Ballesteros et al., 2006; Blanco & Díaz, 2005; Keyes, 2002; Keyes & Shapiro, 2004; Ryan et al., 2008; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2002;

Ruini & Fava, 2013; Siqueira & Padovam, 2008; Vivaldi & Barra, 2012; Zubieta & Delfino, 2010).

A *autoaceitação* é observada como o aspecto central da saúde mental e consiste numa característica que manifesta um elevado nível de autoconhecimento (Ryff & Singer, 2002; Ruini & Fava, 2013; Siqueira & Padovam, 2008), um ótimo funcionamento, maturidade (Siqueira & Padovam, 2008) e uma avaliação positiva de si mesmo e da sua vida passada (Díaz et al., 2006; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2002; Ruini & Fava, 2013; Vivaldi & Barra, 2012), tendo consciência dos seus defeitos e qualidades (Díaz et al., 2006; Ryff & Singer, 2002; Ruini & Fava, 2013; Zubieta & Delfino, 2010). Uma das principais características do funcionamento psicológico positivo consiste nas atitudes positivas sobre si mesmo (Arriagada & Salas, 2009; Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002, citados por Díaz et al., 2006; Ruini & Fava, 2013; Siqueira & Padovam, 2008) e sobre o seu passado (Arriagada & Salas, 2009; Ruini & Fava, 2013).

No que respeita ao *relacionamento positivo com outras pessoas*, esta dimensão consiste na capacidade de manter relações estreitas com outras pessoas, baseadas na empatia, confiança (Arriagada & Salas, 2009; Díaz et al., 2006; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2002; Ruini & Fava, 2013; Siqueira & Padovam, 2008; Vivaldi & Barra, 2012; Zubieta & Delfino, 2010), afeto e intimidade (Ryff & Singer, 2002; Ruini & Fava, 2013), na capacidade de amar, uma vez que esta é uma componente fundamental da saúde mental (Díaz et al., 2006), e identificação com o outro (Siqueira & Padovam, 2008).

Relativamente à *autonomia*, esta auxilia os sujeitos a manter a sua própria individualidade e autoridade pessoal, encontrando-se associada à autodeterminação (Arriagada & Salas, 2009; Díaz et al., 2006; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2002; Ruini & Fava, 2013; Vivaldi & Barra, 2012; Zubieta & Delfino, 2010). Os sujeitos com autonomia possuem maior resistência às pressões sociais (Arriagada & Salas, 2009; Ryff & Singer, 2002; Ruini & Fava, 2013; Zubieta & Delfino, 2010;) e maior capacidade de autorregular o seu comportamento (Ryff & Singer, 2002; Zubieta & Delfino, 2010).

No atinente à dimensão *domínio do ambiente*, esta consiste na capacidade do indivíduo para escolher ou criar ambientes adequados às suas características, desejos,

necessidades e valores (Arriagada & Salas, 2009; Díaz et al., 2006; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2002; Ruini & Fava, 2013; Siqueira & Padovam, 2008; Vivaldi, 2012; Zubieta & Delfino, 2010) de participação acentuada no meio onde vive, manipulação e controle de ambientes complexos (Ryff & Singer, 2002; Siqueira & Padovam) participação no trabalho e em atividades familiares e senso de competência na gestão de atividades diárias (Ruini & Fava, 2013). Esta dimensão encontra-se relacionada com a sensação de controlo do mundo e influência sobre o contexto (Díaz et al., 2006; Zubieta & Delfino, 2010) e é também considerada uma dimensão importante do funcionamento positivo (Díaz et al., 2006).

A dimensão *propósito de vida* refere-se à manutenção de objetivos e metas, fazendo com que a vida possua algum sentido e significado (Arriagada & Salas, 2009; Díaz et al., 2006; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2002; Ruini & Fava, 2013; Siqueira & Padovam, 2008; Vivaldi & Barra, 2012; Zubieta & Delfino, 2010).

A última dimensão deste modelo consiste no *crescimento pessoal* e é definida como a constante necessidade de crescimento e aprimoramento pessoais (Arriagada & Salas, 2009; Keyes et al., 2002, citados por Díaz et al., 2006; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2002; Ruini & Fava, 2013; Siqueira & Padovam, 2008; Vivaldi & Barra, 2012; Zubieta & Delfino, 2010), disponibilidade para novas experiências, enfrentando desafios que se apresentam ao longo da vida (Ryff & Singer, 2002; Ruini & Fava, 2013; Siqueira & Padovam, 2008).

Na perspetiva de Ruini e Fava (2013), as dimensões supracitadas encontram-se estreitamente relacionadas com outras componentes do funcionamento positivo, nomeadamente a gratidão, o altruísmo, o perdão, a autoestima, a autodeterminação, a motivação, a esperança, a sabedoria e o otimismo.

De acordo com Arriagada e Salas (2009), o bem-estar psicológico como construção pessoal assenta no desenvolvimento psicológico de cada indivíduo, sendo que este apresenta a capacidade para interagir harmoniosamente com o ambiente que o envolve.

Por forma a avaliar as dimensões propostas por Carol Ryff, esta desenvolveu um instrumento de avaliação, designado *Scales of Psychological Well-Being* (Escala de Bem-Estar Psicológico), composto por vinte itens por escala, apresentando na totalidade 120 itens. Devido à sua estrutura exaustiva, foram realizados alguns estudos por forma a

reduzir o número de itens por escala. Em 1995, Ryff e Keyes construíram uma versão deste instrumento mais reduzida, sendo cada escala/domínio composto por três itens (Díaz et al., 2006).

Estudos nesta área indicam que o bem-estar psicológico sofre influência de condições e objetivos específicos, tais como a situação laboral, socio-económica, segurança, cuidados de saúde, alimentação, educação e rendimento (Ballesteros et al., 2006).

Para além disso, alguns investigadores debruçaram-se sobre a avaliação do bem-estar psicológico e a sua variância consoante a idade e o género (Ballesteros et al., 2006; Keyes & Ryff, 1995; Vivaldi & Barra, 2012).

Deste modo, Ballesteros e colaboradores (2006), verificaram que não existem diferenças significativas nos níveis de bem-estar psicológico, relativamente à idade e ao género.

No entanto, no que respeita ao género, estes dados são infirmados por Vivaldi e Barra (2012), que evidenciaram que os homens apresentam níveis mais elevados de bem-estar psicológico que as mulheres. Embora Ryff e Keyes (1995) tenham verificado que as mulheres apresentam níveis mais elevados do que os homens na dimensão *relações positivas com os outros*.

No que concerne à avaliação do bem-estar psicológico em relação à idade, Ryff e Keyes (1995), verificaram que os mais jovens tendem a apresentar níveis mais elevados de bem-estar psicológico nas dimensões *propósito de vida e crescimento pessoal*, enquanto os mais velhos tendem a apresentar níveis mais elevados nas dimensões *domínio do ambiente e autonomia*.

Umberson e Gove (1989) ao estudarem a relação entre parentalidade e bem-estar psicológico verificaram que os indivíduos com filhos apresentam níveis mais elevados de bem-estar psicológico do que indivíduos sem filhos.

Wood e Joseph (2010), estudando o bem-estar psicológico e a sua relação com a depressão, verificaram que os indivíduos com baixos níveis de bem-estar psicológico têm sete vezes mais probabilidade de apresentar depressão dez anos mais tarde. Portanto, baixos níveis de bem-estar psicológico constituem um fator de risco para a depressão, independentemente da sua avaliação ser realizada globalmente ou

separadamente, como *autoaceitação, autonomia, propósito de vida, relações positivas com os outros, domínio do ambiente e crescimento pessoal*.

Estes resultados sugerem que a intervenção no bem-estar psicológico deve ser um foco a ter em conta, na medida em que pode prevenir a depressão (Wood & Joseph, 2010).

No entanto, este, em conjunto com o bem-estar emocional, não é suficiente para descrever o conceito de saúde mental positiva, sendo importante analisar as condições sociais envolventes (Blanco & Díaz, 2005).

Portanto, para além do bem-estar emocional e do bem-estar psicológico (Keyes & Shapiro, 2004; Keyes et al., 2002, citados por Albuquerque & Lima 2007; Ryan & Deci, 2001) a saúde mental positiva envolve o bem-estar social (Keyes, 1998), sendo este apresentado, aprofundadamente no ponto seguinte.

1.2.3. Bem-estar social

O bem-estar emocional e o bem-estar psicológico, analisados em conjunto, podem traçar a imagem de um indivíduo isolado, cuja satisfação, felicidade e crescimento pessoal, se desenvolvem à margem das condições sociais em que este se insere (Blanco & Díaz, 2005).

Segundo Allardt (1996, citado por Blanco & Díaz, 2005) o Homem necessita de condições necessárias para sobreviver, de manter relacionamentos com outros indivíduos e formar identidades sociais e de se integrar na sociedade e viver em harmonia com a natureza.

Portanto, a saúde mental, para além do bem-estar emocional e do bem-estar psicológico, envolve também a interação entre as necessidades individuais e as necessidades sociais dos sujeitos (Zubieta & Delfino, 2010). Deste modo, denota-se como fulcral o estudo dos critérios sociais do bem-estar, ou seja, a relação entre as pessoas e o meio que as envolve (Páez, 2007, citado por Zubieta & Delfino, 2010).

Este construto é considerado uma componente central da saúde mental (Gerritsen, Steverink, Frijters, Ooms & Ribbe, 2010; Hahn, Cella, Bode & Hanrahan, 2009; WHO, 1948, citado por Keyes & Shapiro, 2004). Contudo, a falta de consenso quanto à sua

definição e mensuração tem obstruído o estado de saúde social (Hahn et al., 2010; Shapiro & Keyes, 2008)

De acordo com Keyes (1998), é importante reconhecer que os indivíduos podem avaliar a qualidade das suas vidas e o seu funcionamento pessoal tendo em conta critérios sociais (Keyes, 2002; Keyes & Shapiro, 2004).

Segundo o mesmo autor, o bem-estar social consiste na avaliação das circunstâncias e do funcionamento do indivíduo na sociedade e é composto por vários elementos que, em conjunto, indicam se o indivíduo apresenta um bom funcionamento social e em que grau (Keyes, 1998).

De acordo com Keyes e Shapiro (2004) o bem-estar social é medido através de dois contínuos – negativo e positivo – e analisados em três níveis - individual, interpessoal e social – como é possível verificar-se na Tabela 2.

Tabela 2. Construtos do bem-estar social por nível de análise e continuum de mensuração (adaptado de Keyes & Shapiro, 2004).

Continuum	Nível de análise		
	Individual	Interpessoal	Social
Negativo	Alienação, anomia.	Agressão, incivilidade.	Índices de pobreza, suicídio ou crime.
Positivo	Dimensões do bem-estar social.	Troca de tipos de suporte social, confiança.	Capital social, eficácia coletiva.

Assim, Keyes (1998), baseado no modelo de saúde mental, propôs cinco dimensões de bem-estar social, que se baseiam no *continuum* positivo, ao nível individual (Keyes, 2002; Keyes & Shapiro, 2004; Zubieta & Delfino, 2010).

Estas dimensões consistem na *integração social*, na *aceitação social*, na *contribuição social*, na *atualização social* e na *coerência social* (Blanco & Díaz, 2005; Cicognani et al., 2008; Keyes, 1998; 2002; 2006b; Keyes & Shapiro, 2004; Zubieta & Delfino, 2010).

A *integração social* refere-se à avaliação da qualidade das relações que os indivíduos mantêm com a sociedade e com a comunidade (Blanco & Díaz, 2005; Cicognani, Pirini, Keyes, Joshanloo, Rostami & Nosratabadi, 2008; Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004; Zubieta & Delfino, 2010). Indivíduos com altos níveis de bem-estar social evidenciam um sentimento de integração na comunidade (Blanco & Díaz, 2005; Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004; Zubieta & Delfino, 2010), cultivam este sentimento de pertença e mantêm laços sociais com a família, amigos, vizinhos, entre outros (Blanco & Díaz, 2005; Zubieta & Delfino, 2010). A integração consiste na medida que os indivíduos sentem que têm algo em comum com os outros que partilham a mesma comunidade, bem como o grau com que sentem pertencer à sua comunidade e sociedade (Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004).

Quanto à dimensão *aceitação social*, esta consiste na interpretação da sociedade baseada no caráter e nas qualidades dos restantes indivíduos como uma categoria generalizada (Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004). Esta dimensão reflete a presença de confiança, aceitação e atitudes positivas para com os outros, como atribuição de honestidade, bondade, amabilidade, capacidade (Cicognani et al., 2008; Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004; Zubieta & Delfino, 2010) e, aceitação tanto dos aspetos positivos como dos aspetos negativos da sua própria vida (Zubieta & Delfino, 2010). Indivíduos com aceitação social, mantêm visões positivas relativamente à natureza humana (Cicognani et al., 2008; Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004) e sentem-se confortáveis com os outros indivíduos que partilham a sua realidade social (Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004).

Por seu turno, a dimensão *contribuição social*, consiste na avaliação do próprio valor do indivíduo para a sociedade (Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004) baseada no sentimento de utilidade (Zubieta & Delfino, 2010), sendo que o indivíduo se sente como um membro vital da sociedade e que tem algo de valor para oferecer ao mundo (Cicognani et al., 2008; Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004; Zubieta & Delfino, 2010). Esta dimensão é sinónimo de proveito, eficácia e contribuição para o bem comum (Blanco & Díaz, 2005; Zubieta & Delfino, 2010).

No que respeita à *atualização social*, esta dimensão refere-se à crença de que a sociedade e as instituições da mesma consistem em entidades dinâmicas que trabalham no sentido de realizar metas e objetivos da comunidade (Cicognani et al., 2008; Keyes,

1998; Keyes & Shapiro, 2004; Zubieta & Delfino, 2010). Esta dimensão ainda reflete a confiança no futuro da sociedade, no seu potencial de crescimento e de desenvolvimento e na sua capacidade de produzir bem-estar (Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004; Zubieta & Delfino, 2010). Keyes e Shapiro (2004), ainda defendem que é um desafio perceber o crescimento e desenvolvimento de um mundo que não muda ou melhora automaticamente para todos.

Por fim, a *coerência social*, consiste na percepção de qualidade, organização e funcionamento do mundo social (Cicognani et al., 2008; Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004; Zubieta & Delfino, 2010), e envolve a preocupação de saber e compreender o que se passa ao seu redor (Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004; Zubieta & Delfino, 2010). Indivíduos com coerência social tentam manter e promover o desejo de dar um sentido à vida e creem que a sociedade é perceptível, sensível e previsível (Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004).

De acordo com Cicognani e colaboradores. (2008), a participação social, envolve uma aspiração para a vida pessoal, um alargamento da identidade pessoal, representa uma oportunidade de autorrealização e consiste num indicador de bem-estar.

Na perspectiva de Prilleltensky, Nelson e Peirson (2001, citados por Cicognani, et al. 2008), a participação e contribuição na comunidade são fundamentais para o aumento do bem-estar psicológico e social, bem como o sentimento de pertença.

Segundo Keyes (1998), o bem-estar social encontra-se associado a inúmeros indicadores de adesão a associações cívicas e comportamento pró-social.

Keyes e Shapiro (2004), ao estudarem o bem-estar social verificaram que, no que respeita à sua epidemiologia, a maioria dos adultos dos Estados Unidos da América apresenta níveis de bem-estar social entre o moderado e o alto. No entanto, uma porção substancial da população apresenta níveis muito baixos de bem-estar social e podem ser considerados doentes socialmente, de acordo com a perspectiva da saúde mental.

Neste estudo também foi possível notar a distribuição dos níveis de bem-estar social nas suas diferentes dimensões, na sociedade em estudo. Assim, na dimensão *integração social*, os níveis mais elevados são atribuídos a pessoas mais velhas, entre os 65 e os 74 anos de idade, pessoas casadas e mulheres com alto estatuto ocupacional. Por outro

lado, os níveis mais baixos são atribuídos a jovens e adultos casados e solteiros com baixo estatuto ocupacional (Keyes & Shapiro, 2004).

No que respeita à dimensão *contribuição social*, as mulheres solteiras com alto estatuto ocupacional são quem apresentam níveis mais elevados, enquanto os homens mais velhos, entre os 65 e os 74 anos de idade e com baixo estatuto ocupacional apresentam os resultados mais baixos (Keyes & Shapiro, 2004).

Na dimensão *atualização social*, os níveis mais elevados são apresentados por adultos no início da meia-idade, entre os 45 e os 54 anos, que manifestam alto estatuto ocupacional. Os níveis mais baixos são expressos por adultos que não se encontram no pico da meia-idade e que apresentam baixo estatuto ocupacional (Keyes & Shapiro, 2004).

No atinente à dimensão *coerência social*, esta é mais alta em mulheres com alto estatuto e casadas, enquanto as mulheres mais velhas, entre os 65 e os 74 anos, com baixo estatuto ocupacional, solteiras ou casadas, apresentam os níveis mais baixos (Keyes & Shapiro, 2004).

Por fim, na dimensão *aceitação social*, os níveis mais elevados são expressos por mulheres mais velhas com alto estatuto ocupacional, enquanto os níveis mais baixos são relatados por homens jovens com baixo estatuto ocupacional (Keyes & Shapiro, 2004).

Deste modo, denota-se que o bem-estar social é mais elevado em indivíduos com alto estatuto ocupacional (Keyes & Shapiro, 2004; Cicognani et al., 2008), homens, casados e solteiros. Por seu turno, as mulheres casadas e com baixo estatuto ocupacional apresentam níveis mais baixos de bem-estar social em geral (Keyes & Shapiro, 2004).

Estes resultados ressaltam a importância de intervenção nesta área (Albanezi, Cicognani & Zani, 2007; Keyes & Shapiro, 2004).

Por forma a avaliar estas dimensões, Keyes desenvolveu um instrumento conhecido como «Escala de Bem-Estar Social» composto por trinta e três itens. Posteriormente, o mesmo autor desenvolveu uma versão reduzida destas escalas, composta por quinze itens (Blanco & Díaz, 2005). Neste estudo, o bem-estar social será avaliado através da Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF) desenvolvida por Keyes em 2005 (Keyes et al., 2008).

1.3. Síntese integrativa

A saúde mental, durante muito tempo, foi considerada apenas como a ausência ou presença de doença mental, sendo os indivíduos considerados saudáveis mentalmente ou doentes mentais (Keyes, 2005; Moreira, Melo, Pires, Crusellas & Lima, 2005; Westerhof & Keyes, 2010).

Com a emergência da psicologia positiva, a saúde mental passou a ser considerada como um todo, ou seja, para além da presença ou ausência de doença mental, esta deve incluir ainda a presença ou ausência de saúde mental positiva (Keyes, 2002; 2004; 2005; 2006a; 2007; Keyes et al., 2010; Keyes & Shapiro, 2004; Pais-Ribeiro, 2001).

A saúde mental positiva não é mais do que a avaliação do bem-estar, tendo em conta as suas dimensões – bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social (Keyes, 2007; Lamers et al., 2011; Keyes & Shapiro, 2004; Westerhof & Keyes, 2010).

Portanto o bem-estar emocional reflete o bem-estar como prazer ou felicidade (Díaz et al., 2006; Ryan & Deci 2001; Sequeira & Padovam, 2008; Westerhof & Keyes, 2010) e debruça-se sobre o estudo dos afetos e da satisfação com a vida. Por seu turno, o bem-estar psicológico foca-se no pleno funcionamento das potencialidades (Albuquerque & Lima, 2007; Blanco & Díaz, 2005; Díaz et al., 2006; Keyes & Shapiro, 2004; Ryan & Deci 2001; Sequeira & Padovam, 2008; Westerhof & Keyes, 2010) e no crescimento pessoal (Albuquerque & Lima, 2007; Blanco & Díaz, 2005; Díaz et al., 2006; Keyes & Shapiro, 2004), através da sua capacidade de pensar, raciocinar e utilizar o bom senso (Díaz et al., 2006; Ryan & Deci 2001; Sequeira & Padovam, 2008; Westerhof & Keyes, 2010). Por último o bem-estar social debruça-se sobre a relação entre os indivíduos e o seu meio envolvente (Zubieta & Delfino, 2010).

