

Cristiana Ferreira

Caraterização da Saúde Mental numa população jovem do concelho da Póvoa de  
Varzim: da psicopatologia ao bem-estar

Universidade Fernando Pessoa

Porto | 2015



Cristiana Ferreira

Caraterização da Saúde Mental numa população jovem do concelho da Póvoa de  
Varzim: da psicopatologia ao bem-estar

Universidade Fernando Pessoa

Porto | 2015



Cristiana Ferreira

Caraterização da Saúde Mental numa população jovem do concelho da Póvoa de  
Varzim: da psicopatologia ao bem-estar

---

Cristiana Maria Fernandes Ferreira

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

A saúde mental é conceptualizada como um “estado completo” em que os indivíduos estão livres de psicopatologia e em *flourishing*, e com níveis elevados de bem-estar emocional, psicológico e social (Keyes, 2002). Este constructo indica que quando um indivíduo se sente bem, é mais produtivo, sociável, criativo, tem perspetivas futuras e sente-se feliz (García-Viniegras & Benitez, 2000). Contudo, a saúde mental e doença mental não são extremidades opostas do mesmo conceito, constituem eixos distintos mas correlacionados (Keyes, 2005); e a doença mental continua a ser bastante prevalente, essencialmente a ansiedade e a depressão (e.g. APA, 2012). Este estudo pretende efetuar a caracterização da saúde mental e bem-estar (emocional, social e psicológico) e doença mental/psicopatologia de jovens entre os 18 e os 30 anos, residentes no concelho da Póvoa de Varzim. Para a recolha de dados, foram utilizadas a *Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) - versão Portuguesa*, a versão reduzida para adultos da *Escala Continuum de Saúde Mental-Versão Reduzida (MHC-SF)* e a *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)*. Os resultados encontrados indicaram que a maior parte da amostra apresenta bons níveis de saúde mental (*flourishing*) e bem-estar (emocional, psicológico e social) e níveis inferiores de doença mental (ansiedade, depressão e stress), correlações negativas entre a saúde mental/bem-estar e psicopatologia, e associações entre estas variáveis e variáveis sociodemográficas. Verificamos que os mais novos (18-25 anos) apresentam melhor saúde mental e bem-estar em geral, assim como, melhor bem-estar emocional; os homens apresentam maior bem-estar em geral do que as mulheres e estas, maiores níveis de psicopatologia; a depressão é mais frequente nos desempregados, e os que completaram o ensino básico apresentam melhor bem-estar emocional do que os completaram o ensino secundário, mas menos psicopatologia em geral e menor *stress*. Concluímos que apesar da maioria da amostra se encontrar em *flourishing*, algumas variáveis interferem com a saúde mental, bem-estar e psicopatologia, o que realça a necessidade de se investir na promoção da saúde mental positiva.

**Palavras-chave:** jovens adultos, saúde mental positiva, bem-estar, depressão, ansiedade, *stress*

## ABSTRACT

The mental health is conceptualized as a “complete state” in which individuals are free of psychopathology and flourishing with high levels of emotional, psychological and social well-being (Keyes, 2002). This construct indicates that individuals that feels good is more productive, companionable and creative, has future prospects and feels happy (Garcia-Viniegras & Benitez, 2000). Nevertheless, mental health and mental illness aren't the opposite of the same concept, they are distinct but correlated (Keyes, 2005); and the mental illness is still quite prevalent, mainly anxiety and depression (e.g. APA, 2012). This study intends to make the characterization of mental health and well-being (emotional, social and psychological) and mental illness/psychopathology of young people between 18 and 30 years old, residents in the Póvoa de Varzim country. For data collection, were used the Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS) - portuguese version, the for adults Mental Health Continuum Scale- short form (MHC-SF) and the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21). The results indicate that most of the sample shows high levels of mental health and well-being and lower levels of mental illness (anxiety, depression and stress), negative correlations with mental health/well-being and psychopathology, and associations between these variables and sociodemographic variables. We found that the younger (18-25 years) have better mental health and well-being (emotional, psychological and social) in general, as well as better emotional well-being; men have higher well-being than woman, and woman higher levels of psychopathology; depression is more prevalent in the unemployed, and those who finished the basic education present better emotional well-being than those who have completed high school, but less psychopathology in general and less stress. We conclude that although the majority of the sample is in flourishing, some variables interfere with mental health, well-being and psychopathology, which highlights the need to invest in the promotion of positive mental health.

**Keywords:** young adults, positive mental health, wellness, depression, anxiety and stress

## AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho e conseqüente finalização de uma etapa muito importante na minha vida, só se tornou possível graças ao suporte de várias pessoas imprescindíveis, às quais gostaria de deixar o meu agradecimento.

Primeiramente gostaria de agradecer à Professora Doutora Carla Fonte, pelo carinho que dedicou à orientação desta dissertação e pelo encorajamento que sempre me manifestou no decurso da sua realização, por toda a disponibilidade sempre prestada, pelo feedback do trabalho desenvolvido e por me incentivar a nunca desistir com o seu otimismo e energia positiva contagiante.

Da mesma forma quero agradecer à Professora Sónia Alves pela motivação e apoio prestado durante este trajeto, pela transmissão de conhecimentos, por todo o carinho demonstrado em diversas situações, por nunca ter duvidado das minhas capacidades motivando-me a acreditar em mim própria, e pelas palavras de conforto nos momentos em que eu mais precisei.

Quero deixar expresso um agradecimento especial a alguém que já partiu, o meu pai Agostinho Félix Ferreira, que apesar de não estar presente fisicamente, eu senti que me acompanhou sempre ao longo desta etapa, sendo uma fonte de energia suplementar em muitos momentos.