No entanto, como referido anteriormente, o bem-estar representa apenas um dos focos da saúde mental, sendo importante o envolvimento da perspetiva psicopatológica, para uma compreensão global do conceito de saúde mental (Westerhof & Keyes, 2010).

Neste sentido, o presente estudo tentou abranger estas duas componentes da saúde mental, sendo a psicopatologia representada através de três patologias frequentes no mundo atual e associadas ao mal-estar atual das civilizações, são elas a depressão, ansiedade e *stress* (Callegari, 2000).

Capítulo II – Psicopatologia/Doença mental

2.1. Depressão

A depressão é considerada a maior causa de incapacidade, apresentando uma elevada prevalência na população em geral (Bahls, 2002; Boing et al., 2012; Gonçalves & Fagulha, 2004; Maia, 1999; E. Matos, T. Matos & G. Matos, 2006; Maurício, 2010; Monteiro, 2012; Neto & Alves, 2012; Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006; Paranhos & Werlang, 2009; Teng, Humes & Demetrio, 2005; Weissman, 2009; WHO, 2012), principalmente em mulheres (Boing et al., 2012; Oliveira et al., 2006; Teodoro, 2010; WHO, 2012), jovens e indivíduos solteiros em geral (Boing et al., 2012), com tendência para aumentar (Bahls, 2002; Boing et al., 2012; Gonçalves & Fagulha, 2004; Maia, 1999; Matos et al., 2006; Maurício, 2010; Monteiro, 2012; Neto & Alves, 2012; Oliveira et al., 2006; Paranhos & Werlang, 2009; Schmidt, 2013).

Em 2000 esta perturbação foi considerada o quarto problema de saúde que mais afetou a população em geral e prevê-se que em 2020 aumente o número de pessoas afetadas, ocupando o segundo lugar (Bahls, 2002; Pinheiro, 2005; WHO, 2003). Portanto, a depressão consiste numa das questões mais comuns e importantes na saúde mental (Bischoff, 2004; Boing et al., 2012; Pinheiro, Quintella & Vertzman, 2010; Schmidt, 2013, WHO, 2012).

Para além do sofrimento emocional (Pinheiro et al., 2010), a depressão aumenta a vulnerabilidade a doenças físicas como o cancro, doenças cardíacas, diminuindo também a adesão aos tratamentos, reduzindo a qualidade de vida e o funcionamento de indivíduos com doenças crónicas (WHO, 2003).

Esta patologia apresenta uma sintomatologia multifacetada e a sua manifestação varia consoante o sujeito, o que leva a uma multiplicidade de teorias e perspetivas, na tentativa de melhor compreender e tratar essa psicopatologia (Maia, 1999; Monteiro, 2012).

Importante será referir que na medicina permanece alguma dificuldade em realizar o diagnóstico de depressão, uma vez que os indivíduos, muitas vezes, se focam nos sintomas físicos, ignorando os sintomas afetivos e cognitivos (Gonçalves & Fagulha, 2004).

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Associação Psiquiátrica Americana (APA), objetivam aprimorar os métodos de diagnóstico, com o intuito de identificar e prevenir novos casos e implementar estratégias eficazes de tratamento (Matos et al., 2006).

Assim, a classificação da depressão é uma componente importante no âmbito da saúde mental, bem como, a sua forma, severidade e risco de suicídio (Monteiro, 2012; Scott, 2013).

Ao longo da história da saúde mental é possível verificar-se algumas oscilações quanto ao estudo das doenças mentais, o que justifica as diferentes perspectivas acerca da fenomenologia, etiologia e curso destas (Berrios, 2012; Monteiro, 2012; Teodoro, 2010). Respetivamente à depressão, atualmente, ainda se denota alguma falta de consenso quanto à sua classificação, o que justifica as diversas abordagens e o que dificulta o seu diagnóstico e, conseqüentemente, o processo terapêutico (Monteiro, 2012; Paranhos & Werlang, 2009).

As classificações mais utilizadas mundialmente referem-se à *Classificação Internacional de Doenças* (CID) e ao *Diagnostic Statistical Manual* (DSM). Estas duas classificações, embora independentes, ao longo do tempo evoluíram de forma consistente (Monteiro, 2012).

Neste estudo, a Depressão será classificada segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), uma vez que, como supracitado, é uma das classificações mais utilizadas mundialmente.

Antes de passar à classificação desta patologia, é importante mencionar que esta é distinta das habituais flutuações de humor e das respostas emocionais de curta duração aos acontecimentos de vida do dia-a-dia (WHO, 2012).

Então, as Perturbações Depressivas encontram-se no seio das Perturbações do Humor, tal como as Perturbações Bipolares (APA, 2002; WHO, 2012), a Perturbação do Humor devido a um Estado Físico Geral e a Perturbação do Humor induzida por Substâncias (APA, 2002).

Este estudo foca-se apenas nas Perturbações Depressivas, e em especial na Perturbação Depressiva Major, uma vez que será a perturbação avaliada na amostra em estudo.

Deste modo, a Perturbação Depressiva Major pode ser definida como uma perturbação do humor, caracterizada por alteração psíquica e orgânica global, presente pelo menos durante duas semanas, com presença de Episódios Depressivos Major. Estes episódios manifestam-se através de alguns sintomas, nomeadamente - humor depressivo, perda de interesse e prazer generalizada, perda de apetite, alterações no sono, diminuição de energia, sentimentos de desvalorização ou culpa (APA, 2002; Santos, Mota & Pimenta, 2009, citados por Panobianco et al., 2012; WHO, 2012), diminuição da capacidade de pensamento e concentração (APA, 2002; WHO, 2012), alterações psicomotoras e pensamentos suicidas (APA, 2002; Santos et al., 2009, citados por Panobianco et al., 2012).

Estes episódios devem estar presentes pelo menos durante duas semanas e podem ser únicos ou recorrentes (cf. Anexo I) (APA, 2002).

Os sintomas supracitados podem ser agrupados em cinco áreas – humor, cognição, aspetos somáticos, expressão corporal e vida social e afetam diversas áreas da vida dos sujeitos (Teodoro, 2010).

Sendo esta sintomatologia de carácter evolutivo e acompanhada de fatores subjetivos e desenvolvimentais do ser humano, pode manifestar-se com maior frequência e intensidade em determinados momentos da vida (Paranhos & Werlang, 2009).

Esta patologia pode ser classificada quanto ao grau de severidade, nomeadamente leve, moderada ou grave (Scott, 2013; WHO, 2012), tendo em conta a severidade e o número dos sintomas manifestados pelo indivíduo (WHO, 2012).

Portanto, indivíduos deprimidos apresentam sintomas físicos agravados, dano funcional, menor adesão aos tratamentos, diminuição dos comportamentos de autocuidado, diminuição da qualidade de vida, bem como piora no prognóstico, com maiores taxas de incidência desta patologia e mortalidade (Montazeri, 2008, citado por Panobianco et al., 2012), agravando-se estes sintomas na coexistência de outras patologias (Teng et al., 2005). De acordo com os mesmos autores, esta patologia acompanha a maioria dos sujeitos com doença crónica.

A perturbação em estudo evolui num *continuum* que vai desde as flutuações do humor até aos sintomas depressivos e pode encontrar-se associada a fatores biológicos (Matos et al., 2006), psicológicos (Maurício, 2010; Teodoro, 2010), sociais (Maurício 2010;

Oliveira et al., 2006; Teodoro, 2010), espirituais (Teodoro, 2010), socioeconômicos (Paradela, Lourenço & Veras, 2005) e sociodemográficos como a idade, estado civil e classe social (Oliveira et al., 2006).

No que respeita à sua evolução, o primeiro episódio encontra-se associado a um fator interpessoal e a uma situação presente, enquanto os episódios depressivos posteriores são precedidos de menor grau de *stress* severo, até aos episódios depressivos recorrentes de menor grau, que aparecem, praticamente, dissociados de fatores stressores (Nierenberg, Sussman, & Trivedi, 2003, citados por Monteiro, 2012). Assim, a possibilidade de episódios posteriores aumenta conforme o número de episódios experienciados (Monroe & Reid, 2009, citados por Monteiro, 2012; Matos et al., 2006; Paranhos & Werlang, 2009; Teodoro, 2010).

No que concerne à epidemiologia desta perturbação, os índices de incidência e prevalência nos diversos países são muito variáveis, devido às diversas culturas, classificações e métodos utilizados na avaliação da mesma (Monteiro, 2012).

Estudos nesta área demonstram o aumento dos casos de depressão, nas diversas faixas etárias (Oliveira et al., 2006; Teodoro, 2010).

Nierenberg e colaboradores (2003, citados por Monteiro, 2012), ao estudarem a prevalência da depressão, ao longo de doze meses, nos EUA, verificaram que esta afetava 10.3% dos indivíduos, com uma prevalência ao longo da vida de 17.1%. Estes resultados corroboram a informação de que ao longo do ciclo vital, cerca de 1 em 5 mulheres e 1 em cada 10 homens, experienciarão um episódio depressivo. Atualmente, espera-se que o número de indivíduos com perturbação mental aumente com o avançar da idade, o que agrava os problemas e desequilíbrios sociais (WHO, 2003).

Estudos epidemiológicos mostram que a depressão afeta 350 milhões de indivíduos no mundo inteiro (WHO, 2012), 150 milhões já sofreram de depressão em alguma altura da sua vida e cerca de 1 milhão comete o suicídio anualmente (WHO, 2012). Para além disso, a maioria dos Episódios Depressivos Major não têm remissão completa, estimando-se uma recorrência destes de cerca de 60% ou superior (Talbot, 2003, citado por Monteiro, 2012).

Olfson e colaboradores (2000), ao avaliarem a prevalência das perturbações de ansiedade, depressão e dependência de substâncias, verificaram que a Depressão Major

é a que apresenta maior prevalência, seguindo-se a perturbação da ansiedade generalizada, principalmente em mulheres, hispânicos, indivíduos separados e divorciados, bem como indivíduos com perceção negativa da sua saúde. Estes dados são corroborados por Weissman (2009) e Neria, Besser, Kiper & Westphal (2010), que também verificaram uma alta prevalência desta perturbação na comunidade, em especial no sexo feminino. Weissman (2009) e Oliveira e Pereira (2012) ainda verificaram uma alta comorbidade entre esta perturbação e as perturbações de ansiedade.

Em Portugal, no 3º censo psiquiátrico realizado em 2001, pela Direção Geral da Saúde do Ministério da Saúde (Bento, Carreira & Heitor, 2001) observou-se que a depressão consistia na segunda patologia mais frequente (14.9% - 2525 indivíduos) dos casos de consultas, internamentos e urgências em instituições públicas e privadas, tanto em Portugal Continental como nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

Os dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde demonstram que, nas doenças crónicas, a depressão ocupa a terceira posição (INE, INSA, 2009), apresentando uma percentagem de 8.3% em Portugal Continental, 5.4% na Região Autónoma dos Açores e 5.1% na Região Autónoma da Madeira. Neste inquérito também foi possível verificar que os grupos mais vulneráveis são as mulheres, indivíduos com baixa escolaridade, desempregados, reformados e mulheres domésticas. Adeodato, Carvalho, Siqueira e Souza (2005) ainda incluem as mulheres vítimas de violência doméstica (verbal, física e sexual) com um grupo vulnerável ao desenvolvimento de depressão, uma vez que observaram que esta patologia se encontra presente na maioria desta população.

Panobianco e colaboradores (2012), num estudo transversal, verificaram a presença de sintomas depressivos com intensidade leve e moderada em mulheres com cancro da mama. Estes resultados são corroborados por Scott (2013), Berber, Kupek e Berber (2005) e Boing et al. (2012), que verificaram que os indivíduos com doença crónica física apresentam maior risco de sofrer de depressão, o que ressalta a importância de identificação de pacientes com risco de depressão e implementação de medidas, por forma a prevenir o desenvolvimento da mesma. Na senda de Boing e colaboradores (2012), a relação entre a depressão e a doença crónica pode ser bidirecional.

Segundo Teodoro (2010), 80% dos indivíduos com depressão apresentam ideação suicida, sendo que cerca de 10% a 15% concretizam tais ideias. O sexo feminino apresenta maiores índices de tentativas de suicídio, enquanto o sexo masculino

apresenta maior êxito, uma vez que utilizam métodos mais violentos do que as mulheres. Com o avançar da idade, os índices de suicídio tendem a aumentar.

Em suma, esta alta incidência e prevalência da depressão, tanto nacional como internacionalmente, salienta novamente a incapacidade resultante da mesma, uma vez que esta patologia se manifesta através de um conjunto de sintomas negativos, frequentemente acompanhados de comportamentos autodestrutivos, com risco de suicídio nos casos mais graves, como supramencionado (Monteiro, 2012).

No entanto, esta patologia não se encontra isolada no quadro das patologias mais prevalentes, uma vez que a ansiedade também se encontra presente (Buttorff et al., 2012; Fava, Kristensen, Melo & Araújo, 2009; Menezes, Fontenelle, Mululo & Versians, 2007; Munaretti & Terra, 2007; Kessler, 2004; WHO, 2004; 2008; WHO & Wonca, 2008), sendo um grave problema de saúde pública (WHO, 2008).

Deste modo, no ponto seguinte apresentar-se-á uma concetualização e classificação desta patologia, objetivando-se uma melhor compreensão e clarificação da mesma.

2.2. Ansiedade

A ansiedade nem sempre foi um termo consensual entre os investigadores, sendo definida, por uns, como angústia e, por outros, como ansiedade. Contudo, atualmente considera-se que estes são sinónimos de uma mesma problemática (Hetem & Graeff, 2004).

Em consequência do anteriormente exposto, a falta de consenso também se fez notar ao nível da concetualização e classificação desta patologia. Atualmente, as classificações mais utilizadas consistem no DSM e na CID, que ao longo dos tempos também sofreram alterações, na tentativa de melhor classificar as perturbações psiquiátricas (Hetem & Graeff, 2004).

Portanto, a ansiedade faz parte do sistema de alarme, consistindo numa resposta natural e adaptativa a ameaças reais ou imaginárias, preparando o organismo para reagir numa situação de perigo (Bauer, 2004; Fava et al., 2009; Lemos, 2001; Oliveira, Santos, Cruvinel & Neri, 2006; Ritter, 1990; Torpy, 2011). Esta resposta do corpo ao estímulo interpretado como perigoso é designada de luta ou fuga (Torpy, 2011). Para além disso,

a ansiedade é necessária para impulsionar a realização de atividades de vida diária (Pereira, 1999).

Assim, a ansiedade apenas se torna patológica quando se manifesta em intensidade excessiva em relação ao estímulo (Anderson et al., 2012; Bauer, 2004; Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000; Torpy, 2011), causando mal-estar (Johansen, 2013; Pereira, 1999; Torpy, 2011) ou interferindo no funcionamento social, familiar, escolar e profissional do sujeito (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000; Menezes et al., 2007; Pereira, 1999). Nos Estados Unidos da América, um terço da população caracteriza esta patologia como debilitante em alguma altura da vida (Johansen, 2013).

Esta patologia resulta da exposição a estímulos stressantes, a que o individuo é sujeito (Bauer, 2004; Lohr, Lilienfeld & Rosen, 2012; Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003), fazendo com que se sinta ansioso, o que aumenta o nível de cortisol que, por seu turno, aumenta os níveis de adrenalina, acelerando os batimentos cardíacos e baixando os níveis de açúcar no sangue, resultando no desequilíbrio das células (Bauer, 2004).

De acordo com Holmes (2001), os sintomas de ansiedade podem ser agrupados em quatro grupos de sintomas – humor, cognitivos, somáticos e motores.

Os sintomas de humor envolvem a ansiedade, tensão muscular, pânico e apreensão. Em reflexo da ansiedade podem ainda surgir sentimentos de condenação e/ou desastre e sintomas como depressão e irritabilidade (Holmes, 2001).

Por seu turno, os sintomas cognitivos incluem a apreensão/medo e preocupação em consequência do sentimento de condenação supramencionado, bem como desatenção e distração (Holmes, 2001).

No que respeita aos sintomas somáticos, estes ainda podem ser subdivididos em dois grupos – (i) sintomas imediatos, que envolvem transpiração, boca seca, hiperventilação, pulso rápido, aumento da pressão sanguínea, sensação de latejo na cabeça e tensão muscular; e (ii) sintomas atrasados, que incluem o aumento crónico da pressão sanguínea, cefaleias, fraqueza muscular e cólicas, resultantes da forte e prologada estimulação do sistema fisiológico (Holmes, 2001).

Finalmente, os sintomas motores refletem impaciência, inquietação, atividade motora sem objetivo e respostas de susto exageradas perante ruídos súbitos (Holmes, 2001).

Nas perturbações ansiosas estes sintomas são primários, não sendo o reflexo de outras patologias (Castillo et al., 2000) e são frequentes tanto em crianças (Castillo et al., 2000; Manfro, Isolan, Blaya, Santos & Silva, 2002; Settapani, Puleo, Conner & Kendall, 2012; WHO & Wonca, 2008) como adultos e idosos (Castillo et al., 2000; Oliveira et al., 2006; Xavier, Ferraz, Trenti, Argimon, Bertollucci, Poyares & Moriguchi, 2001).

Diversos estudos revelam que a ansiedade, tal como a depressão, é uma das patologias mais prevalentes (Buttorff et al., 2012; Fava et al., 2009; Menezes et al., 2007; Munaretti & Terra, 2007; Kessler, 2004; WHO, 2004; 2008; WHO & Wonca, 2008) principalmente nas mulheres (Astbury, 2001; Hollander & Simeon, 2008; Neria et al., 2010; WHO, 2000; 2008; WHO & Wonca, 2008), consistindo num grave problema de saúde pública (WHO, 2008).

Segundo Torpy (2011), as perturbações de ansiedade atingem mais de 40 milhões de indivíduos nos Estados Unidos da América e, cerca de 20% da população mundial, que recorre aos cuidados de saúde primários, apresenta ansiedade ou depressão.

De acordo com alguns autores, fatores genéticos e fatores de proteção nomeadamente eventos traumatizantes (WHO, 2004), processos de aprendizagem (Lohr, Lilienfeld & Rosen, 2012; WHO, 2004) durante a infância, como modelagem e superproteção, sentimentos de falta de controlo, baixa auto-eficácia, estratégias de enfrentamento e apoio social, podem constituir fatores de risco para as perturbações de ansiedade (WHO, 2004).

Para além destes fatores, acontecimentos de vida negativos na infância despoletam vulnerabilidade neurobiológica que desencadeia uma predisposição para perturbações do humor e perturbações de ansiedade na idade adulta (WHO, 2004). Deste modo, Walkup e Albano (2011) defendem que os sintomas de ansiedade manifestam-se na infância, prolongando-se até a vida adulta.

Inúmeros estudos focam a alta comorbidade entre a ansiedade e outras perturbações psiquiátricas (Lopez, Turner & Saavedra, 2005), nomeadamente a depressão (Astbury, 2001; Hetem & Graeff, 2004; Hollander & Simeon, 2008; Manfro et al., 2002; Olfson et al., 2000; Oliveira et al., 2006; Stanley, Wilson, Novy, Rhoades, Wagener, Greisinger, Cully & Kunik, 2009) e dependência de substâncias (Marmorstein, 2012; Olfson et al., 2000).

No que respeita à comorbidade das perturbações de ansiedade com a depressão, Manfro e colaboradores (2002), sugerem que a ansiedade pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de depressão.

Quanto à comorbidade com as perturbações de dependência de substâncias, a ansiedade pode (Marmorstein, 2012; Lopez et al., 2005), ou não, prever o desenvolvimento de tais perturbações, dependendo da perturbação de ansiedade específica (Marmorstein, 2012).

Deste modo, nos casos em que a ansiedade co-ocorre com outra patologia observa-se maior gravidade e pior prognóstico (Issler, Sant'Anna, Kapczinski & Lafer, 2004).

As perturbações de ansiedade envolvem perturbações específicas, nomeadamente Perturbação de Pânico sem Agorafobia, Perturbação de Pânico com Agorafobia, Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico, Fobia Específica, Fobia Social, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação Pós-*Stress* Traumático, Perturbação Aguda de *Stress*, Perturbação da Ansiedade Generalizada, Perturbação da Ansiedade Secundária a um Estado Físico Geral, Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias e Perturbação da Ansiedade Sem Outra Especificação (APA, 2002).

De entre estas perturbações específicas, a Perturbação da Ansiedade Generalizada é a mais frequente (Bauer, 2004; Hanrahan, Field, Jones & Davey, 2013; Lenze et al., 2009; Munaretti & Terra, 2007; Olfson & Gameroff, 2007; Olfson et al., 2000), verificando-se um aumento nos jovens e adultos de meia-idade, bem como um declínio nos adultos mais velhos (Brenes, Knudson, McCall, Williamson, Miller & Stanley, 2008). Esta alta prevalência verifica-se principalmente no sexo feminino (Bauer, 2004; Neria et al., 2010; Olfson et al., 2000), em indivíduos separados e divorciados, e sujeitos com perceção negativa da sua saúde física (Olfson et al., 2000).

Esta perturbação é marcada por preocupação excessiva (Lee, Ma & Tsang, 2011; Torpy, 2011), difícil de controlar (Lenze et al., 2009; Torpy, 2011), em diversos domínios da vida do sujeito, nomeadamente família, saúde, escola ou trabalho, finanças, relações interpessoais e preocupação sem motivo (Lee et al., 2011). Esta preocupação deve estar presente, pelo menos, durante seis meses, para que a mesma possa ser diagnosticada (APA, 2002; Torpy, 2011).

Em suma, a ansiedade apresenta uma alta prevalência na população em geral (Buttorff et al., 2012; Fava et al., 2009; Menezes et al., 2007; Munaretti & Terra, 2007; Kessler,

2004; WHO, 2004; 2008; WHO & Wonca, 2008), causando mal-estar (Johansen, 2013; Pereira, 1999; Torpy, 2011) e interferindo no funcionamento individual dos sujeitos (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000; Menezes et al., 2007; Pereira, 1999).

Contudo, esta não é a única problemática que interfere no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos, pois o *stress*, considerado a epidemia da atualidade (Callegari, 2000), também induz tais consequências no bem-estar (França & Rodrigues, 2005; Pinto & Silva, 2005; Stracciarini & Trócoli, 2001), o que salienta a importância do estudo do mesmo.

Assim, posteriormente esta problemática (*stress*) será conceptualizada, por forma a aprimorar a compreensão e influência da mesma na saúde.

2.3. *Stress*

Cada vez mais o *stress* é uma preocupação crescente (Batista & Bianchi, 2006), ocupando assim um lugar central no seio da psicologia e da medicina comportamental (Graziani & Swendsen, 2007). Esta é considerada a epidemia da civilização ocidental, devido, em grande parte, aos estilos de vida das sociedades industrializadas, em que existe uma hiperconcentração de trabalho a realizar num curto espaço de tempo, horários rígidos e baixa tolerância ao erro (Callegari, 2000). O que leva a que a vida moderna seja amplamente percebida como stressante (Abbott, 2012).

Ainda assim, a banalização do termo na linguagem diária (Murofuse, Abranches & Napoleão, 2005; Stracciarini & Trócoli, 2001), simplifica o conceito, ocultando as reais implicações desta problemática na saúde (Murofuse et al., 2005).

Em geral, o *stress* é considerado um fator negativo, uma vez que despoleta (França & Rodrigues, 2005; Pinto & Silva, 2005; Stracciarini & Trócoli, 2001).

Contudo, o *stress* deve ser considerado uma resposta necessária e adaptativa para a sobrevivência do ser humano, tornando-se problemático quando ultrapassa os seus limites (Abbott, 2012; França & Rodrigues, 2005; Pinto & Silva, 2005; Serra, 2007).

Assim, o *stress* é caracterizado como uma resposta positiva, ou seja eustress, quando consiste numa resposta construtiva a eventos stressores (Hargrove, Nelson & Cooper, 2013), melhorando o bem-estar (Kung & Chan, 2014), através da sensação de realização e satisfação das necessidades decorrentes do esforço de adaptação (França & Rodrigues,

2005). Por outro lado, esta resposta é considerada negativa quando a resposta aos eventos stressores diminui o bem-estar (Kung & Chan, 2014).

Desde o século XIV que o termo *stress* era utilizado na física para representar uma pressão ou constrição desta natureza. Apenas no século XIX este conceito se integrou na biologia e na psicologia, referindo-se a pressões sobre os órgãos corporais e sobre a mente humana (Serra, 2007). Hans Selye, em 1930, utilizou este termo para designar um conjunto de reações que o organismo desenvolve perante um acontecimento que necessita de adaptação (França & Rodrigues, 2005; Kopp et al., 2010). Mais tarde redefiniu-o como o nível de desgaste e medo do corpo (Kopp et al., 2010).

Posteriormente, as definições desde conceito focaram-se na causa indutora de *stress*, no seu efeito e na resposta emocional à mesma (Lazarus & Folkman, 1984).

O *stress* consiste na reação emocional e fisiológica a um estímulo *stressor* (Warren et al., 2014). Este estado emocional negativo consiste num estado de excitação fisiológico persistente e tensão, conduzindo facilmente à exaustão (Corry et al., 2013). A evolução da resposta depende da interação bidirecional entre o indivíduo e o ambiente. Para além disso, perante a “carga” excessiva sentida pelo sujeito, este, para além da sua luta individual para ultrapassar a situação, conta ainda com o auxílio do seu suporte social (Serra, 2007).

Portanto, a situação indutora de *stress* consiste no acontecimento que gera uma resposta de *stress* através de uma avaliação cognitiva, com o objetivo de verificar se a situação representa perigo para o bem-estar do indivíduo (White, 2012). Estas situações podem ser físicas (exemplo: privação de alimentos), psíquicas (exemplo: apresentações em público) e sociais (exemplo: desemprego) e de ordem externa, tal como referido anteriormente, ou interna, como pensamentos (Serra, 2007). Para além disso, estas situações exigem adaptação por parte do sujeito, tornando-se indutoras de *stress* quando este sente não possuir recursos suficientes para lidar com as mesmas (Serra, 2005; 2007).

Estas situações podem ser classificadas como ameaça, dano ou desafio, de acordo com a natureza temporal das mesmas (Lazarus & Folkman, 1984). A ameaça diz respeito a uma situação que ainda não surgiu, mas que, antecipadamente, provoca *stress*. O dano refere-se a uma situação adversa que já ocorreu, devendo o indivíduo aceitá-la ou

reinterpretá-la de forma positiva. O desafio reflete um acontecimento em que o sujeito sente que tem capacidades para atingir ou ultrapassar (Serra, 2007). De acordo com Lazarus (1999), a ameaça ou o dano apresentam maior probabilidade de originar consequências psíquicas nos sujeitos.

No que respeita às suas fases, o *stress* apresenta três fases diferentes – alarme, resistência e exaustão. Na fase de alarme, o sistema nervoso central percebe a situação e prepara o organismo para a defesa. Quando o *stressor* perdura por um período prolongado de tempo, levando a um aumento da capacidade de resistência do organismo, segue-se a fase de resistência. Quando a situação persiste, a capacidade de resistência diminuiu, passando o organismo para a fase de exaustão. Nesta fase os sintomas presentes na fase de alerta reaparecem mais acentuados, acompanhados de outros sintomas tornando o indivíduo mais vulnerável a doenças, existindo então uma incapacidade de adaptação do organismo ao estímulo *stressor*, levando a uma quebra da homeostasia e ao desenvolvimento de diversas patologias (Pafaro & Martino, 2004).

O *stress* manifesta-se através de alguns sintomas, que variam de acordo com os indivíduos (Lazarus & Folkman, 1984; Wright & Sayre-Adams, 2012), tendo em conta fatores biológicos, psicológicos (Serra, 2005), de personalidade (Grant & Langan-Fox, 2006; Serra, 2005; 2007) e sociais (Serra, 2005), nomeadamente culturais (Schaffer-Kalkhoff & Adler, 2005; Serra, 2007), o tipo de educação parental (Schaffer-Kalkhoff & Adler, 2005), o tipo de situação, a capacidade do indivíduo para lidar com a situação e a sensação ou não de controlo sobre a mesma (Serra, 2007).

Portanto, o *stress* é um fenómeno complexo que envolve vários sistemas de resposta, designadamente fisiológico, cognitivo, emocional e comportamental (Campbell & Ehlert, 2012; Serra, 2007).

Quando o *stress* se manifesta de forma intensa, repetitiva e prolongada conduz a consideráveis consequências que atingem o bem-estar e a saúde física e psíquica dos sujeitos (Pafaro & Martino, 2004; Paschoal & Tamayo, 2004; Pinto & Silva, 2005; Serra, 2007). Neste sentido, o *stress* pode evocar emoções negativas perturbadoras, originar ou agravar o desenvolvimento de uma doença física ou psíquica, influenciar de forma negativa alguns domínios da vida dos sujeitos (económico, familiar, laboral, social), proporcionar um maior número de acidentes laborais ou rodoviários, prejudicar

o processo de tomada de decisão e provocar alterações do sono, da vida sexual, do metabolismo e do sistema imunitário (Serra, 2007).

Enquanto problemática, o *stress* provoca inúmeros problemas ao nível da saúde, nomeadamente no sistema cardiovascular (Adler & Matthews, 1994; Backer-Fulghum, Patock-Peckham, King, Roufa & Hagen, 2012; Callegari, 2000; Serra, 2007), no sistema digestivo (Babygirija et al., 2012; Backer-Fulghum et al., 2012; Callegari, 2000; Serra, 2007), no sistema hormonal (Callegari, 2000), doenças infecciosas (Adler & Matthews, 1994; Serra, 2007; Warren et al., 2014), e complicações durante a gravidez (Adler & Matthews, 1994). Para além disso, esta problemática pode provocar ainda ansiedade, irritabilidade, insónias, depressão, fadiga (Callegari, 2000), problemas no funcionamento sexual (Hamilton & Meston, 2013), mal-estar, incapacidade e morte prematura (Backer-Fulghum et al., 2012; Serra, 2007) e comportamentos de risco (Pinto & Silva, 2005). Esta problemática pode conduzir a perturbações mentais (Abbott, 2012; Callegari, 2000; Lopes, Faerstein & Chor, 2003), nomeadamente alimentares (Callegari, 2000) e de dependência de substâncias (Backer-Fulghum et al., 2012; Serra, 2007), tais como álcool (Backer-Fulghum et al., 2012; Callegari, 2000), tabagismo (Callegari, 2000; Finkelstein, Kubzansky & Goodman, 2006; Serra, 2007) e fármacos (Callegari, 2000). A dependência de substâncias, normalmente, surge com o intuito de aliviar a sintomatologia provocada pelo *stress* (Backer-Fulghum et al., 2012; Serra, 2007).

Para além destas problemáticas, Chen e Qian (2012) concluíram que os indivíduos que relatam altos níveis de *stress*, a maioria dos dias, apresentam um aumento moderado no risco de obesidade, especialmente no sexo feminino.

Deste modo, é possível verificar que o *stress* provoca danos consideráveis no ser humano, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida de milhões de indivíduos mundialmente (Serra, 2007).

Estudos neste domínio evidenciam que o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de *stress* (Byrne, Byrne & Reinhart, 1995; Byrne & Mazanov, 2003; Hamilton & Meston, 2013; Matud, 2004; Moksnes, Moljord, Espnes & Byrne, 2010; Schmaus, Laubmeier, Boquiren, Herzer & Zakowski, 2008; Stein & Nyamathi, 1999), acompanhados ainda com mais problemas crónicos, conflitos, bem como exigências e frustrações diárias (Matud, 2004). Este autor ainda refere que as mulheres com mais filhos mencionam níveis mais elevados de *stress*.

Para além disso, existem estudos que refletem diferenças de género em função da sensibilidade perante situações indutoras de *stress* (Matud, 2004; Serra, 2007), embora a capacidade de adaptação ao *stress* seja quase idêntica em ambos os sexos (Callegari, 2000).

Neste sentido, Matud (2004) verificou que as mulheres mencionam maioritariamente a família e a saúde como situações indutoras de *stress*, enquanto os homens relatam o trabalho, as finanças e as relações interpessoais. Enquanto, Kendler, Thornton e Prescott (2001) apuraram que as mulheres referem maioritariamente situações indutoras de *stress* de natureza interpessoal, enquanto os homens mencionam situações legais e laborais.

Barros e Nahas (2001), ao estudarem a prevalência e a inter-relação entre fatores comportamentais de risco à saúde verificaram que os homens apresentavam uma menor perceção de exposição a níveis elevados de *stress*, bem como os indivíduos solteiros de ambos os sexos, sem filhos e com maior nível educacional. Estes autores ainda verificaram que indivíduos com uma alimentação equilibrada e indivíduos ativos apresentam menor perceção de exposição a níveis elevados de *stress*.

Sahoo e Khess (2010), ao estudarem a ansiedade, a depressão e o *stress* em jovens universitários, constataram que a maioria da amostra apresentava sintomatologia ansiosa (24.4%), seguindo-se o *stress* (20%) e a sintomatologia depressiva (18.5%).

Bayram e Bilgel (2008) ao estudarem a prevalência e as correlações sócio-demográficas com a depressão, ansiedade e *stress* em jovens universitários verificaram que estes apresentavam médias altas de depressão, ansiedade e *stress*, o que corrobora o estudo supramencionado.

Bartley e Roesch (2011), ao estudarem o *stress* também em jovens universitários, entre os 17 e os 25 anos de idade, notaram que a maioria relatava os trabalhos académicos como indutores de *stress* (28.4%) geralmente todos os dias, seguindo-se as relações interpessoais com os pares (20.7%) ou familiares (17.5%), preocupações financeiras (7.1%) e preocupações relacionadas com o trabalho (6.8%).

Iwanaga, Yokoyama e Seiwa (2004) ainda verificaram que os indivíduos otimistas apresentam níveis mais baixos de *stress* do que os indivíduos pessimistas.

Xia, Ding, Hollon e Wan (2013) concluíram que a responsabilidade pessoal, a responsabilidade interpessoal e a independência pessoal são preditores negativos de *stress*.

Em suma, apesar do *stress* representar um dos problemas mais comuns da atualidade, este ainda se apresenta como um conceito vago, complexo (Grazini & Swendsen, 2007) e de difícil concetualização (Stracciarini & Trócoli, 2001), marcado pela pressão que exerce sobre os indivíduos (Serra, 2007).

2.4. Síntese integrativa

De acordo com a World Health Organization (2013), a doença mental refere-se ao sofrimento, incapacidade ou morbidade, perturbações neurológicas e de uso de substâncias, desencadeadas devido a fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

Desta forma, no presente estudo foram focadas três patologias com elevada incidência na população em geral (Buttorff et al., 2012; Callegari, 2000; WHO, 2004; 2008; 2012; WHO & Wonca, 2008), especialmente em mulheres (Astbury, 2001; Boing et al., 2012; Hollander & Simeon, 2008; Matud, 2004; Neria et al., 2010; Oliveira et al., 2006; Teodoro, 2010; WHO, 2000; 2008; 2012; WHO & Wonca, 2008) – depressão, ansiedade e *stress*.

A depressão apresenta uma sintomatologia multifacetada, a sua manifestação varia consoante o sujeito (Maia, 1999; Monteiro, 2012) e é marcada por humor depressivo e/ou perda de prazer ou interesse (APA, 2002). Esta patologia consiste na maior causa de incapacidade (Bahls, 2002; Boing et al., 2012; Gonçalves & Fagulha, 2004; Maia, 1999; Matos et al., 2006; Maurício, 2010; Monteiro, 2012; Neto & Alves, 2012; Oliveira et al., 2006; Paranhos & Werlang, 2009; Teng et al., 2005; Weissman, 2009; WHO, 2012), podendo levar ao suicídio (Teodoro, 2010).

Por sua vez, a ansiedade, enquanto problemática, é marcada pela sua intensidade excessiva em relação ao estímulo stressante (Anderson et al., 2012; Bauer, 2004; Castillo et al., 2000; Torpy, 2011). A sua sintomatologia pode ser agrupada em quatro grupos de sintomas, nomeadamente, humor, cognitivos, somáticos e motores (Holmes, 2001). Esta patologia é percebida como debilitante (Johansen, 2013) e é considerada um problema grave de saúde pública (WHO, 2008).

Por último, o *stress* é considerado a epidemia da atualidade (Callegari, 2000) e consiste numa resposta a uma situação indutora de *stress* (Warren et al., 2014), que pode ser física, psicológica ou social e, ainda, externa ou interna (Serra, 2007). A exposição intensa, repetitiva e prolongada a esta problemática acarreta consequências significativas na saúde mental e física dos indivíduos (Pafaro & Martino, 2004; Paschoal & Tamayo, 2004; Pinto & Silva, 2005; Serra, 2007).

A alta prevalência e a influência destas patologias na saúde física dos sujeitos salienta a importância do estudo das mesmas na população em geral, em especial nos adolescentes e jovens, sendo esta a “população futura”.

Deste modo, o presente estudo foca-se na avaliação da saúde mental positiva e da psicopatologia – depressão, ansiedade e *stress* - em jovens açorianos entre os 18 e os 30 anos de idade, que será em seguida apresentado.

Capítulo III - Caracterização da saúde mental numa população jovem dos açores: da psicopatologia ao bem-estar

O conceito de saúde mental ainda é observado de acordo com o modelo médico, ou seja, associado à presença ou ausência de doença mental, negligenciando-se, desta forma, os aspetos emocionais, psicológicos e sociais que contribuem para a definição do mesmo (Keyes, 2005). Em Portugal ainda se verifica esta negligência na definição da saúde mental, sendo poucos os autores que se debruçam sobre o estudo deste conceito, tendo em conta a sua vertente positiva e psicopatológica.

De acordo com diversos autores, prevê-se que em 2020 a depressão aumente a sua prevalência, passando a ser o segundo problema que saúde da população em geral (Bahls, 2002; Pinheiro, 2005; WHO, 2003), sendo que 20% dos jovens apresentarão um caso de depressão clínica (Lewinsohn, Lúpulo, Roberts & Seeley, 1993, citados por Keyes, 2007).

Deste modo, sendo esta a “população do futuro”, denota-se de especial importância estudar os níveis de saúde mental e, conseqüentemente, de bem-estar que esta população apresenta, a fim de se poder intervir, com intuito de promover a saúde mental, numa perspectiva positiva.

3.1. Objetivos do estudo

O presente estudo apresenta como principal objetivo a caracterização da saúde mental de jovens adultos açorianos. Especificamente, pretende-se:

- a) Caracterizar a saúde mental dos participantes relativamente à doença mental/psicopatologia e à saúde mental positiva/bem-estar;
- b) Analisar a relação entre os níveis de doença mental/psicopatologia e saúde mental positiva/bem-estar;
- c) Analisar as diferenças na saúde mental positiva/bem-estar e os níveis de doença mental/psicopatologia de acordo com variáveis socio-demográficas, nomeadamente idade, género, estado civil, situação profissional, habilitações académicas, descendência, local de residência, desejo de sair da ilha, participação em atividades não remuneradas, acompanhamento psicológico e satisfação com a rede de cuidados de saúde.

3.2. Método

A metodologia utilizada é de índole quantitativa, procurando-se através da utilização de instrumentos psicométricos, como técnica de recolha de dados, avaliar a saúde mental positiva, o bem-estar, bem como os níveis de ansiedade, depressão e *stress* da população em estudo.

3.2.1. Amostra

Este estudo compreende uma amostra de conveniência, composta por 157 jovens, 79 do sexo masculino e 78 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos de idade (com uma média de 23.5 e desvio padrão de 3.7), residentes na ilha de São Miguel, nos Açores.