Agradeço ainda à minha mãe Joaquina Fernandes e ao meu companheiro e melhor amigo Luís Furtado, pela disponibilidade, o carinho e as palavras de apoio nos momentos de desmotivação, por todo o suporte com que me brindaram nas alturas mais atarefadas e pela compreensão demonstrada no tempo que não lhes dediquei. Não posso deixar de realçar que sem o suporte emocional e a compreensão inesgotável do meu companheiro, não teria sido possível conciliar o trabalho, o mestrado e a vida familiar.

Quero agradecer ainda aos colegas que me apoiaram de diversas formas na realização deste trabalho, em especial às colegas Kelly Monte e Liliana Carreira pela atenção, ajuda e disponibilidade prestadas.

Não posso deixar de agradecer a todos os professores que me acompanharam ao longo do mestrado integrado e que, cada um à sua maneira me transmitiu o fascínio que tenho hoje pela Psicologia.

Finalmente quero agradecer a todos os sujeitos que aceitaram participar de forma voluntária neste estudo, permitindo a finalização do projeto em questão.

## ÍNDICE

Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
Agradecimentos.....	viii
Índices de Tabelas.....	xi
Índice de Figuras.....	xiv
Índice de Anexos.....	xiv
Lista de abreviaturas.....	xiv
<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I – Enquadramento Teórico</b>	<b>3</b>
<hr/>	4
<b>Capítulo I – Saúde mental positiva/Bem-estar</b>	
1.1. Saúde mental positiva.....	4
1.2. Bem-estar.....	9
1.2.1. Bem-estar emocional.....	10
1.2.2. Bem-estar psicológico.....	14
1.2.3. Bem-estar social.....	18
1.3. Síntese integrativa.....	21
<b>Capítulo II- Psicopatologia/Doença mental</b>	<b>23</b>
2.1. Depressão.....	23
2.2. Ansiedade.....	27
2.3. Stress.....	30
2.4. Síntese integrativa.....	33

<b>PARTE II – Estudo Empírico</b>	35
<hr/>	
<b>Capítulo III – Caracterização da saúde mental numa população jovem do concelho da Póvoa de Varzim: da psicopatologia ao bem-estar</b> .....	36
3.1. Objetivos do estudo.....	36
3.2. Método.....	37
3.2.1. Caraterização da amostra.....	37
3.2.2. Instrumentos.....	41
3.2.2.1. Questionário sociodemográfico.....	41
3.2.2.2. <i>Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) – versão portuguesa</i> .....	41
3.2.2.3. <i>Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF) para Adultos – versão reduzida</i> .....	42
3.2.2.4. <i>Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)</i> .....	43
3.2.3. Procedimentos.....	45
3.3. Análise dos dados.....	46
3.4. Discussão dos resultados.....	67
3.5. Conclusão geral.....	76
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	78
<b>Anexos</b> .....	92

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Critérios de diagnóstico de Saúde Mental ( <i>Flourishing</i> ).....	7
<b>Tabela 2.</b> Caraterização sociodemográfica da amostra relativamente à freguesia de residência, estado civil, habilitações académicas, situação profissional, número de filhos e agregado familiar.....	38
<b>Tabela 3.</b> Caraterização da amostra quanto à existência de acompanhamento psicológico e motivo do acompanhamento, e prescrição de medicação psiquiátrica.....	39
<b>Tabela 4.</b> Caraterização da amostra quanto à intenção e motivo para sair do país e quanto ao envolvimento em atividades não remuneradas.....	40
<b>Tabela 5.</b> Caraterização da amostra quanto à utilização da rede de cuidados de saúde e satisfação com esses cuidados.....	40
<b>Tabela 6.</b> Coeficientes de consistência interna da <i>MHC-SF</i> na amostra.....	43
<b>Tabela 7.</b> Coeficientes de consistência interna da <i>EADS-21</i> na amostra.....	44
<b>Tabela 8.</b> Caraterização da saúde mental da amostra relativamente ao bem-estar em geral ( <i>WEMWBS</i> ), e ao bem-estar emocional, social e psicológico .....	47
<b>Tabela 9.</b> Caraterização do estado de saúde mental positiva da amostra.....	48
<b>Tabela 10.</b> Caraterização da saúde mental da amostra relativamente à <i>EADS-21</i> , depressão, ansiedade e <i>stress</i> .....	49
<b>Tabela 11.</b> Correlações de Pearson entre a escala e subescalas de psicopatologia ( <i>EADS-21</i> , ansiedade, depressão e <i>stress</i> ) e as escalas e subescalas de saúde mental e bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico) e os estados de saúde mental positiva ( <i>flourishing</i> , saúde mental moderada e <i>languishing</i> ).....	51
<b>Tabela 12.</b> Teste de diferenças entre a idade e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental ( <i>EADS-21</i> , ansiedade, depressão e <i>stress</i> ).....	52