No que se refere ao estado civil, a maioria dos participantes é solteiro (80.09%), seguindo-se os indivíduos que se encontram casados (17.8%) (cf. Tabela 3).

Quanto às habilitações académicas, a maioria dos participantes apresenta o ensino secundário (51.0%), seguindo-se aqueles que apresentam o ensino básico (28.0%) e licenciatura (18.5%) (cf. Tabela 3).

No atinente à situação profissional, a maioria dos participantes encontra-se empregado (39.5%), seguindo-se os estudantes (33.1%) (cf. Tabela 3).

No que respeita à composição do agregado familiar, a maioria dos participantes apresenta um agregado composto por quatro pessoas (25.5%) (cf. Tabela 3).

No que concerne à descendência, a maioria dos participantes não tem filhos ($n = 128$; 81.5%), sendo que, dos participantes que responderam afirmativamente ($n = 29$; 18.5%), a maioria tem apenas um filho (65.5%) (cf. Tabela 3).

No respeitante ao concelho de residência, a maioria dos participantes reside no concelho de Ponta Delgada (82.8%), ficando distribuídos por diferentes freguesias deste concelho, seguindo-se aqueles residentes no concelho de Vila Franca do Campo (7.0%) (cf. Tabela 3).

Tabela 3

Caraterização sócio-demográfica dos participantes quanto ao estado civil, habilitações académicas, situação profissional, agregado familiar, número de filhos e concelho de residência

		Amostra (N=157)	
		<i>N</i>	<i>%</i>
Estado civil	Solteiro	127	80.09
	Casado	28	17.8
	NR	2	1.3
Habilitações académicas	Ensino básico	44	28.0
	Ensino secundário	80	51.0
	Licenciatura	29	18.5
	NR	4	2.5
Situação profissional	Estudante	52	33.1
	Empregado	62	39.5
	Desempregado	37	23.6
	NR	6	3.8
Agregado familiar	1 pessoa	6	3.8
	2 pessoas	18	11.5
	3 pessoas	39	24.8
	4 pessoas	40	25.5
	5 pessoas	24	15.3
	6 pessoas	8	5.1
	7 pessoas	4	2.5
	9 pessoas	3	1.9
	NR	15	9.6
Número de filhos	1 filho	19	12.1
	2 ou mais filhos	10	6.4
	NR	128	81.5
Concelho	Ponta Delgada	130	82.8
	Lagoa	5	3.2
	Vila Franca do Campo	11	7.0
	Povoação	2	1.3
	Ribeira Grande	4	2.5
	NR	5	3.2

No que concerne ao desejo destes jovens em sair da ilha, a maioria refere não partilhar desse desejo ($n = 82$; 52.2%), sendo que, dos indivíduos que desejam sair ($n = 74$; 47.1%), a atribui essa motivação a questões de trabalho (33.8%) (cf. Tabela 4).

No atinente à realização de atividades não remuneradas, a maioria dos participantes menciona não participar (67.5%) (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Caraterização sócio-demográfica dos participantes relativamente ao motivo para sair da ilha e à participação em atividades não remuneradas

		Amostra (N=157)	
		N	%
Motivo para sair da ilha	Estudar	15	9.6
	Trabalhar	53	33.8
	Outro	5	3.2
	NR	84	53.5
Participação em atividades não remuneradas	Sim	48	30.6
	Não	106	67.5
	NR	3	1.9

A maioria dos participantes refere nunca ter tido acompanhamento psicológico ($n = 139$; 88.5%). Dos indivíduos que mencionaram já ter tido, ou ter, acompanhamento psicológico ($n = 17$; 10.8%), o problema maioritariamente referido é depressão (3.8%) (cf. Tabela 5).

No que respeita à ingestão de fármacos para problemas psiquiátricos, a maioria dos inquiridos respondeu negativamente (95.5%) (cf. Tabela 5).

Por último, no que concerne à utilização das redes de cuidados de saúde, a maioria dos participantes respondeu afirmativamente ($n = 107$; 68.2%) e sentir-se moderadamente satisfeito com os mesmos (33.8%) (cf. Tabela 5), obetendo-se, assim, um valor médio de 3.47, que corresponde a uma satisfação moderada.

Tabela 5

Caraterização sócio-demográfica dos participantes em função do motivo de acompanhamento psicológico, ingestão de medicação psiquiátrica e satisfação com a rede de cuidados de saúde

		Amostra (N=157)			
		<i>n</i>	%	Média	Desvio padrão
Motivo para acompanhamento psicológico	Depressão	6	3.8		
	Ansiedade	1	.6		
	Perturbação Esquizótipica da Personalidade	1	.6		
	Divórcio dos pais	1	.6		
	Violação	1	.6		
	Problemas familiares	2	1.3		
	Problemas escolares	3	1.9		
	Adaptação à universidade	1	.6		
	Problemas na adolescência	1	.6		
	NR	140	89.2		
Ingestão de medicação psiquiátrica	Sim	5	3.2		
	Não	150	95.5		
	NR	2	1.3		
Satisfação com a rede de cuidados de saúde	Ligeiramente insatisfeito	15	8.9		
	Nem satisfeito nem insatisfeito	35	22.3		
	Moderadamente satisfeito	53	33.8	3.47	.79
	Muito satisfeito	6	3.8		
	NR	49	31.2		

3.2.2. Instrumentos

Atendendo aos objetivos desta investigação, os instrumentos de recolha de dados utilizados foram o Questionário Sócio-Demográfico, construído para o efeito (cf. Anexo II), a Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) (cf. Anexo III), a Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (Adultos) (MHC-SF) (cf. Anexo IV) e a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21) (cf. Anexo V).

3.2.2.1. Questionário sócio-demográfico

Este questionário é composto por 13 questões que pretendem caracterizar os participantes no que respeita à idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional, composição do agregado familiar, descendência, local de residência, desejo de sair da ilha, envolvimento em atividades não remuneradas, acompanhamento psicológico e frequência e satisfação com as redes de cuidado de saúde.

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

A escala WEMWBS é composta por 14 itens que avaliam a dimensão hedónica e eudaimónica da saúde mental, incluindo o afeto positivo, relações interpessoais satisfatórias e funcionamento positivo (Tennant et al., 2007).

Os itens refletem sentimentos e pensamentos, sobre os quais os indivíduos devem responder conforme a sua experiência, ao longo das últimas duas semanas, numa escala tipo *likert* de 5 pontos, em que o 1 representa nunca e o 5 sempre. O mínimo de pontuação nesta escala é de 14, sendo o máximo de 70. O score total desta escala é calculado através da soma das respostas a cada item, representando as pontuações elevadas altos níveis de bem-estar mental (Tennant et al., 2007).

Inúmeros estudos permitem referir que esta escala apresenta uma boa validade, confiança e consistência interna (Clarke et al., 2011; Lloyd & Devine, 2012; López et al., 2013; Tennant et al., 2007), que é aplicável a diferentes grupos sociais (Taggart et al., 2013) e que possui boas qualidades psicométricas (Clarke et al., 2011; Taggart et al., 2013).

No presente estudo foram calculados os valores do *alpha de Cronbach* para o total WEMWBS. Assim, os valores encontrados para os 14 itens traduzem uma consistência interna muito boa ($\alpha = 0.90$).

3.2.2.3. Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (Adultos) (MHC-SF)

No atinente à escala MHC-SF, esta foi desenvolvida para colmatar a ausência de instrumentos que avaliassem as três dimensões da saúde mental positiva – bem-estar emocional, psicológico e social (Lamers et al., 2011).

Este instrumento é composto por 14 itens que avaliam as dimensões supracitadas (Keyes et al., 2012; Keyes, et al, 2008; Lamers et al., 2011; Matos et al., 2010). Cada item representa o sentimento de bem-estar, bem como a frequência com que o experienciou, classificada numa escala tipo *likert* de 6 pontos, em que 1 representa “nunca” e 6 “todos os dias” (Joshani et al., 2013). Assim, os itens encontram-se distribuídos pelas três dimensões, sendo o bem-estar emocional composto pelos itens 1, 2 e 3, o bem-estar social pelos itens 4, 5, 6, 7 e 8 e, finalmente, o bem-estar psicológico pelos itens 9, 10, 11, 12, 13 e 14 (Matos et al., 2010).

No atinente aos scores totais para cada dimensão, estes encontram-se entre os valores 3-18 no bem-estar emocional, 6-36 no bem-estar psicológico e, por fim, 5-30 no bem-estar social (Joshani et al., 2013).

Este instrumento categoriza os indivíduos em três categorias – *flourishing*, *languishing* e saúde mental moderada. Para que estes sejam categorizados como *flourishing* devem pontuar com 5 ou 6 em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo – bem-estar social e bem-estar psicológico. Por seu turno, para que os indivíduos sejam classificados como *languishing* necessitam pontuar com 1 ou 2 em, pelo menos, um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo. Quando os indivíduos pontuam 3 ou 4 em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo são classificados com saúde mental moderada (Keyes, 2007).

Inúmeros estudos em diferentes contextos culturais revelam a validade e confiança deste instrumento de avaliação, confirmando o modelo do duplo contínuo (Keyes et al., 2008;

Lamers et al., 2011). Portanto, estes resultados corroboram a ideia de que a ausência de psicopatologia não implica necessariamente a presença de sentimentos positivos e um bom funcionamento individual e social, bem como o oposto (Lamers et al., 2011).

Estudos realizados confirmam as três dimensões da saúde mental positiva proposta por Keyes em 2002, bem como a sua aplicabilidade em diferentes contextos culturais (Joshani et al., 2013; Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011).

Para além disso, Lamers e colaboradores (2011) verificaram ainda que o MHC-SF é sensível a alterações e estável ao longo do tempo.

Para a amostra do presente estudo foram calculados os valores do *alpha de Cronbach* para o total da MHC-SF e também a nível dos factores bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico. Os resultados encontrados reflectem valores aceitáveis (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Coefficientes de Consistência Interna da MHC-SF no presente estudo

	Número de itens	Alpha de Cronbach
Total MHC-SF	14	0.80
Bem-estar Emocional	3	0.72
Bem-estar social	5	0.68
Bem-estar psicológico	6	0.78

3.2.2.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Esta escala é composta por três subescalas – Ansiedade, Depressão e *Stress* – cada uma delas avaliada através de sete itens (Apóstolo, Mendes & Rogrigues, 2007; Gloster et al., 2008; Norton, 2007; Oei, Sawang, Goh & Mukhtar, 2013; Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) que consistem em afirmações que remetem para sintomas emocionais negativos (Lovibond & Lovibond, 1995; Norton, 2007; Pais-Ribeiro et al., 2004). Os indivíduos devem responder de acordo com a frequência ou gravidade, numa escala tipo *likert* de 4 pontos (0 “não se aplicou nada a mim” a 3 “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”), tendo em conta a última semana (Norton, 2007; Pais-Ribeiro et al., 2004).

Cada subescala envolve diversos conceitos. Deste modo, a subescala referente à ansiedade envolve conceitos como ativação do sistema nervoso autónomo, efeitos músculo esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. A subescala da depressão inclui disforia, desanimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia. Por fim, a subescala do *stress* abrange dificuldade em relaxar, excitação nervosa, agitação, irritabilidade ou reação exagerada e impaciência (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Estas subescalas encontram-se positiva e moderadamente correlacionadas entre si, em especial a subescala do *stress* manifesta-se mais estreitamente associada à ansiedade do que à depressão (Lovibond & Lovibond, 1995).

O resultado de cada subescala é calculado através da soma das respostas aos sete itens que a compõem, sendo que este resultado pode variar entre 0 (mínimo possível de pontuação) e 21 (máximo possível de pontuação), sendo que quanto maior for o seu score, maior será a ansiedade, depressão e/ou *stress* (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Alguns estudos evidenciam que o instrumento apresenta uma boa consistência interna (Apóstolo et al., 2007; Gloster et al., 2008; Norton, 2007; Willemsen, Markey, Declercq & Vanheule, 2010), validade concomitante (Apóstolo et al., 2007), bem como qualidades psicométricas que evidenciam a boa fiabilidade (Apóstolo et al., 2007; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004). Esta escala ainda apresenta uma boa validade para jovens adultos, adultos (Willemsen et al., 2010) e adultos mais velhos (Gloster et al., 2008).

Neste estudo foram calculados os valores do *alpha de Cronbach* para o total da EADS-21 e também a nível das subescalas depressão, ansiedade e *stress*. Os resultados encontrados reflectem valores bastante aceitáveis (cf. Tabela 7).

Tabela 7

Coefficientes de Consistência Interna da EADS-21 no presente estudo

	Número de itens	Alpha de Cronbach
Total EADS-21	21	0.97
Depressão	7	0.92
Ansiedade	7	0.93
Stress	7	0.91

3.2.3. Procedimento

Para a realização do presente estudo procedeu-se, primeiramente, ao pedido de autorização aos autores dos instrumentos utilizados. Deste modo, no que respeita à *Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (MHC-SF)* e à *Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)*, a Professora Doutora Carla Fonte autorizou a sua utilização. Quanto à *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)*, esta encontra-se publicada, não sendo necessária a autorização por parte dos seus autores.

Posteriormente, o projeto deste estudo foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, que declarou um parecer favorável ao desenvolvimento do mesmo.

O acesso aos participantes foi facilitado através das Juntas de Freguesia de Mosteiros, Ginetes, Candelária e Relva. Deste modo, as referidas juntas de freguesia foram contactadas, por forma a facilitarem uma listagem dos grupos juvenis existentes nas mesmas bem como os respetivos responsáveis.

Posteriormente, os responsáveis pelos grupos juvenis foram contactados, sendo esclarecido o objetivo do contacto bem como a possível participação do grupo em questão na investigação, acordando-se assim uma data e horário para apresentação do estudo aos jovens do respetivo grupo.

No início da recolha dos dados, os participantes foram esclarecidos acerca da natureza, o formato e os objetivos do estudo, assinando um formulário de consentimento

informado, garantindo que compreenderam a proposta de pesquisa e autorizam a utilização dos dados fornecidos (cf. Anexo VI).

Posteriormente, procedeu-se à distribuição dos formulários com os instrumentos e esclarecimento acerca das instruções para preenchimento, havendo lugar para esclarecimento de dúvidas a qualquer momento.

Após o preenchimento dos questionários, estes foram colocados e selados em envelopes previamente distribuídos e os consentimentos informados foram colocados em envelopes diferentes, agradecendo-se aos participantes a atenção e disponibilidade.

Para a análise dos dados recorreu-se ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 22), sendo utilizadas análises descritivas, o Teste de Associação – Coeficiente de Correlação de Pearson e Testes de Diferenças em Contexto de *Design Inter-Sujeitos*, nomeadamente o Teste T para Amostras Independentes, a Análise de Variância (ANOVA) Unifactorial e o Teste Alpha de Cronbach para calcular a consistência interna dos instrumentos.

3.3. Análise de dados

A caracterização da saúde mental de jovens adultos açorianos foi concretizada através dos seguintes pontos:

A) Caracterização da saúde mental dos participantes relativamente à doença mental/psicopatologia e à saúde mental positiva/ bem-estar.

No que respeita aos níveis de depressão, ansiedade e *stress*, tendo em conta as pontuações mínimas e máximas possíveis, é possível verificar-se que os participantes pontuam relativamente baixo nestes construtos, apresentando assim baixos níveis de psicopatologia (cf. Tabela 8).

Tabela 8

Caraterização da saúde mental dos participantes em relação à depressão, à ansiedade e ao stress

	Amostra (N=157)			
	Mínimo ¹	Máximo ²	Média	Desvio Padrão
Depressão	.00	21.00	5.06	5.19
Ansiedade	.00	21.00	4.87	5.51
Stress	.00	21.00	6.92	5.16

No que respeita à escala de bem-estar mental (WEMWBS), tendo em conta os valores mínimos e máximos possíveis, é possível verificar-se que os participantes pontuam relativamente alto (cf. Tabela 9).

Quanto à Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF), pode concluir-se que os indivíduos se encontram em *flourishing*, uma vez que os participantes pontuam relativamente alto, tendo em conta os valores mínimos e máximos possíveis nesta escala (cf. Tabela 9).

Tabela 9

Caraterização da saúde mental dos participantes em relação ao bem-estar mental em geral (WEMWBS), ao bem-estar emocional, ao bem-estar social e ao bem-estar psicológico

	Amostra (N= 157)			
	Mínimo ³	Máximo ⁴	Média	Desvio Padrão
WEMWBS	14.00	70.00	52.64	7.81
Bem-estar Emocional	3.00	18.00	14.62	2.20
Bem-estar Social	5.00	30.00	18.46	4.83
Bem-estar Psicológico	6.00	36.00	29.08	4.38

No que concerne aos estados de saúde mental, é possível verificar-se que a maioria dos indivíduos se encontra em *flourishing* (58.6%), evidenciando, assim, saúde mental positiva/bem-estar (cf. Tabela 10).

¹ Valores possíveis.

² Valores possíveis.

³ Valores possíveis.

⁴ Valores possíveis.

Tabela 10*Caraterização dos estados de saúde mental positiva dos participantes*

		Amostra (N=157)		
		%	Média	Desvio Padrão
Estados de saúde mental positiva	<i>Flourishing</i>	58.6	1.41	.49
	Saúde mental moderada	38.2	1.62	.49
	<i>Languishing</i>	3.2	1.97	.18

Em suma, tendo em conta as pontuações mínimas e máximas possíveis nas escalas supramencionadas, é possível verificar que os participantes evidenciam baixos níveis de psicopatologia (depressão, ansiedade e *stress*) e níveis relativamente elevados de saúde mental positiva, evidenciando deste modo saúde mental em geral.

B) Analisar a relação entre os níveis de doença mental/psicopatologia e a saúde mental positiva/bem-estar.

No respeitante à relação entre os níveis de psicopatologia e de saúde mental positiva, existe uma correlação negativa e altamente significativa entre a depressão e o bem-estar emocional, ($r = -.28, p = .00$), e o *stress* e o bem-estar emocional, ($r = -.29, p = .00$). A ansiedade e o bem-estar emocional encontram-se também associados de forma negativa e significativa, ($r = -.18, p = .03$) (cf. Tabela 11).

Quanto à relação entre os níveis de psicopatologia e os estados de saúde mental positiva, existe uma correlação positiva e significativa entre os níveis de depressão e o estado de *flourishing* ($r = .17, p = .04$), e uma correlação negativa e significativa entre os níveis de depressão e o estado de saúde mental moderada ($r = -.19, p = .02$) e entre os níveis de *stress* e o estado de saúde mental moderada ($r = -.18, p = .03$) (cf. Tabela 11).

Tabela 11

Correlações entre a depressão, a ansiedade e o stress e o bem-estar mental em geral (WEMWBS), o bem-estar emocional, o bem-estar social, bem-estar psicológico e os estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing)

	Amostra (N = 157)		
	Depressão	Ansiedade	Stress
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
WEMWBS	-.12	.006	-.07
Bem-estar emocional	-.28**	-.18*	-.29**
Bem-estar social	-.12	.15	.08
Bem-estar psicológico	-.05	.05	.04
<i>Flourishing</i>	.17*	.12	.15
Saúde mental moderada	-.19*	-.15	-.18*
<i>Languishing</i>	.07	.08	.08

* $p < .05$

Estes resultados permitem-nos concluir que quando os níveis de bem-estar emocional aumentam, os níveis de depressão, ansiedade e *stress* diminuem, e vice-versa. Para além disso, quando os níveis de saúde mental aumentam, os níveis de depressão e *stress* diminuem e vice-versa. Por outro lado, quando os níveis de *flourishing* aumentam, os níveis de depressão também aumentam.

- C) Analisar as diferenças na saúde mental positiva/bem-estar e os níveis de doença mental de acordo com idade, género, estado civil, situação profissional, habilitações académicas, descendência, local de residência, desejo de sair da ilha, participação em atividades não remuneradas, acompanhamento psicológico e utilização e satisfação com a rede de cuidados de saúde.**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os limites cronológicos da adolescência situam-se entre os 10 e os 19 anos de idade. No entanto, segundo a Organização das Nações Unidas, a adolescência é considerada entre os 15 e os 24 anos de idade, para fins estatísticos (Eisenstein, 2005; WHO, 1986). Assim, no presente estudo, os participantes foram divididos em dois grupos de idades, nomeadamente o grupo dos 18 aos 25 e o grupo dos 26 aos 30 anos, tendo em conta os critérios da Organização das Nações Unidas.

No que respeita à idade, existem diferenças significativas, ao nível da ansiedade, ($t_{(155)} = -2.22, p = .03$), do bem-estar mental em geral (WEMWBS), ($t_{(155)} = -2.78, p = .006$), do bem-estar social, ($t_{(155)} = -3.38, p = .001$), e do bem-estar psicológico, ($t_{(155)} = -2.62, p = .01$) (cf. Tabela 12), verificando-se que os jovens de mais idade pontuam mais elevado nestas dimensões. Não existindo diferenças significativas, ao nível da depressão, ($t_{(155)} = -1.29, p = .198$), *stress*, ($t_{(155)} = -1.61, p = .110$), e bem-estar emocional, ($t_{(155)} = -.79, p = .434$) (cf. Tabela 12).

Existem ainda diferenças significativas, quanto à idade, ao nível do estado de *flourishing* ($t_{(155)} = 2.36, p = .02$), sendo os jovens entre os 18 e os 25 anos de idade quem apresentam níveis mais elevados de saúde mental positiva/bem-estar. No entanto, não existem diferenças significativas relativamente ao estado de saúde mental moderada ($t_{(155)} = -1.81, p = .07$) e ao estado de *languishing* ($t_{(155)} = -1.56, p = .12$) (cf. Tabela 12).

Tabela 12

Diferenças entre os jovens dos 18 aos 25 anos de idade e os jovens entre os 26 e os 30 anos de idade, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing)

	Idade		$t_{(155)}$
	18-25 anos ($n = 107$) Média (DP)	26-30 anos ($n = 50$) Média (DP)	
Depressão	4.69 (4.61)	5.84 (6.23)	-1.29
Ansiedade	4.22 (4.84)	6.28 (6.56)	-2.22*
<i>Stress</i>	6.47 (4.62)	7.88 (6.09)	-1.61
WEMWBS	51.48 (8.14)	55.12 (6.45)	-2.78**
Bem-estar emocional	14.52 (2.13)	14.82 (2.36)	-.79
Bem-estar social	17.60 (4.83)	20.30 (4.31)	-3.38**
Bem-estar psicológico	28.47 (4.73)	30.40 (3.18)	-2.62*
<i>Flourishing</i>	1.48 (.50)	1.28 (.45)	2.36*
Saúde mental moderada	1.57 (.50)	1.72 (.45)	-1.81
<i>Languishing</i>	1.95 (.21)	2.00 (.00)	-1.56

* $p < .05$

Quanto ao sexo, existem diferenças significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino ao nível da depressão, ($t_{(155)} = -2.23, p = .03$), da ansiedade, ($t_{(155)} = -2.69, p = .008$), do *stress*, ($t_{(155)} = -2.996, p = .003$), e do bem-estar emocional, ($t_{(155)} = 2.29, p = .02$) (cf. Tabela 13), verificando-se que o sexo feminino pontua mais elevado na ansiedade, depressão e *stress*, ao passo que os homens apresentam níveis mais elevados de bem-estar emocional.

Contudo, não existem diferenças significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino ao nível de bem-estar mental em geral (WEMWBS), ($t_{(155)} = 1.72, p = .09$), do bem-estar social, ($t_{(155)} = .52, p = .60$), do bem-estar psicológico, ($t_{(155)} = -.06, p = .96$), do estado de *flourishing* ($t_{(155)} = -1.53, p = .13$), de saúde mental moderada ($t_{(155)} = 1.38, p = .17$) e de *languishing* ($t_{(155)} = .47, p = .64$) (cf. Tabel 13).

Tabela 13

Diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing)

	Género		$t_{(155)}$
	Masculino ($n = 79$) Média (DP)	Feminino ($n = 78$) Média (DP)	
Depressão	4.15 (4.51)	5.97 (5.68)	-2.23*
Ansiedade	3.72 (4.69)	6.04 (6.04)	-2.69**
Stress	5.72 (4.53)	8.13 (5.49)	-2.996**
WEMWBS	53.70 (7.67)	51.56 (7.85)	1.72
Bem-estar emocional	15.01 (2.05)	14.22 (2.29)	2.29*
Bem-estar social	18.66 (4.58)	18.26 (5.08)	.52
Bem-estar psicológico	29.06 (4.57)	29.10 (4.21)	-.06
Flourishing	1.35 (.48)	1.47 (.50)	-1.53
Saúde mental moderada	1.67 (.47)	1.56 (.50)	1.38
Languishing	1.97 (.16)	1.96 (.19)	.47

* $p < .05$

No que concerne ao estado civil, existem diferenças significativas entre os indivíduos solteiros e os indivíduos casados ao nível da depressão, ($t_{(153)} = -3.18, p = .002$),

ansiedade, ($t_{(153)} = -3.82, p = .000$), *stress*, ($t_{(153)} = -2.69, p = .008$) e bem-estar social, ($t_{(153)} = -2.97, p = .003$) (cf. Tabela 14), verificando-se que os indivíduos casados são quem apresentam níveis mais elevados nestas dimensões.

Por outro lado, não existem diferenças significativas, ao nível da saúde mental positiva (WEMWBS), ($t_{(153)} = -1.45, p = .15$), do bem-estar emocional, ($t_{(153)} = -1.16, p = .25$), do bem-estar psicológico, ($t_{(153)} = -.62, p = .54$), do estado de *flourishing* ($t_{(153)} = .73, p = .46$), de saúde mental moderada ($t_{(153)} = -1.22, p = .23$) e de *languishing* ($t_{(153)} = 1.30, p = .20$). (cf. Tabela 14).

Tabela 14

Diferenças entre os indivíduos solteiros e os indivíduos casados, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing)

	Estado Civil		$t_{(153)}$
	Solteiro ($n = 128$) Média (DP)	Casado ($n = 28$) Média (DP)	
Depressão	4.46 (4.67)	7.82 (6.60)	-3.18**
Ansiedade	4.15 (4.98)	8.36 (6.55)	-3.82***
Stress	6.40 (4.73)	9.25 (6.46)	-2.69**
WEMWBS	52.13 (7.75)	54.46 (7.56)	-1.45
Bem-estar emocional	14.54 (2.13)	15.07 (2.51)	-1.16
Bem-estar social	17.93 (4.98)	20.86 (3.25)	-2.97**
Bem-estar psicológico	28.94 (4.09)	29.50 (5.47)	-.62
Flourishing	1.43 (.50)	1.36 (.49)	.73
Saúde mental moderada	1.59 (.49)	1.71 (.46)	-1.22
Languishing	1.98 (.15)	1.93 (.26)	1.30

*** $p < .001$

No respeitante às habilitações académicas, não existem diferenças significativas ao nível da ansiedade, ($F_{(2,150)} = 2.51, p = .08$), do *stress*, ($F_{(2,150)} = .88, p = .42$), da saúde mental positiva, ($F_{(2,150)} = 1.95, p = .15$), do bem-estar emocional, ($F_{(2,150)} = .36, p = .70$), do bem-estar social, ($F_{(2,150)} = .17, p = .84$), do bem-estar psicológico, ($F_{(2,150)} = .17, p = .86$), do estado de *flourishing* ($F_{(2,150)} = 1.38, p = .25$), de saúde mental

moderada ($F_{(2,150)} = .63, p = .54$) e de *languishing* ($F_{(2,150)} = 1.39, p = .25$). (cf. Tabela 15).

No entanto, existem diferenças significativas ao nível da depressão, ($F_{(2,150)} = 3.66, p = .028$), em função das habilitações académicas (cf. Tabela 15).

O Teste Post-Hoc de Gabriel revelou que os alunos do ensino básico relatam níveis mais elevados de depressão do que os indivíduos com licenciatura.

Tabela 15

Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing) em função das habilitações académicas

	Habilitações Académicas			$F_{(2,150)}$
	Ensino Básico ($n = 44$) Média (DP)	Ensino Secundário ($n = 80$) Média (DP)	Licenciatura ($n = 29$) Média (DP)	
Depressão	6.70 (6.70)	4.88 (4.42)	3.48 (4.15)	3.66*
Ansiedade	6.30 (6.78)	4.71 (5.13)	3.41 (4.20)	2.51
Stress	7.84 (6.28)	6.64 (4.75)	6.55 (4.52)	.88
WEMWBS	53.02 (7.61)	53.23 (7.66)	50.00 (8.31)	1.95
Bem-estar emocional	14.57 (2.36)	14.74 (2.09)	14.34 (2.21)	.36
Bem-estar social	18.09 (5.45)	18.61 (4.57)	18.55 (4.57)	.17
Bem-estar psicológico	28.73 (5.33)	29.18 (4.07)	29.03 (3.67)	.17
Flourishing	1.52 (.51)	1.38 (.49)	1.38 (.49)	1.38
Saúde mental moderada	1.55 (.50)	1.64 (.48)	1.66 (.48)	.63
Languishing	1.93 (.26)	1.99 (.11)	1.97 (.19)	1.39

* $p < .05$

No que respeita à situação profissional, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis em estudo (cf. Tabela 16).

Tabela 16

Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing) em função da situação profissional

	Situação Profissional			$F_{(2,148)}$
	Estudante ($n = 52$) Média (DP)	Empregado ($n = 62$) Média (DP)	Desempregado ($n = 37$) Média (DP)	
Depressão	4.52 (5.09)	4.79 (5.05)	6.59 (5.60)	1.95
Ansiedade	4.37 (5.15)	4.45 (5.67)	6.41 (5.81)	1.82
Stress	6.67 (4.72)	6.66 (5.58)	7.86 (5.29)	.73
WEMWBS	52.12 (8.32)	52.40 (7.27)	53.81 (8.05)	.56
Bem-estar emocional	14.45 (2.01)	14.68 (2.27)	14.89 (2.33)	.71
Bem-estar social	17.98 (4.57)	19.47 (4.86)	17.57 (4.80)	2.31
Bem-estar psicológico	29.02 (3.93)	29.60 (4.20)	28.27 (5.18)	1.07
Fourishing	1.42 (.50)	1.35 (.48)	1.51 (.51)	1.20
Saúde mental moderada	1.60 (.50)	1.66 (.48)	1.57 (.50)	.49
Languishing	1.98 (.14)	1.98 (.13)	1.92 (.28)	1.77

* $p < .05$

Quanto à descendência, os indivíduos com filhos relatam níveis significativamente superiores de depressão, ($t_{(155)} = 3.68, p = .000$), ansiedade, ($t_{(155)} = 4.10, p = .000$), e *stress*, ($t_{(155)} = 3.71, p = .000$), em relação aos indivíduos que não têm filhos. E os indivíduos sem filhos revelam níveis significativamente superiores de *languishing* ($t_{(155)} = -2.46, p = .02$) (cf. Tabela 17).

No entanto, não existe diferenças significativas entre estes dois grupos, ao nível da saúde mental positiva (WEMWBS), ($t_{(155)} = -.01, p = .99$), do bem-estar emocional, ($t_{(155)} = -.93, p = .36$), do bem-estar social, ($t_{(155)} = .41, p = .68$), do bem-estar psicológico, ($t_{(155)} = -.44, p = .66$) do estado de *flourishing* ($t_{(155)} = .41, p = .68$) e de saúde mental moderada ($t_{(155)} = .46, p = .65$) (cf. Tabela 17).

Tabela 17

Diferenças entre indivíduos com filhos e indivíduos sem filhos, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing)

	Descendência		<i>t</i> (155)
	Tem filhos (<i>n</i> = 29) Média (DP)	Não tem filhos (<i>n</i> = 128) Média (DP)	
Depressão	8.14 (6.46)	4.36 (4.61)	3.68***
Ansiedade	8.48 (6.88)	4.05 (4.82)	4.10***
<i>Stress</i>	10.00 (6.27)	6.22 (6.62)	3.71***
WEMWBS	52.62 (7.99)	52.64 (7.93)	-.01
Bem-estar emocional	14.28 (2.55)	14.70 (2.12)	-.93
Bem-estar social	18.79 (4.88)	18.38 (4.83)	.41
Bem-estar psicológico	28.76 (6.12)	29.16 (3.91)	-.44
<i>Flourishing</i>	1.45 (.51)	1.41 (.49)	.41
Saúde mental moderada	1.66 (.48)	1.61 (.49)	.46
<i>Languishing</i>	1.90 (.31)	1.98 (.13)	-2.46*

*** $p < .001$

No respeitante ao número de filhos, existem diferenças significativas entre os indivíduos com apenas um filho e os indivíduos com mais do que um filho ao nível da depressão, ($t_{(27)} = -2.64, p = .01$), ansiedade, ($t_{(27)} = -2.19, p = .04$), *stress*, ($t_{(27)} = -2.11, p = .04$), e bem-estar social, ($t_{(27)} = -2.44, p = .02$). Não existindo diferenças significativas entre os indivíduos com um ou com mais filhos ao nível da saúde mental positiva ($t_{(27)} = -1.12, p = .27$), do bem-estar emocional, ($t_{(27)} = -.49, p = .63$), do bem-estar psicológico ($t_{(27)} = -1.05, p = .30$), do estado de *flourishing* ($t_{(27)} = -.39, p = .70$), de saúde mental moderada ($t_{(27)} = .44, p = .66$) e de *languishing* ($t_{(27)} = -.04, p = .97$) (cf. Tabela 18).

Tabela 18

Diferenças entre os indivíduos com um filho e os indivíduos com mais do que um filho, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral

(WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (*flourishing*, saúde mental moderada e *languishing*)

	Número de Filhos		<i>t</i> (27)
	Um Filho (<i>n</i> = 19) Média (DP)	Mais do que um filho (<i>n</i> = 10) Média (DP)	
Depressão	6.05 (5.59)	12.10 (7.81)	-2.64**
Ansiedade	6.58 (5.75)	12.10 (7.68)	-2.19*
Stress	8.32 (5.32)	13.20 (6.96)	-2.11*
WEMWBS	51.42 (7.77)	54.90 (8.21)	-1.12
Bem-estar emocional	14.11 (3.00)	14.60 (1.43)	-.49
Bem-estar social	17.32 (4.97)	21.60 (3.37)	-2.44*
Bem-estar psicológico	27.89 (6.65)	30.40 (4.86)	-1.05
<i>Flourishing</i>	1.42 (.51)	1.50 (.53)	-.39
Saúde mental moderada	1.68 (.48)	1.60 (.52)	.44
<i>Languishing</i>	1.89 (.32)	1.90 (.32)	-.04

***p* < .01

No que concerne ao concelho de residência, os grupos não se distinguem para nenhuma das variáveis consideradas (cf. Tabela 19).

Tabela 19

Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing) em função do concelho de residência

	Concelhos					<i>F</i> (4,15)
	Ponta Delgada (<i>n</i> = 130)	Lagoa (<i>n</i> = 5)	Vila Franca do campo (<i>n</i> = 11)	Povoação (<i>n</i> = 2)	Ribeira Grande (<i>n</i> = 4)	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	
Depressão	5.33 (5.46)	5.60 (5.13)	2.73 (2.41)	3.50 (2.12)	3.50 (3.40)	.78
Ansiedade	5.18 (5.76)	4.80 (4.44)	2.45 (2.50)	.50 (.71)	4.75 (5.56)	.94
Stress	7.15 (5.36)	7.80 (4.21)	5.09 (3.56)	3.00 (.00)	6.75 (5.68)	.72
WEMWBS	52.36 (7.75)	50.20 (5.45)	55.91 (6.66)	47.50 (6.26)	53.00 (9.38)	.86
Bem-estar emocional	14.57 (2.22)	15.00 (2.35)	14.82 (2.48)	14.50 (.71)	15.25 (2.50)	.15
Bem-estar social	18.47 (4.95)	20.40 (2.30)	18.73 (3.88)	12.50 (4.95)	18.00 (5.94)	.97
Bem-estar psicológico	28.97 (4.16)	30.40 (5.03)	28.27 (6.39)	27.00 (9.90)	30.50 (2.38)	.42
Flourishing	1.43 (.50)	1.40 (.55)	1.27 (.47)	1.50 (.71)	1.50 (.58)	.29
Saúde mental moderada	1.60 (.49)	1.60 (.55)	1.82 (.41)	1.50 (.71)	1.50 (.58)	.58
Languishing	1.97 (.17)	2.00 (.00)	1.91 (.30)	2.00 (.00)	2.00 (.00)	.38

**p* < .05

Quanto ao desejo em sair da ilha, os indivíduos que não desejam sair da mesma relatam níveis significativamente superiores de depressão, ($t_{(154)} = -1.95, p = .05$), de ansiedade, ($t_{(154)} = -2.08, p = .04$), de bem-estar social, ($t_{(154)} = -3.94, p = .000$), e de *languishing* ($t_{(154)} = -2.42, p = .02$) do que os indivíduos que pretendem sair (cf. Tabela 20).

No entanto, não existem diferenças significativas entre os dois grupos, ao nível do *stress*, ($t_{(154)} = -1.19, p = .24$), do bem-estar mental em geral (WEMWBS), ($t_{(154)} = -.67, p = .51$), do bem-estar emocional, ($t_{(154)} = -.92, p = .36$), do bem-estar psicológico, ($t_{(154)} = -.31, p = .76$) e do estado de *flourishing* ($t_{(154)} = .38, p = .71$) e de saúde mental moderada ($t_{(154)} = .48, p = .63$) (cf. Tabela 20).

Tabela 20

Diferenças quanto ao desejo de sair da ilha, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing)

	Desejo de sair da ilha		$t_{(154)}$
	Sim ($n = 74$) Média (DP)	Não ($n = 82$) Média (DP)	
Depressão	4.24 (3.80)	5.85 (6.11)	-1.95*
Ansiedade	3.95 (4.11)	5.77 (6.43)	-2.08*
Stress	6.45 (4.04)	7.43 (5.96)	-1.19
WEMWBS	52.14 (8.53)	52.98 (7.10)	-.67
Bem-estar emocional	14.43 (2.39)	14.76 (2.02)	-.92
Bem-estar social	16.89 (4.98)	19.80 (4.24)	-3.94***
Bem-estar psicológico	28.93 (4.90)	29.15 (3.85)	-.31
Flourishing	1.43 (.50)	1.40 (.49)	.38
Saúde mental moderada	1.64 (.49)	1.60 (.49)	.48
Languishing	1.93 (.25)	2.00 (.00)	-2.42*

*** $p < .001$

No que respeita à participação em atividades não remuneradas, como voluntariado, os indivíduos que não participam nas mesmas relatam níveis significativamente superiores de depressão, ($t_{(152)} = -3.34, p = .003$), ansiedade, ($t_{(152)} = -3.46, p = .001$), e stress, ($t_{(152)} = -3.01, p = .003$), do que os indivíduos que participam (cf. Tabela 21).

Contudo, não existem diferenças significativas, ao nível da saúde mental positiva, ($t_{(152)} = -1.29, p = .20$), do bem-estar emocional, ($t_{(152)} = -1.03, p = .31$), do bem-estar social, ($t_{(152)} = 1.14, p = .26$), do bem-estar psicológico, ($t_{(152)} = -.195, p = .85$) e do estado de *flourishing* ($t_{(152)} = -1.39, p = .17$), de saúde mental moderada ($t_{(152)} = 1.21, p = .23$) e de *languishing* ($t_{(152)} = .55, p = .59$) (cf. Tabela 21).