<b>Tabela 13.</b> Teste de diferenças entre o sexo e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental ( <i>EADS-21</i> , ansiedade, depressão e <i>stress</i> ).....	53
<b>Tabela 14.</b> Teste de diferenças entre o estado civil e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental ( <i>EADS-21</i> , ansiedade, depressão e <i>stress</i> ).....	54
<b>Tabela 15.</b> Análise de variâncias (ANOVA) entre a situação profissional e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental ( <i>EADS-21</i> , ansiedade, depressão e <i>stress</i> ).....	55
<b>Tabela 16.</b> Teste Post-hoc de Scheffe entre a situação profissional e a subescala de depressão.....	56
<b>Tabela 17.</b> Análise de variâncias (ANOVA) entre as habilitações académicas e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental ( <i>EADS-21</i> , ansiedade, depressão e <i>stress</i> ).....	57
<b>Tabela 18.</b> Teste Post-hoc de Scheffe entre as habilitações académicas e o bem-estar emocional, o estado de <i>flourishing</i> , o estado de saúde mental moderada, a ansiedade e o <i>stress</i> .....	58
<b>Tabela 19.</b> Teste de diferenças entre a existência de filhos e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental ( <i>EADS-21</i> , ansiedade, depressão e <i>stress</i> ).....	59
<b>Tabela 20.</b> Teste de diferenças entre o número de filhos e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença	

mental ( <i>EADS-21</i> , ansiedade, depressão e <i>stress</i> ).....	60
<b>Tabela 21.</b> Análise de variâncias (ANOVA) entre a freguesia de residência e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental ( <i>EADS-21</i> , ansiedade, depressão e <i>stress</i> ).....	61
<b>Tabela 22.</b> Teste de diferenças entre a intenção de sair do país e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental ( <i>EADS-21</i> , ansiedade, depressão e <i>stress</i> ).....	63
<b>Tabela 23.</b> Teste de diferenças entre o envolvimento em atividades não remuneradas e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental ( <i>EADS-21</i> , ansiedade, depressão e <i>stress</i> ).....	64
<b>Tabela 24.</b> Teste de diferenças entre o acompanhamento psicológico não remuneradas e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental ( <i>EADS-21</i> , ansiedade, depressão e <i>stress</i> ).....	65
<b>Tabela 25.</b> Teste de diferenças entre a utilização da rede de cuidados de saúde e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental ( <i>EADS-21</i> , Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> ).....	66
<b>Tabela 26.</b> Teste de diferenças entre a satisfação com a rede de cuidados de saúde e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar ( <i>WEMWBS</i> , <i>MHC-SF</i> , bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental ( <i>EADS-21</i> , ansiedade, depressão e <i>stress</i> ).....	67

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Saúde mental e doença mental: <i>Complete State Model</i> .....	5
--	---

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo I.</b> Questionário sociodemográfico.....	94
<b>Anexo II.</b> Versão Portuguesa da Escala de Bem-estar Mental de Warwick-Edinburg (WEMWBS).....	97
<b>Anexo III.</b> Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (Adultos) (MHC-SF).....	99
<b>Anexo IV.</b> Escala de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> (EADS-21).....	101
<b>Anexo V.</b> Declaração de Consentimento Informado.....	103

## LISTA DE ABREVIATURAS

**APA** - American Psychology Association

**BE** - Bem-estar

**CID** - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

**CPA** - Canadian Psychiatric Association

**DSM-IV** - Manual de Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição

**EADS-21** - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**MHC-SF** - Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**SGA** - Síndrome Geral de Adaptação

**SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences

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

**WHO** - World Health Organization

**WONCA** - World Organization of National Colleges

## INTRODUÇÃO

O tema da saúde mental não é um tema recente, contudo, foi se verificando uma necessidade de reformular o conceito, uma vez que não podia ser vista apenas sob uma forma dicotômica (ausência ou presença de doença). O conceito foi evoluindo e integrando outras vertentes, resultando num conceito muito mais abrangente, e que integra o bem-estar.

Galinha e Ribeiro (2005) referiram que o crescente interesse pelo bem-estar surge a par das diferenças sociais, doenças e pobreza que se foram identificando, emergindo a necessidade de se desenvolver esforços para se criar uma sociedade com qualidade de vida, melhor para todos, e permitindo assim o progresso da sociedade. Segundo os mesmos autores, os acontecimentos de vida, tanto os negativos como os positivos, mas principalmente os mais marcantes, afetam de alguma forma, o bem-estar.

Surge então a questão: será que os indivíduos sem perturbação mental e que mantêm uma vida produtiva e saudável, têm necessariamente uma vida mais produtiva e mais saudável do que os doentes mentais? A resposta a esta questão exige uma avaliação completa do modelo estrutural de saúde, o qual é suportado por várias linhas de pensamento e pesquisa. Embora muitas pessoas não sejam portadoras de doença mental, não se sentem saudáveis e a funcionar bem; um indivíduo pode não sentir-se triste e não experimentar necessariamente altos níveis de felicidade (Keyes, 2005).

Entendeu-se de especial importância a abordagem deste tema, considerando que atualmente, a sociedade portuguesa enfrenta períodos de grande mudança, resultado da crise económica e financeira, repercutindo-se a nível social e afetando o bem-estar dos indivíduos.

Por outro lado, a doença mental é uma realidade muito evidente a nível mundial, e segundo Murray e Lopez estima-se que a prevalência de depressão aumente mundialmente e que seja a segunda maior causa de incapacidade no primeiro trimestre do séc. XXI (Keyes, 2007). Segundo Lewinsohn, Lúpulo, Roberts e Seeley (1993, citados por Keyes, 2007) estima-se que, aos 18 anos de idade, 20% dos jovens apresentarão um caso de depressão. Desta forma, sendo esta a geração do futuro, é de especial importância estudar a saúde mental e bem-estar que esta população apresenta, a fim de se poder intervir, com o intuito de promover a saúde mental, numa perspetiva positiva.

Um estudo recente identificou ainda a saúde mental como um dos problemas de saúde prioritários da população da região Norte, à semelhança do que acontece em Portugal e na Europa. Neste seguimento, o presente projeto de investigação pretende efetuar uma caracterização da saúde mental relativamente ao bem-estar (emocional, psicológico e social) e

psicopatologia dos jovens residentes num concelho do distrito do Porto. A acrescentar a este objetivo, o estudo pretende ainda refletir se o bem-estar, saúde mental e psicopatologia apresentam associação entre si e com variáveis sociodemográficas (*e.g.* idade, estado civil, sexo), tendo em consideração que a literatura indica nesse sentido (Machado, Lima, Felício & Teixeira, 2004).

Esta tese inicia com um estudo da literatura relativamente à evolução dos conceitos de saúde mental, saúde mental positiva, e bem-estar emocional, psicológico e social; passando igualmente pelo estudo da psicopatologia, mais propriamente da ansiedade, do *stress* e da depressão. O trabalho prossegue com a apresentação do estudo empírico desenvolvido, caracterizando a metodologia utilizada para o cumprimento dos objetivos propostos, com a apresentação, análise e discussão dos dados recolhidos, culminando numa conclusão de todo o trabalho de investigação realizado.

**PARTE I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I. SAÚDE MENTAL POSITIVA/BEM-ESTAR**

### **1.1. Saúde mental positiva**

Em 1948 entra em vigor o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), enquanto “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não constituindo apenas na ausência de doença ou efemeridade*” (World Health Organization [WHO], 2001 p.1; citado por WHO, 2005), onde já nesta altura, o conceito de saúde mental e bem-estar integravam o conceito de saúde.

As diferenças de valores entre os diferentes países, culturas, classes e sexos podem parecer muito vastos para permitir um consenso sobre a definição de saúde mental (WHO, 2001), no entanto, tal como a idade ou a riqueza mantêm expressões diferentes em todo o mundo e não possuem um significado universal, a saúde mental também pode ser definida sem restringir a sua interpretação em todas as culturas (WHO, 2005).

Em 2005, a OMS reformulou a sua definição de saúde mental para:

"um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial, é capaz de lidar com o *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e de dar um contributo para a sua comunidade". As três componentes essenciais desta definição são (1) o bem-estar, (2) o funcionamento efetivo do indivíduo, e (3) o funcionamento efetivo na comunidade". (p.1)

Ao longo da história, a psicologia centrou-se nos aspetos negativos da vida humana, embora esta não tenha sido a intenção dos primeiros psicólogos. Antes da segunda guerra mundial, a psicologia tinha como tarefas, curar doenças mentais, melhorar vidas normais, e identificar e estimular talentos (Seligman, 2002). Contudo, após a guerra, e perante a consequente grave crise humana, compreende-se que o financiamento organizacional se tenha concentrado predominantemente no tratamento de doenças mentais. É então desta forma que a psicologia começa a intervir quase exclusivamente segundo um modelo de doença (Seligman, 2002; Boniwell, 2012).

Desta forma, enquanto anteriormente, as medidas de avaliação em saúde mental incluíam sintomas psicossomáticos e físicos, o estado funcional, outros problemas de saúde ou preocupações e hábitos de saúde; além de constructos psicológicos mais evidentes como sintomatologia ansiógena e depressiva; posteriormente, passaram a focar sintomas de ansiedade e depressão quase exclusivamente. O objetivo fundamental da avaliação psicológica centrou-se em diferenciar indivíduos funcionais e disfuncionais, em que os

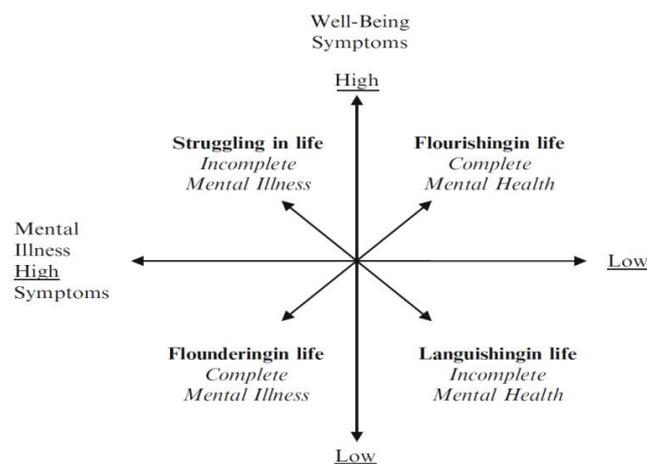
disfuncionais, com ou sem patologia definida, deveriam ser alvo de intervenção psicológica (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Importa salientar que o modelo de doença trouxe alguns progressos, ao conseguir tratamento para 14 patologias (*e.g.* depressão, ansiedade) anteriormente consideradas intratáveis (Boniwell, 2012). Ainda assim, já em 1977, Engel defendeu que o modelo de doença dominante (biomédico) não abrangia as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais da doença, e sugeriu um modelo biopsicossocial. Durante muito tempo a investigação centrou-se apenas nas doenças mentais e nas suas consequências negativas a nível psicológico, no entanto, tem-se vindo a perceber que o estudo das consequências psicológicas positivas e das experiências positivas também é benéfico (Fredrickson, 2004).

Keyes (2005) confirmou empiricamente que a saúde mental e a doença mental não são extremidades opostas de um único conceito, elas constituem eixos distintos mas correlacionados, sugerindo que a saúde mental deve ser vista como uma condição própria. Desta forma, a ausência de doença mental não é igual à presença de saúde mental, mas ganhos em saúde mental diminuem a probabilidade de incidência de doença mental, e vice-versa (Keyes, Dhingra & Simoes, 2010).