Tabela 21

Diferenças no respeitante à participação em atividades não remuneradas, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing)

	Participação em Atividades Não Remuneradas		<i>t</i> (152)
	Sim (<i>n</i> = 48) <i>Média</i> (<i>DP</i>)	Não (<i>n</i> = 106) <i>Média</i> (<i>DP</i>)	
Depressão	3.29 (3.13)	5.97 (5.73)	-3.34**
Ansiedade	2.71 (2.97)	5.93 (6.13)	-3.46***
<i>Stress</i>	5.19 (3.64)	7.82 (5.55)	-3.01**
WEMWBS	51.27 (7.65)	53.02 (7.83)	-1.29
Bem-estar emocional	14.31 (2.06)	14.71 (2.27)	-1.03
Bem-estar social	19.17 (4.22)	18.22 (5.01)	1.14
Bem-estar psicológico	28.92 (4.71)	29.07 (4.26)	-.195
<i>Flourishing</i>	1.33 (.48)	1.45 (.50)	-1.39
Saúde mental moderada	1.69 (.47)	1.58 (.50)	1.21
<i>Languishing</i>	1.98 (.14)	1.96 (.19)	.55

Quanto ao acompanhamento psicológico no passado ou atualmente, não existem diferenças significativas entre os indivíduos com e sem acompanhamento psicológico no que respeita às variáveis consideradas (cf. Tabela 22).

Tabela 22

Diferenças entre os indivíduos que tiveram ou têm acompanhamento psicológico e os indivíduos que nunca tiveram acompanhamento psicológico, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing)

	Acompanhamento Psicológico		<i>t</i> (154)
	Sim (<i>n</i> = 17) Média (DP)	Não (<i>n</i> = 139) Média (DP)	
Depressão	5.59 (4.36)	5.03 (5.30)	.42
Ansiedade	6.00 (5.85)	4.77 (5.48)	.87
Stress	7.88 (4.46)	6.85 (5.23)	.78
WEMWBS	50.71 (9.60)	52.81 (7.56)	-1.05
Bem-estar emocional	14.00 (2.60)	14.68 (2.15)	-1.20
Bem-estar social	17.29 (4.27)	18.56 (4.88)	-1.02
Bem-estar psicológico	28.41 (3.57)	29.12 (4.46)	-.63
Flourishing	1.59 (.51)	1.40 (.49)	1.52
Saúde mental moderada	1.41 (.51)	1.64 (.48)	-1.84
Languishing	2.00 (.00)	1.96 (.19)	.79

Quanto à utilização da rede de cuidados de saúde, existem diferenças quanto aos indivíduos que frequentam e os indivíduos que não frequentam a mesma, ao nível da depressão, ($t_{(154)} = -3.60, p = .000$), ansiedade, ($t_{(154)} = -3.32, p = .001$), stress, ($t_{(154)} = -3.02, p = .003$), e bem-estar social, ($t_{(154)} = -3.61, p = .000$) (cf. Tabela 23). Assim é possível verificar-se que os indivíduos que não frequentam as redes de cuidados de saúde apresentam níveis mais elevados de depressão, ansiedade, stress e bem-estar social.

No entanto, não existem diferenças significativas quanto aos estados de *flourishing* ($t_{(154)} = -1.25, p = .21$), de saúde mental moderada ($t_{(154)} = 1.47, p = .14$) e de *languishing* ($t_{(154)} = -.56, p = .58$) (cf. Tabela 23).

Tabela 23

Diferenças entre os indivíduos que frequentam e os indivíduos que não frequentam a rede de cuidados de saúde, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing)

	Utilização da rede de cuidados de saúde		<i>t</i> (154)
	Sim (<i>n</i> = 107) Média (DP)	Não (<i>n</i> = 49) Média (DP)	
Depressão	4.11 (3.99)	7.22 (6.72)	-3.60***
Ansiedade	3.94 (4.26)	7.00 (7.18)	-3.32***
<i>Stress</i>	6.14 (4.33)	8.76 (6.26)	-3.02**
WEMWBS	52.34 (8.06)	53.10 (7.25)	-.57
Bem-estar emocional	14.63 (2.31)	14.55 (1.96)	.20
Bem-estar social	17.51 (4.69)	20.41 (4.54)	-3.61***
Bem-estar psicológico	29.22 (4.31)	28.67 (4.52)	.72
<i>Flourishing</i>	1.38 (.49)	1.49 (.51)	-1.25
Saúde mental moderada	1.65 (.48)	1.53 (.51)	1.47
<i>Languishing</i>	1.96 (.19)	1.98 (.14)	-.56

****p* < .001

No que concerne à satisfação com a rede de cuidados de saúde, não existem diferenças significativas em nenhuma das variáveis consideradas (cf. Tabela 24).

Tabela 24

Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico e dos estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing) em função do grau de satisfação com a rede de cuidados de saúde

	Satisfação com a Rede de Cuidados de Saúde				<i>F</i> (3,10)
	Ligeiramente Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito	
	(<i>n</i> = 14)	(<i>n</i> = 35)	(<i>n</i> = 53)	(<i>n</i> = 6)	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	
Depressão	4.07 (4.73)	4.60 (4.38)	4.11 (3.63)	1.50 (1.38)	1.04
Ansiedade	3.36 (5.11)	4.31 (4.70)	4.06 (3.91)	2.33 (1.63)	.47
Stress	6.07 (4.83)	6.23 (5.08)	6.38 (3.87)	4.17 (1.60)	.47
WEMWBS	52.36 (8.28)	51.60 (8.99)	52.19 (7.44)	57.67 (5.82)	.99
Bem-estar emocional	13.93 (2.87)	14.57 (2.27)	14.64 (2.21)	16.17 (1.60)	1.34
Bem-estar social	16.79 (4.63)	17.03 (4.34)	18.00 (4.82)	17.83 (5.98)	.43
Bem-estar psicológico	29.64 (5.39)	29.11 (4.30)	29.00 (4.19)	31.00 (2.37)	.44
Flourishing	1.29 (.47)	1.37 (.49)	1.42 (.50)	1.33 (.52)	.28
Saúde mental moderada	1.79 (.43)	1.69 (.47)	1.60 (.49)	1.67 (.52)	.60
Languishing	1.93 (.27)	1.94 (.24)	1.98 (.14)	2.00 (.00)	.52

3.4. Discussão dos resultados

O presente estudo teve como objetivo geral caraterizar a saúde mental de jovens adultos açorianos relativamente à sua saúde mental, numa perspetiva positiva e psicopatológica.

No que concerne ao primeiro objetivo deste estudo – caraterizar a saúde mental dos participantes relativamente à doença mental/psicopatologia e à saúde mental positiva/bem-estar – é possível verificar que os participantes apresentam baixos níveis de psicopatologia e níveis elevados de saúde mental positiva, sendo que a maioria dos

participantes se encontram em *flourishing*, seguindo-se os indivíduos com saúde mental moderada e, por fim, os indivíduos com *languishing*. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Keyes e colaboradores (2012), que verificaram que a maioria dos jovens entre os 18 e os 30 anos de idade se encontram em *flourishing*, seguindo-se os jovens em saúde mental moderada e por fim os indivíduos em *languishing*. Tal como no presente estudo, Keyes e colaboradores (2012), verificaram que a psicopatologia mais frequentemente referida era a depressão.

O segundo objetivo deste estudo pretendia analisar a relação entre os níveis de doença mental e a saúde mental positiva. Neste sentido, este estudo evidencia que a depressão, ansiedade e *stress* se encontram negativamente correlacionadas com o bem-estar emocional, o que vai de encontro à literatura, pois tal como estas patologias, o bem-estar implica sintomas hedónicos ou vitalidade emocional, sentimentos positivos em relação à vida e presença de sintomas de funcionamento positivo (Keyes, 2007).

No que respeita à relação entre os estados de saúde mental positiva – *flourishing*, saúde mental moderada e *languishing* - e os níveis de psicopatologia, designadamente depressão, ansiedade e *stress*, este estudo evidencia que existe uma associação positiva entre os níveis de depressão e o estado de *flourishing*, ou seja, quanto maiores os níveis de depressão, maiores os níveis de *flourishing*. Este resultado reforça a ideia de que a presença de doença mental não implica a ausência de saúde mental positiva e que a ausência de doença mental não implicada a presença de saúde mental positiva (Keyes, et al., 2012). Por outro lado, os resultados da presente investigação revelam que existe uma associação negativa e significativa entre o estado de saúde mental moderada e os níveis de depressão e *stress*, ou seja, quanto maiores os níveis de saúde mental moderada, menores os níveis de depressão e *stress*, o que corrobora a perspetiva de Keyes (2002), que refere que níveis mais elevados de saúde mental positiva diminuem a probabilidade de desenvolvimento de depressão. Assim, a saúde mental positiva pode ser um preditor ou um fator de risco de doença mental (Keyes, 2002; Keyes, et al. 2010).

O último objetivo deste estudo prendia-se em analisar as diferenças na saúde mental positiva e os níveis de doença mental, de acordo com variáveis sociodemográficas da amostra.

No que respeita à **depressão** é possível verificar que indivíduos do sexo feminino apresentam níveis mais elevados de depressão, o que vai de encontro à literatura (Boing et al., 2012; Oliveira et al., 2006; Teodoro, 2010; WHO, 2012). Neste sentido, Needham e Hill (2010), verificaram que as mulheres apresentam níveis significativamente superiores de perturbações de internalização, como perturbações do humor e perturbações de ansiedade, enquanto os homens apresentam níveis significativamente superiores de perturbações de externalização, nomeadamente controlo dos impulsos e abuso e dependência de substâncias.

Quanto aos níveis de depressão em sujeitos com e sem filhos, os resultados indicam que os indivíduos com filhos apresentam níveis mais elevados do que os indivíduos sem filhos, o que também é verificado no estudo de Feeney, Alexander, Noller e Hohaus, (2003), sendo a parentalidade marcada por uma reorganização na família (Feldman, Sussman & Zigler, 2004) obrigando a mudanças pessoais, familiares e sociais (Feeney et al., 2003).

Na literatura, os indivíduos solteiros, separados e divorciados apresentam níveis mais elevados de depressão (Inaba, Thoits, Ueno, Gove, Evenson & Sloan, 2005; Wu & DeMarris, 1996). No entanto, neste estudo, os indivíduos casados foram quem apresentaram níveis mais elevados de depressão, o que na senda de Bischoff (2004) se deve ao facto de a depressão se encontrar associada a conflitos conjugais e à diminuição da satisfação conjugal. Este autor sugere ainda que a depressão conduz à insatisfação do casal e ao conflito entre o mesmo, assim como o conflito e a insatisfação conjugal contribuem para a depressão. Contudo, consideramos necessário a realização de mais estudos nesta população.

No que respeita aos altos níveis de depressão relativamente ao desejo em sair da ilha, este estudo mostra que os indivíduos que não manifestam este desejo apresentam níveis mais elevados de depressão, ao contrário do que seria esperado, uma vez que a migração influencia de forma negativa a saúde mental dos indivíduos (Familiar, Borges, Orozco & Medina-Mora, 2011). No entanto, seria necessário desenvolver mais estudos que nos permitissem compreender os resultados aqui obtidos, pelo que sugerimos a realização de estudos futuros para aprofundar esta questão.

Quanto aos níveis de depressão em função da participação em atividades não remuneradas, é possível verificar que os indivíduos que não participam em atividades

não remuneradas, apresentam níveis elevados de depressão, em comparação com indivíduos que participam nas mesmas, o que vai de encontro à literatura, pois o voluntariado gera cognições e afetos positivos, evitando assim a depressão e a ansiedade (Musick & Wilson, 2003).

De acordo com Keyes (2007) os indivíduos com saúde mental em geral apresentam melhor funcionamento laboral, psicossocial, menor risco de doença física e menor utilização da rede de cuidados de saúde, sendo que a doença mental acarreta custos económicos elevados na área da saúde (Keyes & Lopez, 2002). Assim, ao contrário do que seria espectável, no presente estudo, os indivíduos que não frequentam a rede de cuidados de saúde são os que apresentam níveis mais elevados de depressão. Estes resultados podem dever-se ao facto de os participantes, tendo em conta as pontuações mínimas e máximas possíveis do instrumento utilizado, apresentarem níveis relativamente baixos de depressão. No entanto, ponderamos que seriam importantes mais estudos nesta área, tendo em conta as variáveis em apreço.

Este estudo mostra que os indivíduos com o ensino básico, revelam níveis mais elevados de depressão, em comparação com os indivíduos que apresentam o grau de licenciatura, o que vai de encontro ao estudo de Molina, Wiener, Branco, Jansen, Souza, Tomazi, Silva e Pinheiro (2012). De acordo com estes autores, a baixa escolaridade, bem como os fatores socioeconómicos e a classe social, podem estar associados a níveis mais elevados de depressão, devido às condições de vida e ao maior número de *stressores* ambientais (Molina et al., 2012).

Nesta investigação não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, quanto à depressão, ao nível da idade, acompanhamento psicológico, situação profissional, concelho de residência e satisfação com a rede de cuidados de saúde.

No que concerne aos níveis de **ansiedade** da população em estudo, verificou-se que as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade (Astbury, 2001; Hollander & Simeon, 2008; Neria et al., 2010; WHO, 2000; 2008; WHO & Wonca, 2008) o que mais uma vez pode ser justificado através do estudo de Needham e Hill (2010) que verificaram que as mulheres apresentam níveis significativamente superiores de perturbações de internalização, como perturbações do humor e perturbações de ansiedade.

Os jovens mais velhos foram quem apresentaram níveis mais elevados de ansiedade, o que vai de encontro ao estudo de Brenes e colaboradores (2008), que observaram que, no caso da ansiedade generalizada, esta tendencialmente aumenta nos jovens e nos adultos de meia-idade, havendo um declínio nos adultos mais velhos. Para além disso, Bayram e Bilgel (2008) referem que a transição para a idade adulta representa um período de risco para o aparecimento de ansiedade, depressão e *stress*.

Neste estudo, os indivíduos com filhos, especialmente com mais do que um filho, evidenciam níveis mais elevados de ansiedade. Estes resultados também foram constatados por MacLanahan & Adams (1987, citado por Umberson & Goven, 1989), que verificaram que os indivíduos com filhos parecem mais preocupados, em comparação com indivíduos sem filhos e, com níveis mais elevados de ansiedade e depressão. No entanto, Rimehaug e Wallander (2010) salientam que a associação entre parentalidade e saúde mental é complexa e depende fortemente de fatores contextuais.

Com já referido anteriormente, a migração pode influenciar negativamente a saúde mental dos indivíduos, podendo conduzi-los a níveis mais elevados de depressão e ansiedade (Familiar et al., 2011). No entanto, na presente investigação, os indivíduos que não desejam sair da ilha apresentam níveis mais elevados de ansiedade do que os indivíduos que o desejam. Contudo, seriam necessários mais estudos, por forma a avaliar aprofundadamente a relação entre estas variáveis.

Quanto aos níveis de ansiedade em função da participação em atividades não remuneradas, os indivíduos que não participam nas mesmas, apresentam níveis mais elevados de ansiedade, o que, mais uma vez, vai de encontro à literatura, sendo o voluntariado um contributo para a saúde mental (Musick & Wilson, 2003).

Tal como na depressão, os resultados obtidos neste estudo apontam para níveis mais elevados de ansiedade em indivíduos que não frequentam as redes de cuidados de saúde, o que não seria espectável, uma vez que Keyes (2007) verificou que os indivíduos com doença mental recorrem com mais frequência aos cuidados de saúde do que os indivíduos com saúde mental.

No respeitante ao estado civil, os indivíduos casados são quem apresentam níveis mais elevados de ansiedade. Este resultado pode dever-se ao facto de as perturbações de ansiedade se encontrarem associadas a prejuízos significativos a nível ocupacional,

interpessoal e familiar, sendo a relação entre o casal e as relações familiares as preocupações mais frequentes dos indivíduos que sofrem de perturbações de ansiedade (Yoon & Zinbarg, 2007).

No presente estudo não foram encontradas diferenças significativas, quanto à ansiedade, ao nível do acompanhamento psicológico, situação profissional, habilitações académicas, conselho de residência e satisfação com a rede de cuidados de saúde.

No respeitante aos níveis de *stress* na população em estudo, as mulheres são quem apresentam níveis mais elevados de *stress*, o que vai de encontro aos resultados alcançados em inúmeros estudos nesta área (Byrne, Byrne & Reinhart, 1995; Byrne & Mazanov, 2003; Hamilton & Meston, 2013; Matud, 2004; Moksnes, Moljord, Espnes & Byrne, 2010; Schmaus, Laubmeier, Boquiren, Herzer & Zakowski, 2008; Stein & Nyamathi, 1999), podendo este resultado derivar das inúmeras funções que estas desempenham, nomeadamente a função de esposa, mãe, empregada e dona de casa (Michael, Anastasios, Helen, Catherine & Christine, 2009).

Os níveis de *stress* também variam em função da descendência, sendo os indivíduos com filhos quem apresentam níveis mais elevados de *stress*, o que vai de encontro à literatura (Matud, 2004; Michael et al., 2009), sendo que a parentalidade, por si só, pode ser encarada como stressante (Feldman et al., 2004; Widarsson, Engstrom, Rosenblad, Kerstis, Edlund & Lundberg, 2012). Neste estudo ainda se verificou que os indivíduos com mais do que um filho são os que apresentam níveis mais elevados de *stress*, em comparação com indivíduos com apenas um filho. Assim, Deater-Deckart e Scarr (1996) defendem que estes valores podem estar associados a insatisfação parental, menor qualidade do sono, menor rendimento familiar, falta de apoio, bem como baixo nível de escolaridade dos pais.

Tal como no caso da depressão e da ansiedade, os indivíduos que não participam em atividades de não remuneradas são quem apresentam níveis mais elevados de *stress*, pois o voluntariado promove o altruísmo e a empatia, que evitam o *stress* (Fisher & Ackerman, 1998).

Tendo em conta o estudo de Keyes (2007), que verificou que os indivíduos com doença mental recorriam com maior frequência aos serviços de saúde, no presente estudo, contrariamente ao espectável, os indivíduos que não frequentam as redes de cuidados de

saúde são os que relatam níveis mais elevados de *stress*. Este resultado pode ser justificado pelo facto de os níveis de *stress* nos participantes serem baixos, tendo em conta as pontuações mínimas e máximas possíveis do instrumento utilizado para avaliar esta variável.

Quanto aos níveis de *stress* em função do estado civil, contrariamente ao que seria espectável (Lindstrom & Rosvall, 2012), os indivíduos casados são quem apresentam níveis mais elevados de *stress*, o que se pode dever, tal como na ansiedade, a prejuízos a nível ocupacional, interpessoal e familiar, causados pela ansiedade (Yoon & Zinbarg, 2007).

Neste estudo não foram encontradas diferenças significativas, quanto ao *stress*, ao nível da idade, desejo de sair da ilha, acompanhamento psicológico, situação profissional, habilitações académicas, concelho de residência e satisfação com a rede de cuidados de saúde.

No que concerne aos níveis de **saúde mental positiva/bem-estar mental em geral** (WEMWBS) nos participantes, este estudo evidencia que os jovens mais velhos são quem apresentam níveis superiores, não sendo encontrados estudos que corroborem ou refutem tais resultados. Assim, consideramos pertinente o estudo aprimorado destas variáveis.

Nesta investigação não foram ainda encontradas diferenças significativas, quanto ao bem-estar mental em geral (WEMWBS) quando se analisam as variáveis – género, estado civil, descendência, desejo de sair da ilha, participação em atividades não remuneradas, acompanhamento psicológico, utilização e satisfação das redes de cuidados de saúde, situação profissional, número de filhos e concelho de residência.

No que concerne ao estudo do **bem-estar emocional** nesta população, o sexo masculino relata níveis mais elevados do que o sexo feminino, o que vai de encontro à literatura (Haring, Stock & Okun, 1984; Keyes, 2002) sendo o género um importante preditor de bem-estar emocional (Haring, Stock & Okun, 1984).

Neste estudo não foram encontradas diferenças significativas, no que respeita ao bem-estar emocional, ao nível da idade, descendência, desejo de sair da ilha, participação em atividades não remuneradas, acompanhamento psicológico, utilização e satisfação com

as redes de cuidado de saúde, situação profissional, estado civil, habilitações acadêmicas, número de filhos e concelho de residência.

Quanto aos níveis de **bem-estar social**, os jovens mais velhos (26-30 anos) foram os que manifestaram níveis mais elevados, o que vai de encontro à literatura, sendo que o aumento da idade pode influenciar o aumento de algumas facetas do bem-estar social (Keyes, 1998).

Os indivíduos que não querem sair da ilha também apresentam níveis mais elevados de bem estar-social, o que se pode dever ao sentimento de integração na comunidade (Blanco & Díaz, 2005; Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004; Zubieta & Delfino, 2010), de conforto em relação aos indivíduos que partilham a sua realidade social (Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004), do seu valor para a comunidade (Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004), da crença que a sociedade e as instituições da mesma consistem em entidades dinâmicas que trabalham no sentido de realizar metas e objetivos da comunidade (Cicognani et al., 2008; Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004; Zubieta & Delfino, 2010) e a qualidade, organização e funcionamento do mundo social (Cicognani et al., 2008; Keyes, 1998; Keyes & Shapiro, 2004; Zubieta & Delfino, 2010).

Os indivíduos que não frequentam as redes de cuidados de saúde apresentam níveis mais elevados de bem-estar social, o que não é contudo paradoxal, dado os valores de psicopatologia, nomeadamente de depressão, ansiedade e stress serem, como anteriormente referido, relativamente baixos, tendo em conta as pontuações mínimas e máximas possíveis do instrumento utilizado.

Como expectável, os indivíduos casados, em comparação com os solteiros, apresentam níveis mais elevados de bem-estar social, o que vai de encontro à literatura, uma vez que os indivíduos separados/divorciados e solteiros apresentam maior probabilidade de apresentar altos níveis de psicopatologia e baixos níveis de saúde mental positiva, inclusive bem-estar social (Shapiro & Keyes, 2008).

No presente estudo, os indivíduos com mais do que um filho relatam níveis mais elevados de bem-estar social, no entanto não foram encontrados estudos que corroborem ou refutem tais resultados, evidenciando a importância de estudos nesta área.

Nesta investigação não foram encontradas diferenças significativas, no respeitante ao bem-estar social, ao nível do sexo, descendência, participação em atividades não

remuneradas, acompanhamento psicológico, situação profissional, habilitações acadêmicas, concelho de residência e satisfação com a rede de cuidados de saúde.

Quanto aos níveis de **bem-estar psicológico**, os resultados evidenciam que os indivíduos com mais idade (26-30 anos) revelam níveis mais elevados, do que os indivíduos com menos idade (18-25 anos), o que vai de encontro ao estudo de Keyes et al. (2002, citados por Siqueira & Padovam, 2008), que constataram que o bem-estar psicológico, tal como o bem-estar emocional, tende a aumentar com o aumento da idade, do nível educacional e com fortes traços disposicionais, nomeadamente a extroversão e a conscienciosidade.

No entanto, não foram encontradas diferenças significativas, no que concerne ao bem-estar psicológico, relativamente sexo, descendência, desejo de sair da ilha, participação em atividades não remuneradas, acompanhamento psicológico, utilização e satisfação com as redes de cuidado de saúde, situação profissional, estado civil, habilitações académicas, número de filhos e concelho de residência.

Por fim, no que concerne aos **estados de saúde mental positiva**, este estudo expressa que os jovens com menos idade são os que apresentam níveis mais elevados de *flourishing*. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Matos e colaboradores (2010). Embora estes autores se tenham focado em adolescentes entre os 12 e os 18 anos de idade, também verificaram que o grupo dos participantes com mais idade apresenta níveis mais baixos de bem-estar do que o grupo dos participantes com menos idade. Para além disso, ainda verificaram uma correlação negativa entre o total da Escala *Continuum* de Saúde Mental e a idade, ou seja, quanto maior a idade, menores nos níveis de saúde mental positiva.

Apesar de, no presente estudo, os indivíduos com filhos apresentarem níveis mais elevados de depressão, ansiedade e *stress*, os indivíduos sem filhos apresentam níveis mais elevados de *languishing*, o que mais uma vez comprova que a ausência de doença mental não implica a presença de saúde mental positiva/bem-estar (Keyes, et al., 2012).

Segundo Familiar e colaboradores (2011), a migração influencia de forma negativa a saúde mental dos indivíduos. Contudo, nesta investigação, os indivíduos que não desejam sair da ilha apresentam níveis mais elevados de *languishing*. No entanto,

consideramos necessário o desenvolvimento de mais estudos nesta área, por forma a compreender melhor este fenómeno.

No atinente aos estados de saúde mental positiva – *flourishing*, saúde mental moderada e *languishing* – não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando consideradas as variáveis – sexo, estado civil, habilitações académicas, número de filhos, concelho de residência, participação em atividades não remuneradas, acompanhamento psicológico, utilização e satisfação com a rede de cuidados de saúde.

3.5. Conclusão

A saúde mental para além da presença ou ausência de doença mental envolve ainda aspetos emocionais, psicológicos e sociais, que permitem observar a saúde como um estado completo.

Deste modo, este estudo apresentava como objetivo geral a caracterização da saúde mental, numa vertente positiva e psicopatológica, numa população jovem da Ilha de São Miguel.

Com este estudo verificamos que as mulheres, os indivíduos casados, com filhos, especialmente com mais do que um filho, com o ensino básico, que não desejam sair da ilha, que não praticam atividades não remuneradas, como voluntariado, e não frequentam a rede de cuidados de saúde são quem apresentam níveis mais elevados de depressão. Por seu turno, os níveis de ansiedade são mais elevados no sexo feminino, em jovens mais velhos, em indivíduos casados, com filhos, especialmente com mais do que um filho, que não praticam atividades não remuneradas, que não desejam sair da ilha e que não frequentam a rede de cuidados de saúde. Quanto aos níveis de *stress*, estes são mais elevados no género feminino, em indivíduos casados, com filhos, especialmente com mais do que um filho, que não praticam atividades não remuneradas e que não frequentam a rede de cuidados de saúde. No que respeita aos níveis de bem-estar mental em geral, os jovens mais velhos são quem apresentam níveis mais elevados. No que concerne ao bem-estar emocional, o género masculino é quem apresenta níveis mais elevados. Quanto ao bem-estar psicológico, os jovens mais velhos são quem relatam níveis mais elevados. Por fim, os jovens mais velhos, os indivíduos casados, com mais do que um filho, que não desejam sair da ilha e que não frequentam

a rede de cuidados de saúde são quem apresentam níveis mais elevados de bem-estar social. Quanto aos estados de saúde mental positiva, os jovens mais velhos são quem manifestam níveis mais elevados de *flourishing*, sendo que os indivíduos sem filhos e que não querem sair da ilha revelam níveis mais elevados de *languishing*. No entanto, a maioria dos participantes encontra-se em *flourishing* (58.6%), quanto a minoria se encontra em *languishing* (3.2%).

Muito embora a investigação nesta área se encontre em ascensão no estrangeiro, em Portugal, são ainda poucos os estudos que se debruçam sobre esta perspetiva mais holística e positiva da saúde mental, salientando assim a importância do estudo desta no nosso país. Assim, com este estudo pretendemos fazer face a esta lacuna na investigação em Portugal, procurando caracterizar a saúde mental de jovens adultos açorianos, sendo inexistentes os estudos, nesta vertente positiva, na referida população.

A realização deste estudo afigura-se, deste modo, pertinente na área da saúde mental, fornecendo importantes contributos para a compreensão da saúde mental como um todo.

Em suma, apesar da maioria desta população se encontrar em *flourishing*, uma percentagem considerável dos participantes encontra-se com saúde mental moderada, seguindo-se os indivíduos em *languishing*, apresentando, assim, maior probabilidade de desenvolvimento de uma perturbação mental como a depressão (Keyes, 2002). Para além disso, uma das perturbações mais frequentemente relatada pelos participantes consiste na depressão, emergindo a importância de intervenção nesta área.

No entanto, não obstante os seus contributos, esta investigação apresenta algumas limitações, sobre as quais importa refletir.

Assim, uma das limitações prende-se, desde logo, com questões metodológicas, mais especificamente com o tipo de amostra. Sendo a amostra de conveniência, não permite a generalização dos resultados obtidos à população-alvo. Para além disso, o número de participantes que compôs a amostra afigura-se como muito modesto para um estudo de índole quantitativa, o que poderá, eventualmente, ter influenciado os resultados alcançados.

Outra limitação a ter em conta prende-se com o facto dos instrumentos utilizados neste estudo se basearem no autorrelato, mostrando-se por isso permeáveis à desejabilidade social.

Por fim, afigura-se importante e necessário, estudos futuros alargarem a investigação da saúde mental completa a outras faixas etárias, bem como a outras zonas de Portugal continental e insular, por forma a melhor compreender este fenómeno, na tentativa de aprimorar a intervenção nesta área. Para além disso, consideramos importante o estudo aprimorado da influência de algumas variáveis sociodemográficas, tais como o desejo em sair da ilha, a utilização da rede de cuidados de saúde, a idade e a descendência, nos níveis de doença mental e nos níveis de saúde mental positiva/bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbott, A. (2012). Urban decay: scientists are testing the idea that the stress of modern city life is a breeding ground for psychosis. *Nature*, 490, 162-164.

- Adeodato, V., Carvalho, R., Siqueira, V. & Souza, F. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*, 39 (1), 108-113.
- Adler, N. & Matthews, K. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well?. *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Agner, E. (2010). Subjective well-being. *Journal of Socio-Economics*, 39, 361-368.
- Albanesi, C., Cicognani, E. & Zani, B. (2007). Sense of community, civic engagement and social well-being in italian adolescents. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17, 387-406.
- Albuquerque, A. & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: teoria e prática*, 20 (2), 153-164.
- Albuquerque, I. & Lima, M. (2007). Personalidade e bem-estar subjetivo: uma abordagem com os projectos pessoais. *Psicologia*. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, texto revisto*. (4ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, K., Dugas, M., Koerner, N., Radomsky, A., Savard, P. & Turcotte, J. (2012). Interpretive style and intolerance of uncertainty in individuals with anxiety disorders: a focus on generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 823-832.
- Apóstolo, J., Mendes, A. & Rodrigues, M. (2007). Propriedades psicométricas da escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS-21), numa amostra não clínica. *Revista Investigação em Enfermagem*, 66-76.
- Arriagada, J. & Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación com la autoestima y la autoeficácia. Contribución de enfermaria. *Ciencia y enfermeria*, 15 (1), 25-31.
- Astbury, J. (2001) *Gender disparities in mental health*. Geneva: WHO.

- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, *12* (2), 314-319.
- Austin, E., Saklofske, D. & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *38*, 547–558.
- Babygirija, R., Yoshimoto, S., Gribovskaja-Rupp, I., Bulbul, M., Ludwig, K. & Takahashi, T. (2012). Social interaction attenuates stress responses following chronic stress in maternally separated rats. *Brain Research*, *1469*, 54-62.
- Backer-Fulghum, L., Patock-Peckham, J., King, K., Roufa, L. & Hagen, L. (2012). The stress-response dampening hypothesis: How self-esteem and stress act as mechanisms between negative parental bonds and alcohol-related problems in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, *37*, 477-484.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, *78* (5), 359-366.
- Ballesteros, B., Medina, A. & Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica Bogotá (Colombia)*, *5* (2), 239-258.
- Barros, M. & Nahas, M. (2001). Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção do estresse entre trabalhadores da indústria. *Revista de Saúde Pública*, *35* (6), 554-563.
- Bartley, C. & Roesch, S. (2011). Coping with daily stress: the role of conscientiousness. *Personality and Individual Differences*, *50*, 79-83.
- Bartram, D., Sinclair, J. & Baldwin, D. (2013). Further validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) in the UK veterinary profession: Rasch analysis. *Quality of Life Research*, *22* (2), 379-391.
- Batista, K. & Bianchi, E. (2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *14* (4), 534-539.
- Bauer, S. (2004). *Da ansiedade à depressão*. Campinas: Editora Livro Pleno.

- Bayram, N. & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 667-672.
- Bento, A., Carreira, M. & Heitor, M. (2001). *Censo psiquiátrico de 2001: Síntese dos resultados preliminares*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde do Ministério da Saúde.
- Berber, J., Kupek, E. & Berber, S. (2005). Prevalência da depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome de fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45 (2), 47-54.
- Berrios, G. (2012). Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15 (3), 590-608.
- Bischoff, R. (2004). Depression. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 3 (4), 81-88.
- Bischoff, R. (2004). Depression. *Journal of Couple and Relationship Therapy, Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 3 (4), 81-88.
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: si concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582-589.
- Boing, A., Melo, G., Boing, A., Moretti-Pires, R., Peres, K. & Peres, M. (2012). Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. *Revista de Saúde Pública*, 46 (4), 617-623.
- Brackett, M., Mayer, J. & Warner, R. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387-1402.
- Brenes, G., Knudson, M., McCall, W., Williamson, J., Miller, M. & Stanley, M. (2008). Age and racial differences in the presentation and treatment of generalized anxiety disorder in primary care. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1128-1136.
- Buttorff, C., Hock, R., Weiss, H., Naik, S., Araya, R., Kirkwood, B., Chisholm, D. & Patel, V. (2012). Economic evaluation of a task-shifting intervention for common mental disorders in India. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 813-821.

Byrne, D. & Mazanov, J. (2003). Adolescent stress and future smoking behavior: a prospective investigation. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 313-321.

Byrne, D., Byrne, A. & Reinhart, M. (1995). Personality, stress and decision to commence cigarette smoking in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (1), 53-62.

Callegari, A. (2000). *Como vencer o stress, a ansiedade e a depressão*. Lisboa: Editorial Estampa.

Campbell, J. & Ehlert, U. (2012). Acute psychosocial stress: Does the emotional stress response correspond with physiological responses?. *Psychoneuroendocrinology*, 37, 1111-1134.

Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F. & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 20-23.

Chen, Y. & Qian, L. (2012). Association between lifetime stress and obesity in Canadians. *Preventive Medicine*, 55, 464-467.

Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R. & Nosratabadi, M. (2008). Social participation, sense of community and social well-being: a study on american, italian and iranian university students. *Social Indicators Research*, 89, 97-112.

Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A., Adi, Y., Parkinson, J., Flynn, P., Platt, S. & 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.

Corry, J., Green, M., Roberts, G., Frankland, A., Wright, A., Lau, P., Loo, C., Breakspear, M. & Mitchell, P. (2013). Anxiety, stress and perfectionism in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 151, 1016-1024.

Deater-Deckard K, Scarr S. Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: are there gender differences? *Journal of Family Psychology*, 10 (1), 45–59.

- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.
- Díaz, E. & Alvarado, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista Universum*, 2 (22), 177-193.
- Diener, E. & Chan, M. (2011). Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3 (1), 1-43.
- Diener, E. & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7 (3), 181-185.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E., Inglehart, R. & Tay, L. (2012). Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research*, 1-50.
- Diener, E., Lucas, R. & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (63-73). New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Lucas, R. & Scollon, C. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61 (4), 305-314.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Dinisman, T., Montserrat, C. & Casas, F. (2012). The subjective well-being of Spanish adolescents: variations according to different living arrangements. *Children and Youth Services Review*, 34, 2374-2380.

Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2 (2), 6-7.

Familiar, I., Borges, G., Orozco, R. & Medina-Mora, M. (2011). Mexican migration experiences to the US and risk for anxiety and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 130 (1-2), 83-91.

Fava, D., Kristensen, C., Melo, W. & Araújo, L. (2009). Construção e validação de tarefa de Stroop Emocional para avaliação de viés de atenção em mulheres com transtorno de ansiedade generalizada. *Paideia*, 19 (43), 159-165.

Feeney, J., Alexander, R., Noller, P. & Hohaus, L. (2003). Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 10, 475-493.

Feldman, R., Sussman, A. & Zigler, E. (2004). Parental leave and work adaptation at the transition to parenthood: individual, marital, and social correlates. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25 (4), 459-479.

Figueiredo, D., Lima, M. & Sousa, L. (2009). Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. *Kairós*, 12 (1), 97-112.

Finkelstein, D., Kubzansky, L. & Goodman, E. (2006). Social status, stress and adolescent smoking. *Journal of Adolescent Health*, 39, 678-685.

Fisher, R. & Ackerman, D. (1998). The effects of recognition and group need on volunteerism: a social norm perspective. *Journal of Consumer Research*, 25, 262-275.

França, A. & Rodrigues, A. (2005). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Editora Atlas S.A.

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.

Gerritsen, D., Steverink, N., Frijters, D., Ooms, M. & Ribbe, M. (2010). Social well-being and its measurement in the nursing home, the SWON-scale. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1243-1251.

- Gloster, A., Rhoades, H., Novy, D., Klotsche, J., Senior, A., Kunik, M., Wilson, N. & 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.
- Gómez, M., Gutiérrez, R., Castellanos, S., Vergara, M. & Pradilla, Y. (2010). Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. *Terapia Psicológica, 28* (1), 69-84.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 20*, 13-27.
- Grant, S. & Langan-Fox, J. (2006). Occupational stress, coping and strain: the combined/interactive effect of the big five traits. *Personality and Individual Differences, 41*, 719-732.
- Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). *O stress: emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hahn, E., Cella, D., Bode, R. & Hanrahan, R. (2010). Measuring social well-being in people with chronic illness. *Social Indicators Research, 96*, 381-401.
- Hamilton, L. & Meston, C. (2013). Chronic stress and sexual function in women. *Journal of Sexual Medicine, 10*, 2443-2454.
- Hanrahan, F., Field, A., Jones, F. & Davey, G. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 33*, 120-132.
- Hargrove, M., Nelson, D. & Cooper, C. (2013). Generating eustress by challenging employees. *Organizational Dynamics, 42*, 61-69.
- Haring, M., Stock, W. & Okun, M. (1984). A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. *Human Relations, 37*, 645-657.
- Harter, J., Schmidt, F. & Keyes, C. (2003). Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes: a review of the gallup studies. Em C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: the positive person and the good life* (205-224). Washington: American Psychological Association.

- Haydée, L. & Ramón, U. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, 7 (1), 83-96.
- Hetem, L. & Graeff, F. (2004). *Transtornos de ansiedad*. São Paulo: Atheneu.
- Hollander, E. & Simeon, D. (2008). *Transtornos de ansiedad*. Porto: Artmed.
- Holmes, D. (2001). *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto: Artmed.
- Inaba, A., Thoits, P., Ueno, K., Gove, W., Evenson, R. & Sloan, M. (2005). Depression in the United States and Japan: Gender, marital status, and SES patterns. *Social Science & Medicine*, 61, 2280-2292.
- Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009). *Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006*. Lisboa: INE/INSA.
- Issler, C., Sant'Anna, M., Kapczinski, F. & Lafer, B. (2004). Comorbidade com transtornos de ansiedade em transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 31-36.
- Iwanaga, M., Yokoyama, H. & Seiwa, H. (2004). Coping availability and stress reduction for optimistic and pessimistic individuals. *Personality and Individual Differences*, 36, 11-22.
- Jiménez, B. & Gómez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. Em G. Casal e col. (Ed.), *Manual de evaluación en psicología y de la salud* (1045-1070). Madrid: Siglo XXI.
- Johansen, J. (2013). Anxiety is the sum of its parts. *Nature*, 496, 174-175.
- Joshanloo, M., Wissing, M., Khumalo, I. & Lamers, S. (2013). Measurement invariance of the mental health continuum - short form (MHC-SF) across three cultural groups. *Personality and Individual Differences*, 55, 755-759.
- Jovanovic, V. (2011). Personality and subjective well-being: one neglected model of personality and two forgotten aspects of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50, 631-635.

Kendler, K., Thornton, L. & Prescott, C. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158, 587-593.