É neste contexto que, após a sucessão de Seligman à presidência da *American Psychology Association (APA)*, surge o termo “Psicologia Positiva”, com o objetivo de alterar o foco da psicologia para a construção do que é positivo (Seligman, 2002), centrando-se no potencial dos indivíduos e naquilo que torna a vida digna de ser vivida (Boniwell, 2012) e no que torna as pessoas e a comunidade *flourish* e não *languish* (Hefferon & Boniwell, 2011). A psicologia positiva é a ciência dos aspetos positivos como a felicidade, o bem-estar e o estado de saúde mental completa ou *flourishing* (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), atuando a nível subjetivo, individual e grupal (Seligman, 2002; Boniwell, 2012). O nível *subjetivo* é o sentir-se bem e ser “boa pessoa”, e inclui o estudo das experiências positivas (Boniwell, 2012) do passado (bem-estar e satisfação com a vida), do presente (divertimento, prazeres e felicidade) e do futuro (otimismo, esperança e coragem) (Seligman, 2002). O nível *individual* refere-se a traços positivos individuais, à capacidade de amar, à coragem, às habilidades interpessoais, à perseverança, à originalidade, ao talento e à sabedoria (Seligman, 2002; Boniwell, 2012). O objetivo deste nível é identificar os elementos para uma “vida boa” e as qualidades para ser “boa pessoa” (Boniwell, 2012). A nível *grupal*, a ênfase está nas virtudes cívicas, responsabilidades sociais, altruísmo, civismo, tolerância, ética profissional e outros fatores que contribuem para o desenvolvimento da comunidade. Este nível diz respeito às ações e comportamentos positivos (Boniwell, 2012).

A psicologia positiva demonstrou que o aumento das virtudes positivas ou pontos fortes estão associados a um melhor funcionamento físico, psicossocial e psicológico, e menor doença mental (Seligman & Csikszentmihalyi 2000). Licence (2004; citado por Vennin, Elliott & Wilson, 2013) sugeriu que, se no início da vida, for adotado um foco positivo, mais facilmente irá desenvolver forças psicológicas e construir alicerces para uma vida saudável na idade adulta. A partir desta perspetiva, o *Complete State Model (CSM)* fornece um quadro terapêutico e diagnóstico valioso, e sugere que a promoção da saúde deve centrar-se na construção de forças psicológicas capazes de mudar as pessoas de estados mais pobres de funcionamento (e.g. *languishing*, *struggling*, ou *floundering*) para um estado sustentável de *flourishing* (Vennin et al., 2013) (cf. Figura 1).



**Figura 1.** Saúde mental e doença mental: *Complete State Model* (adaptado de Vennin et al., 2013).

Keyes (2002, 2005), Keyes e Lopez (2002) e Westerhof e Keyes (2010) definiram saúde mental como uma síndrome que combina sintomas de bem-estar emocional (satisfação com a vida e sentimentos positivos - *bem-estar hedónico*) com sintomas de bem-estar psicológico e social (funcionamento positivo - *bem-estar eudaimónico*). Um longo percurso de quase metade de um século de investigação produziu 13 sintomas/medidas de saúde mental, os quais representam tanto a estrutura latente do bem-estar *hedónico* como do bem-estar *eudaimónico* (Keyes & Waterman, 2003; McGregor & Little, 1998; Ryan & Deci, 2001; Waterman, 1993; citados por Keyes, 2005). O esquema de diagnóstico para saúde mental, tal como acontece para o diagnóstico da depressão *major* requer a presença de um determinado número de sintomas para ser atribuído o diagnóstico (Keyes, 2002; Keyes & Lopez, 2002).

Mais especificamente, o diagnóstico de *flourishing* requer níveis elevados em uma das duas escalas do bem-estar *hedônico* (sentimentos positivos) e níveis elevados em 6 das 11 escalas de funcionamento positivo; e o diagnóstico de *languishing* requer níveis baixos em uma das duas escalas do bem-estar *hedônico* e níveis baixos em 6 das 11 escalas de funcionamento positivo. Os adultos com saúde mental moderada não preenchem os critérios para *flourishing* nem os critérios para *languishing* (Keyes, 2002, 2005; Keyes & Lopez, 2002) (cf. Tabela 1).

**Tabela 1**

*Critérios de diagnóstico de Saúde Mental (Flourishing)*

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	SINTOMAS	Bem-estar
<p><b>Sentimentos positivos</b> (<i>Bem-estar hedônico</i>) Nível alto em pelo menos 1 sintoma</p>	<p>1. Sentimentos positivos nos últimos 30 dias (alegria, bom humor, calma, tranquilidade, satisfação) 2. Felicidade ou satisfação com a vida</p>	<p>Bem-estar emocional (Diener, 1984)</p>
<p><b>Funcionamento Positivo</b> (<i>Bem-estar eudaimônico</i>) Nível alto em 6 ou mais sintomas</p>	<p>3. Autoaceitação 4. Objetivo na vida 5. Autonomia 6. Relações positivas com os outros 7. Domínio do meio ambiente</p>	<p>Bem-estar psicológico (Ryff, 1989)</p>
	<p>8. Contribuição social 9. Crescimento social 10. Coerência social 11. Crescimento pessoal 12. Aceitação social 13. Integração social</p>	<p>Bem-estar social (Keyes, 1998)</p>

Traduzido e adaptado de Keyes (2005)

Embora o bem-estar hedônico seja parte da avaliação da saúde mental, não é considerado um sintoma exclusivo para um alto nível de saúde mental. Contudo, um alto nível de saúde mental requer níveis elevados na maioria das medidas de bem-estar emocional (Keyes, 2005).