Kessler, R. (2004). Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of American Medical Association*, 291 (21), 2581-2590.

Keyes, C. & 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. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2), 121-140.

Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.

Keyes, C. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: the complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging & Mental Health*, 8 (3), 266-274.

Keyes, C. (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. (2006a). Mental health in the CDS youth: is america's youth flourishing?. *PSID*, 1-25.

Keyes, C. (2006b). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: an introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing - a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62 (2), p. 95-108.

Keyes, C. L. M., & 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: Oxford University Press.

Keyes, C., Dhingra, S. & Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health, 100* (12), 2366-2371.

Keyes, C., Eisenberg, D., Perry, G., Dube, S., Kroenke, K. & Dhingra, S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health, 60* (2), 126-133.

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*.

Kopp, M., Thege, B., Balog, P., Stauder, A., Salavecz, G., Rózsa, S., Purebl, G. & Ádám, S. (2010). Measures of stress in epidemiological research. *Journal of Psychosomatic Research, 69*, 211-225.

Kung, C. & Chan, C. (2014). Differential roles of positive and negative perfectionism in predicting occupational eustress and distress. *Personality and Individual Differences, 58*, 76-81.

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.

Lamers, S., Westerhof, G., 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* (1), 99-110.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.

Lee, S., Ma, Y. & Tsang, A. (2011). A community study of generalized anxiety disorder with vs. without health anxiety in Hong Kong. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 376-380.

Lemos, M. (2001). *Perturbações da ansiedade e da infância*. Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal.

Lenze, E., Rollman, B., Shear, M., Dew, M., Pollock, B., Ciliberti, C., Costantino, M., Snyder, S., Shi, P., Spitznagel, E., Andreescu, C., Butters, M. & Reynolds, C. (2009). Escitalopram for older adults with generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 301 (3), 295-303.

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.

Lindstrom, M. & Rosvall, M. (2012). Marital status, social capital, economic stress, and mental health: a population-based study. *The Social Science Journal*, 49 (3), 339-342.

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.

Lohr, J., Lilienfeld, S. & Rosen, G. (2012). Anxiety and its treatment: promoting science-based practice. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 719-727.

Lopes, C., Faerstein, E. & Chor, D. (2003). Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. *Cadernos de saúde pública*, 19 (6), 1713-1720.

Lopez, B., Turner, R. & Saavedra, L. (2005). Anxiety and risk for substance dependence among late adolescents/young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 275-294.

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.

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.

- Lucas, R. & Diener, E. (2008). Subjective well-being. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barret (Eds.), *Handbook of emotions* (471-484). New York: The Guilford Press.
- Lucas, R., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of personality and social psychology*, 71 (3), 616-628.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success. *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803-855.
- Maia, A. (1999). Estatuto empírico das terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 20 (3), 205-212.
- Malouff, N., McKenley, M. & Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and emotion*, 16 (6), 769-785.
- Manfro, G., Isolan, L., Blaya, C., Santos, L. & Silva, M. (2002). Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (2), 26-29.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (1), 65-74.
- Marmorstein, N. (2012). Anxiety disorders and substance use disorders: different associations by anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 26, 88-94.
- Marsollier, R. & Aparicio, M. (2011). El bienestar psicológico en el trabajo y su vinculación con el afrontamiento en situaciones conflictivas. *Psicoperspectivas*, 10 (1), 209-220.
- Martin, A., Ramalho, N. & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554-564.
- Martín, M. (2002). El bienestar subjective. *Escritos de psicología*, 6, 18-39.
- Martínez, M. J., Martínez, M. R., García, J., Cortés, M., Ferrer, A, & Herrero, B. (2004). Fiabilidad y validez de la escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16 (3), 448-455.

- 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 portugueses. *Psychologica*, 53, 131-156.
- Matos, E., Matos, T. & Matos, G. (2006). Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. *Estudos de Psicologia*, 23 (2), 173-179.
- Matud, M. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- Maurício, I. (2010). O envelhecimento activo/ depressão em pessoas idosas – que intervenção nos cuidados de saúde primários em Portugal?. *PsiLogos*, 8 (1 e 2), 55-65.
- Menezes, G., Fontenelle, L., Mululo, S. & Versiani, M. (2007). Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (2), 55-60.
- Michael, G., Anastasios, S., Helen, K., Catherine, K. & Christine, K. (2009). Gender differences in experiencing occupational stress: the role of age, education and marital status. *Stress and Health*, 25, 397-404.
- Moksnes, U., Moljord, I., Espnes, G. & Byrne, D. (2010). The association between stress and emotional states in adolescents: the role of gender and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 49, 430-435.
- Molina, M., Wiener, C., Branco, J., Jansen, K., Souza, L., Tomasi, E., Silva, R. & Pinheiro, R. (2012). Prevalença de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39 (6), 194-197.
- Monteiro, I. (2012). *Depressão: Porque uns deprimem e outros não?*. Lisboa: Climepsi.
- Moreira, P., Melo, A., Oires, C., Crusellas, L. & Lima, A. (2005). *Saúde mental – do tratamento à intervenção*. Porto: Porto Editora.
- Munaretti, C. & Terra, M. (2007). Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (2), 108-115.

- Murofuse, N., Abranches, S. & Napoleão, A. (2005). Reflexes sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (2), 255-261.
- Musick, M. & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science and Medicine*, 56, 259-269.
- Needham, B. & Hill, T. (2010). Do gender differences in mental health contribute to gender differences in physical health?. *Social Science & Medicine*, 71 (8), 1472-1479.
- Neri, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de psicología*, 34 (1-2), 55-74.
- Neria, Y., Besser, A., Kiper, D. & Westphal, M. (2010). A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in Israeli civilians exposed to war trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (3), 322-330.
- Neto, C. & Alves, F. (2012). A experiência subjetiva da doença mental – o caso da depressão. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 70, 111-129.
- Norton, P. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): Psychometric analyses across four racial groups. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 20 (3), 253-265.
- Oei, T., Sawang, S., Goh, Y. & Mukhtar, F. (2013). Using the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*, 48 (6), 1018-1029.
- Olfson, M. & Gameroff, M. (2007). Generalized anxiety disorder, somatic pain and health care costs. *General Hospital Psychiatry*, 29, 310-316.
- Olfson, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Nomura, Y., Gameroff, M. & Weissman, M. (2000). Prevalence of anxiety, depression and substance abuse disorders in an urban general medicine practice. *Archives of Family Medicine*, 9, 876-883.
- Oliveira, D., Gomes, L. & Oliveira, R. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista de Saúde Pública*, 40 (4), 734-760.

- Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel M. & Neri, A. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 351-359.
- Oliveira, V. & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e *burnout* em enfermeiros – impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 43-54.
- Pafaro, R. & Martino, M. (2004). Estudo do estresse do enfermeiro em dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 38 (2), 152-160.
- Pais-Ribeiro, J. (2001). Mental health inventory. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 77-99.
- 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.
- Panobianco, M., Magalhães, P., Soares, C., Sampaio, B., Almeida, A. & Gozzo, T. (2012). Prevalência de depressão e fadiga em um grupo de mulheres com câncer de mama. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14 (3), 532-540.
- Paradela, E., Lourenço, R. & Veras, R. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39 (6), 918-923.
- Paranhos, M. & Werlang, B. (2009). Diagnóstico e intensidade da depressão. *Babarói*, 31, 111-125.
- Paschoal, T. & Tamayo, A. (2004). Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 9 (1), 45-52.
- Pereira, A. (1999). *Este medo sem sentido*. Porto: Ambar.
- Pinheiro, M., Quintella, R. & Vertzman, J. (2010). Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicologia Clínica*, 22 (2), 147-168.
- Pinheiro, T. (2005). Depressão na contemporaneidade. *Revista de Psicanálise*, 18 (182), 101-109.
- Pinto, A. & Silva, A. (coord.) (2005). *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Rimehaug, T. & Wallander, J. (2010). Anxiety and depressive symptoms related to parenthood in a large Norwegian community sample: the HUNT2 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 713-721.
- Ritter, H. (1990). Anxiety. *Journal of Religion and Health*, 29 (1), 49-53.
- Rooy, D. & Viswesvaran, C. (2004). Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, 65, 71-95.
- Ruini, C. & Fava, G. (2013). The polarities of psychological well-being and their response to treatment. *Terapia psicológica*, 31 (1), 49-57.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryan, R., Huta, V. & Deci, E. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal on Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- Ryff, C. & Singer, B. (2002). From social structure to biology. In C. Snyder & A. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (63-73). Londres: Oxford University Press.
- Sahoo, S. & Khess, C. (2010). Prevalence of depression, anxiety and stress among young male adults in India: a dimensional and categorical diagnosis-based study. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 198 (12), 901-904.
- Schafer-Kalkhoff, T. & Adler, N. (2005). Social disadvantage and adolescent stress. *Journal of Adolescent Health*, 37, 484-492.
- Schmaus, B., Laubmeier, K., Boquiren, V., Herzer, M. & Zakowski, S. (2008). Gender and stress: differential psychophysiological reactivity to stress reexposure in the laboratory. *International Journal Psychophysiology*, 69, 101-106.
- Schmidt, E. (2013). Melancolia, depressão e suas narrativas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16 (1), 89-99.

- Schutte, N. & Malouff, J. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50, 1116-1119.
- Schutte, N., Malouff, J., Simunek, M., McKenley, J. & Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition & Emotion*, 16 (6), 769-785.
- Schutte, N., Malouff, J., Thorsteinsson, E., Bhullar, N. & Rooke S. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42, 921–933.
- Scott, S. (2013). Depression. *Nursing Standard*, 28 (8), 61.
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. H. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (3-9). New York: Oxford University Press.
- Serra, A. (2005). As múltiplas facetas do stress. In A. M. Pinto & A. L. Silva (Eds.), *Stress e bem-estar*, (1ª edição) (17-42). Lisboa: Climepsi Editores.
- Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. Lda.
- Settipani, C., Puleo, C., Conner, B. & Kendall, P. (2012). Characteristics and anxiety symptom presentation associated with autism spectrum traits in youth with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 459-467.
- Shapiro, A. & Keyes, C. (2008). Marital status and social well-being: are the married always better off?. *Social Indicators Research*, 88, 329-346.
- Shapiro, A. & Keyes, C. (2008). Marital status and social well-being: are the married always better off?. *Social Indicators Research*, 88, 329-346.
- Shin, D. & Johnson, D. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicator Reaserch*, 5, 475-492.
- Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209.

Stanley, M., Wilson, N., Novy, D., Rhoades, H., Wagener, P., Greisinger, A., Cully, J. & Kunik, M. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care. *Journal of American Medical Association*, 301 (14), 1460-1467.

Stein, J. & Nyamathi, A. (1999). Gender differences in relationship among stress, coping and health risks behaviors in impoverished, minority populations. *Personality and Individual Differences*, 26, 141-157.

Stracciarini, J. & Trócoli, B. (2001). O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (2), 17-25.

Taggart, F., Friede, T., Weich, S., Clarke, A., Johnson, M. & Stewart-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*, 11 (27), 1-12.

Teng, C., Humes, E. & Demetrio, F. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 149-159.

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).

Teodoro, W. (2010). *Depressão: corpo, mente e alma*. Retirado de <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/depressaocma.pdf>.

Torpy, J. (2011). Generalized Anxiety Disorder. *Journal of the American Medical Association*, 305 (5), 522.

Tov, W. & Diener, E. (2007). Culture and subjective well-being. In E. Diener (Eds.), *Culture and well-being* (pp. 9-42). New-York: Springer.

Umberson, D. & Gove, W. (1989). Parenthood and psychological well-being. *Journal of Family Issues*, 10 (4), 440-462.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción com la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.

- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 23-29.
- Walkup, J. & Albano, A. (2011). Commentary on the special issue. [Editorial]. *Depression and Anxiety*, 28, 1-4.
- Warren, K., Postolache, T., Groer M., Pinjari, O., Kelly, D. & Reynolds, M. (2014). Role of chronic stress and depression in periodontal diseases. *Periodontology 2000*, 64, 127-138.
- Weissman, M. (2009). Depression. *Annals of Epidemiology*, 19 (4), 264-267.
- 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.
- White, L. (2012). Reducing stress in school-age girls through mindful yoga. *Journal of Pediatric Health Care*, 26 (1), 45-56.
- Widarsson, M., Engstrom, G., Rosenblad, A., Kerstis, B., Edlund, B. & Lundberg, P. (2012). Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 839-847.
- 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.
- Wing, J., Schutte, N. & Byrne, B. (2006). The effect of positive writing on emotional intelligence and life satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (10), 1291-1302.
- 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 & Wonca (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1986). *Young people's health – a challenge for society*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2000). Mental disorders can begin in teenage years and go untreated for life [em linha]. *World Health Organization*. Retirado de <http://www.who.int/inf-pr-2000/en/pr2000-31.html>.

World Health Organization (2003). *Investing in mental health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization.

World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2008). *Improving maternal mental health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.

World Health Organization (2012). *Depression*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

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

World Health Organization. (2005). Promoting mental health: concepts, emerging practice. Geneva: World Health Organization.

Wright, S. & Sayre-Adams, J. (2012). Reassess the stress. *Nursing Standard*, 26 (42), 18-19.

Wu, X. & DeMarris, A. (1996). Gender and marital status differences in Depression: the effects of chronic strains. *Sex Roles*, 34 (5/6), 299-319.

Xavier, F., Ferraz, M., Trenti, C., Argimon, I., Bertollucci, P., Poyares, D. & Moriguchi, E. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*, 35 (3), 294-302.

Xia, L., Ding, C., Hollon, S. & Wan, L. (2013). Self-supporting personality and psychological symptoms: the mediating effects of stress and social support. *Personality and Individual Differences*, 54, 408-413.

Yoon, K. & Zinbarg, R. (2007). Generalized anxiety disorder and entry into marriage or a marriage-like relationship. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 955-965.

Zeidner, M. & Olnick-Shemesh, D. (2010). Emotional intelligence and subjective well-being revised. *Personality and Individual Differences*, 48, 431-435.

Zubieta, E., Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Facultad de psicología – UBA/ secretaria de investigaciones/ anuario de investigaciones*, 17, 277-283.

ANEXOS

ANEXO I

Cr terios de diagn stico para Perturba o Depressiva Major

Critérios para o diagnóstico do DSM-IV-TR de Episódio Depressivo Major

A. Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda do prazer ou do interesse:

Nota: não incluir os sintomas que são claramente provocados por um estado físico geral, ou ideias delirantes ou alucinações que são incongruentes com o humor.

- (1) Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). **Nota:** em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável;
- (2) Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou pela descrição de outros);
- (3) Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. **Nota:** em crianças, deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso;
- (4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- (5) Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observável por outros, e não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lento);
- (6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- (7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente);
- (8) Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato, ou pela observação de outros);
- (9) Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer o suicídio.

B. Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto.

- C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.
 - D. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou um estado físico geral (por exemplo, hipotireoidismo).
 - E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.
-

Critérios para o diagnóstico do DSM-IV-TR de Episódio Depressivo Major, Episódio Único

- A. A presença de um único Episódio Depressivo Major.
- B. O Episódio Depressivo Major não é melhor explicado por uma perturbação Esquizoafetiva e não se sobrepõe a uma Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Perturbação Delirante ou Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação.
- C. Nunca existiu um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou uma Episódio Hipomaníaco. **Nota:** Esta exclusão não se aplica se todos os episódios de tipo maníaco, misto ou hipomaníaco forem induzidos por substâncias ou tratamento, ou se forem provocados pelos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral.

Se os critérios completos para Episódio Depressivo Major estiverem atualmente preenchidos, *especifique* o estado clínico atual e/ou as características:

- **Ligeiro, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas, Grave Com Características Psicóticas;**
- **Crônico;**
- **Com Características Catatônicas;**
- **Com Características Melancólicas;**
- **Com Características Atípicas;**

- **Com Início No Período Pós-Parto.**

Se os critérios completos para Episódio Depressivo Major não estiverem atualmente preenchidos, *especifique* o estado clínico atual Da Perturbação Depressiva Major ou as características do episódio mais recente:

- **Em Remissão Parcial, Em Remissão Total;**
 - **Crônico;**
 - **Com Características Catatônicas;**
 - **Com Características Melancólicas;**
 - **Com Características Atípicas;**
 - **Com Início No Período Pós-Parto.**
-

Critérios para o diagnóstico do DSM-IV-TR de Episódio Depressivo Major, Recorrente

A. A presença de dois ou mais Episódio Depressivo Major.

Nota: para se poderem considerar episódios separados, deve existir um intervalo de pelo menos dois meses consecutivos durante os quais não são preenchidos os critérios para Episódio Depressivo Major.

B. Os Episódios Depressivos Major não são melhor explicados por uma Perturbação Esquizoafetiva e não se sobrepõem a uma Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Perturbação Delirante ou Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação.

C. Nunca existiu um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou uma Episódio Hipomaníaco. **Nota:** Esta exclusão não se aplica se todos os episódios de tipo maníaco, misto ou hipomaníaco forem induzidos por substâncias ou tratamento, ou se forem provocados pelos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral.

Se os critérios completos para Episódio Depressivo Major estiverem atualmente preenchidos, *especifique* o estado clínico atual e/ou as características:

- **Ligeiro, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas, Grave Com Características Psicóticas;**
- **Crónico;**
- **Com Características Catatónicas;**
- **Com Características Melancólicas;**
- **Com Características Atípicas;**
- **Com Início No Período Pós-Parto.**

Se os critérios completos para Episódio Depressivo Major não estiverem atualmente preenchidos, *especifique* o estado clínico atual Da Perturbação Depressiva Major ou as características do episódio mais recente:

- **Em Remissão Parcial, Em Remissão Total;**
- **Crónico;**
- **Com Características Catatónicas;**
- **Com Características Melancólicas;**
 - **Com Características Atípicas;**
 - **Com Início No Período Pós-Parto.**

Especifique:

Especificadores Longitudinais Da Evolução (Com E Sem Recuperação Entre Episódios)

Com Padrão Sazonal

ANEXO II

Questionário sócio-demográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

Código de aplicação:

Data de aplicação: / /
(dia) (mês) (ano)

O presente questionário insere-se num estudo de investigação que terá como tema o *Caraterização da saúde mental numa população jovem dos Açores: da psicopatologia ao bem-estar* e realiza-se no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Para que este estudo seja possível é necessário o preenchimento deste inquérito. Assim, a sua colaboração é fundamental.

Este inquérito é anónimo e os dados confidenciais.

Obrigada pela sua colaboração.

DADOS PESSOAIS:

1. Idade: _____ 2. Género: Masculino Feminino

3. Estado civil:

Solteiro___

Casado___

Divorciado___

Recasado___

Viúvo___

Separado___

4. Escolaridade:

Ensino primário___

Ensino básico___

Ensino secundário___

Bacharelato___

Licenciatura___

Mestrado___

Doutoramento___

5. Situação profissional:

Estudante___

Empregado___

Desempregado___

6. O seu agregado familiar é composto por quantos elementos? _____

7. Tem filhos? Sim ___ Não ___

7.1. Se sim, quantos? _____

8. Qual o seu local de residência? (freguesia)

9. Num futuro próximo pretende sair da ilha? Sim___ Não___

9.1. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, qual o motivo?

Estudar___

Trabalhar___

Outro ___ Qual: _____

10. Está ou já esteve envolvido em atividades não remuneradas como voluntariado? Sim ___ Não___

11. Já teve ou tem acompanhamento psicológico? Sim___ Não___

Em caso afirmativo, qual a problemática? _____

12. Toma medicação para algum problema psiquiátrico? Sim___ Não___

13. Costuma frequentar as redes de cuidados de saúde (hospitais, centros de saúde, etc.)? Sim___ Não___

13.1. Se sim, qual o seu grau de satisfação com os mesmos?

___ 0 - Muito insatisfeito

___ 1 – Ligeiramente insatisfeito

___ 2 – Nem satisfeito nem insatisfeito

___ 3 – Moderadamente satisfeito

___ 4- Muito satisfeito