Segundo o modelo de Keyes (2002, 2005; Keyes & Lopez, 2002) o diagnóstico de saúde mental é descrito como *flourishing* e a ausência de saúde mental é descrito como *languishing*; tendo o mesmo concluído que o risco de ter um episódio depressivo é duas vezes superior entre os adultos em *languishing* e adultos com saúde mental moderada; e sete vezes maior entre *languishing* e *flourishing*. Ter uma "saúde mental moderada" não é o mesmo que

estar "saudável", em compensação o termo combina o saudável com a psicopatologia (WHO, 2005). Contudo, a saúde mental positiva tanto pode constituir um preditor de doença mental como um fator de risco (Keyes, 2002; Keyes et al., 2010).

Segundo este modelo, da mesma forma que a depressão requer sintomas de anedonia, a saúde mental requer sintomas de hedonia ou vitalidade emocional e sentimentos positivos com a vida. Além disso, da mesma forma que a depressão *major* é composta por sintomas de mau funcionamento, a saúde mental é composta por sintomas de funcionamento positivo (Keyes, 2005)

Keyes (2009), no seu estudo com adolescentes, verificou que a maioria se encontrava num estado de saúde mental moderada (56%) e números inferiores em *flourishing* (38%) e em *languishing* (9%); e Howell (2009; citado por Hefferon, 2011) encontrou resultados semelhantes em adultos, com 18% da amostra em *flourishing*, 65% em saúde mental moderada e 17% em *languishing*. Já Keyes e colaboradores (2012) encontrou cerca de metade da amostra (49.3%) em *flourishing* e não legíveis para diagnóstico de doença mental.

Quanto à associação com variáveis sociodemográficas, Howell (2009; citado por Hefferon, 2011) apontou correlações positivas entre o estado *flourishing* e a realização académica, a definição de objetivos, o autocontrolo e a perseverança. Keyes e colaboradores (2012) concluíram que a saúde mental positiva complementa a doença mental relativamente ao risco de suicídio e prejuízo no rendimento académico de estudantes universitários (entre os 18 e os 30 anos). Já Keyes (2013) encontrou que a prevalência de *flourishing* baixa de 49% no ensino básico para 40% no ensino secundário. Keyes e colaboradores (2010) revelaram um aumento da prevalência de doenças mentais entre as mulheres, os jovens e aqueles com escolaridade baixa; e Lindstrom e Rosvall (2012) encontraram menor saúde mental em não casados (solteiros, divorciados e viúvos).

Posteriormente, E. Matos, T. Matos e G. Matos (2010), no seu estudo com adolescentes portugueses, encontraram cerca de 44.7% dos adolescentes em *flourishing*, 38.9% em saúde mental moderada e 16.4% em *languishing*; verificou que os rapazes apresentam melhores níveis de bem-estar (emocional, psicológico e social) e são em maior número no estado de *flourishing* do que as raparigas, mas estas últimas em maior número no estado de *languishing*; que os adolescentes que frequentam o ensino secundário estão menos em *flourishing* do que os do segundo e terceiro ciclos; e que os em *languishing* apresentam maiores percentagens de consultas de psicologia/psiquiatria (38%) do que os em saúde mental moderada (25.8%) ou em *flourishing* (25.3%). Por sua vez, Monte (2014) encontrou 58.6% de jovens em *flourishing*, 38.2% em estado de saúde moderada e 3.2% em *languishing*; que os

jovens sem filhos e os que não desejam sair da ilha apresentam pior saúde mental (*languishing*); além de correlações positivas entre a idade e o estado de *flourishing*.

Ainda quanto à realidade portuguesa, em 2005, cerca de 27,2% da população residente em Portugal com 15 ou mais anos registava provável sofrimento psicológico (medido por um indicador de saúde mental), especialmente as mulheres, os que tinham terminado 4 anos de escolaridade (comparados com os que concluíram o ensino básico), e os desempregados, reformados e domésticos; e que este aumenta com a idade (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2009).

O estado de saúde, assim como o de doença, ocorre quando um conjunto de sintomas a um nível específico interfere com o funcionamento cognitivo e/ou social (Keyes & Lopez, 2002). A saúde mental pode ser operacionalizada como uma síndrome de sintomas de bem-estar emocional e o reconhecimento da capacidade de realização do potencial intelectual e emocional num indivíduo. O bem-estar constitui uma perceção individual, uma avaliação da própria vida, mediante o estado emocional e o funcionamento psicológico e social (Keyes, 2002).

Desta forma, esta revisão prosseguirá com uma apresentação do conceito de bem-estar e suas especificidades ao nível do bem-estar emocional, psicológico e social; procurando as suas relações com variáveis sociodemográficas.

## **1.2. Bem-estar (BE)**

Durante séculos, pensadores e filósofos, interessaram-se pelo estudo do bem-estar (BE), mas só a partir do final do séc. XX (Fernández-Ballesteros, 2003; citado por Novo, 2005) ganha importância científica na investigação e intervenção (clínica e social) e se impõe na psicologia (Novo, 2005).

Primeiramente, o conceito de bem-estar aparecia fundamentalmente relacionado com o poder económico (bem-estar material) mas rapidamente se procurou relacioná-lo com outros conceitos como a saúde, as relações interpessoais e a qualidade de vida (Galinha & Ribeiro, 2005). A necessidade de realizar estudos numa linha mais positiva, motivou os investigadores a estudarem o bem-estar, inserindo-o no âmbito da psicologia positiva (Diener, 1984).

O bem-estar, como uma das várias áreas da psicologia positiva, tem sido alvo de inúmeros estudos com diferentes objetivos e métodos de avaliação, constituindo um tema extenso, mas não totalmente definido, com várias perspetivas de investigação e conceptualização (Novo, 2003; citado por Duarte 2013). Nas duas últimas décadas têm sido

desenvolvidos vários estudos sobre o bem-estar (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999) os quais têm contribuído para a extensão do mapa conceitual deste constructo (Díaz et al., 2006).

A ênfase da psicologia na infelicidade e na doença não trazia explicações sobre os aspetos da vida humana que fazem dela uma experiência digna de ser vivida; sobre os aspetos positivos da personalidade e das relações sociais; e sobre as circunstâncias que promovem o desenvolvimento dos indivíduos, das famílias, das comunidades e das sociedades (Neri, 2002). Ao longo de 40 anos, os investigadores sociais têm procurado conceitualizar e estudar uma estrutura mensurável para a saúde mental através do estudo do bem-estar (Headley, Kelly & Wearing, 1993; citados por Keyes, 2002).

Ryan e Deci (2001), admitindo a complexidade do conceito, propuseram uma organização desses estudos em duas grandes concepções: a abordagem *hedonic* (bem-estar hedónico), que se debruça sobre o BE emocional e define bem-estar em termos de realização, do prazer e do evitamento da dor; e a abordagem *eudaimonic* (bem-estar eudaimónico), que se centra no significado e na autorrealização e define bem-estar em termos do potencial humano, ou seja, na capacidade de pensar, e de usar o raciocínio e o bom senso.

Será nestas diferentes formas de BE que nos debruçaremos seguidamente.

### **1.2.1. Bem-estar emocional/subjetivo**

O conceito de BE subjetivo/emocional surge no fim da década de 50, enquanto se procuravam indicadores de qualidade de vida para gerir mudanças sociais e implantar políticas sociais (Land, 1975; citado por Siqueira & Padovam, 2008). No termo BE, está já implícita uma experiência pessoal e subjetiva, e uma relação íntima entre a componente afetiva e cognitiva, por isso falar de BE subjetivo pode parecer uma redundância (García-Viniegras & Benitez, 2000). Por esse motivo e por o termo BE subjetivo também aparecer frequentemente como sinónimo de BE psicológico (García-Viniegras & Benitez, 2000) ou BE em geral, neste estudo considerá-lo-emos como BE emocional.

Diener (1984) propôs abordar o BE emocional segundo duas abordagens: a abordagem *Bottom up*, em que variáveis como a genética, a personalidade, a idade, o sexo, a etnia e outras variáveis sociodemográficas constituem causas do BE; e a abordagem *Top down*, que defende que há pessoas que tem uma predisposição para viver a vida de forma positiva, ou seja, a pessoa vive a vida com prazer porque é feliz.

Quanto à sua definição, a investigação sobre o conceito de BE emocional tem apresentado um forte incremento nos últimos anos (Diener, 1984, 1994). Embora ainda não

haja um consenso absoluto quanto à definição, o bem-estar emocional diz respeito à avaliação que as pessoas fazem das suas vidas (Albuquerque & Tróccoli, 2004), e reúne três características: é subjetivo (compreende uma avaliação individual), inclui medidas positivas (e não apenas a inexistência de fatores negativos), e uma avaliação global (e não uma avaliação estreita de um domínio de vida) (Diener, 1984).

Assim, o bem-estar emocional refere-se ao balanço global que as pessoas fazem das suas oportunidades (recursos sociais e pessoais, atitudes individuais), do decurso dos acontecimentos que enfrentam (privação ou riqueza, isolamento ou companhia) e da experiência emocional (Veenhoven, 1994; García-Viniegras & Benitez, 2000). Surge do balanço entre as expectativas (futuro) e as conquistas (presente) a que chamam satisfação (García-Viniegras & Benitez, 2000).

Diener, Lucas e Oishi (2002) afirmaram que apesar das discordâncias quanto ao conceito, há consenso quanto às dimensões que compõem o BE emocional: satisfação com a vida (componente cognitiva), afetos positivos e afetos negativos (componente emocional).

Estas duas componentes correspondem a diferentes marcos temporais: a satisfação com a vida é um julgamento, uma medida de longo prazo da vida de uma pessoa; enquanto a componente emocional corresponde ao balanço entre afetos positivos e negativos de uma experiência imediata (Díaz et al., 2006). Contudo, como estas componentes apenas se relacionam moderadamente entre si (e variam entre populações), os investigadores recomendam a avaliação de pelo menos quatro constructos para conseguir uma visão completa da qualidade de vida: afeto positivo, negativo, satisfação com a vida em geral, e satisfação com determinados domínios, como saúde, trabalho e amor (Diener et al., 1999).

O conceito de afeto inclui componentes físicas, fisiológicas, motivacionais, comportamentais e cognitivas (Diener, 1994). O afeto negativo é um estado transitório que inclui emoções desagradáveis, como ansiedade, depressão, tensão, pessimismo, angústia (Diener, 1995; citado por Albuquerque & Tróccoli), vergonha, culpa, tristeza e hostilidade (Galinha & Ribeiro, 2005); ao passo que o afeto positivo é um sentimento transitório de prazer experienciado num determinado momento; mais um estado emocional que um julgamento cognitivo (Diener, 1995; citado por Albuquerque & Tróccoli), que inclui a frequência de emoções positivas como orgulho, alegria, afeição e interesse (Galinha & Ribeiro, 2005). Assim, aqueles que demonstram um bem-estar positivo experienciam mais afetos positivos do que afetos negativos e fazem uma avaliação positiva da sua vida na globalidade (Diener et al., 2002; Galinha & Ribeiro, 2005).

A investigação ainda não encontrou consenso sobre se o afeto positivo e negativo são conceitos independentes, embora já nos anos 60, Bradburn tivesse sugerido que eram relativamente independentes e que a ausência de afetos negativos não significava necessariamente presença de afetos positivos (Bradburn & Caplovitz, 1965; Diener, 1984; Galinha & Ribeiro, 2005; Schimmack, 2007); ao que Diener (1994) recomendou avalia-los separadamente, já que cada uma apresenta algum grau de variância autônoma.

A acrescentar, o estudo de Lyubomirsky, King e Diener (2005) revelou que o bem-estar a longo prazo e o afeto positivo momentâneo estão associadas a um número de características desejáveis, incluindo percepção positiva de si e dos outros, sociabilidade e atividade, comportamento pro-social, popularidade, comportamentos saudáveis, bom funcionamento imunitário, e boas estratégias de *coping* para lidar com o *distress*.

O estudo de Díaz e Alvarado (2007) pretendeu avaliar o bem-estar emocional e suas componentes (cognitiva: satisfação com a vida, e afetiva: felicidade) de 927 chilenos, entre os 17 e os 77 anos. Os resultados deste estudo revelaram que, na generalidade, os chilenos estão satisfeitos com as suas vidas, sendo a família a principal fonte de felicidade. Quanto à avaliação da saúde em geral, as diferenças entre sexos não se revelaram muito significativas, embora as mulheres efetuassem uma avaliação mais negativa do que os homens quanto à sua saúde mental. Também Monte (2014) verificou que as mulheres apresentam menores níveis de BE emocional quando comparadas com os homens, e Haring, Stock e Okun, (1984) argumentaram que o sexo é um preditor de BE emocional.

Outros autores (Díaz & Alvarado, 2007; Westernhoh & Keyes, 2009; Hefferon & Boniwell, 2011) encontraram correlações positivas entre a idade e o bem-estar emocional. No estudo de Diener e colaboradores (1999) a idade foi um fator com relativa influência na avaliação do bem-estar emocional, sugerindo que os mais novos apresentam níveis mais elevados de bem-estar emocional relativamente aos mais velhos, embora os mais velhos tendam a avaliar as suas vidas de forma mais positiva.

Estudos recentes (Díaz & Alvarado, 2007; Galinha, 2008 citado por Duarte 2013) apontam que é mais feliz quem é casado e tem atividades de lazer; e Diener e Seligman (2004) e Hefferon e Boniwell (2011) referiram que as pessoas com alto BE emocional estão mais propensas a casar e a permanecer casadas. As relações sociais constituem um forte preditor de felicidade (Hefferon & Boniwell, 2011; Boniwell, 2012) e as pessoas felizes têm uma vida social preenchida, passam menos tempo sozinhas, têm um par romântico e relações positivas com os outros (Boniwell, 2012). Umberson e Gove (1988) e Hefferon e Boniwell (2011) encontraram que indivíduos com filhos apresentam menor satisfação com a vida e

menor BE emocional, mas quando os filhos crescem e saem de casa, o BE emocional e satisfação dos pais tende a aumentar.

Hefferon e Boniwell (2011) e Albuquerque, Noriega, Martins e Neves (2008; citados por Imaginário & Vieira, 2011) perceberam que a satisfação que os estudantes universitários têm com a sua vida tende a aumentar com a sua progressão académica. A este respeito, Oishi, Diener, Lucas e Suh (1999, citados por Imaginário & Vieira, 2011) concluíram que, para os estudantes com objetivos de vida definidos, obter boas notas nas avaliações é um dos maiores preditores do seu bem-estar emocional.

Vários estudos têm encontrado outras variáveis que apresentam associação com o BE emocional, como o trabalho (Harter, Schmidt & Keyes, 2002 – melhor bem-estar melhor rentabilidade e produtividade; Boniwell, 2012 - desemprego um dos maiores motivos de insatisfação, depressão e pessimismo), com o contexto cultural (Tov & Diener, 2009 - a cultura é dinâmica, e o que faz as pessoas felizes muda ao longo do tempo, emoções têm conotações diferentes nas várias culturas; Diener, 2009 - forma de alcançar sentimentos positivos difere entre culturas), com a inteligência emocional (Malouff, McKenley & Hollander, 2002 - maior inteligência emocional está associada a um maior humor positivo e uma maior autoestima; Duarte, 2013 – quanto maior a externalidade, menor a satisfação com a vida e menor a afetividade positiva), com a personalidade (Lucas & Diener, 2009 – a estabilidade do BE pode dever-se a fatores da personalidade; extroversão associada a emoções positivas; Hefferon & Boniwell, 2011 – extroversão é um bom preditor de BE); com a genética (Tov & Diener, 2009 - os genes parecem estar associadas à estabilidade do BE); com a autoestima (Diener & Diener, 2009; Duarte, 2013 – uma boa autoestima associada a maior probabilidade de aumentar o bem-estar emocional;), com o rendimento (Diener & Biswas-Diener, 2002 – rendimentos altos auxiliam avaliações do BE emocional no caso das pessoas extremamente pobres; indivíduos ricos sofrem mais *stress*), e com a longevidade (Diener & Seligman, 2004 – BE emocional e saúde associados a maior longevidade; Boniwell, 2012 – felicidade tem efeito positivo no funcionamento imunitário).

Em suma, um elevado BE emocional envolve experiências emocionais positivas frequentes, menor experiência emocional negativa e satisfação com a vida em geral (Diener et al., 2002; Albuquerque & Tróccoli, 2004). A satisfação com a vida é um constructo que, para além de multidimensional, é dinâmico, acompanhando as mudanças de humor, emoções e julgamentos autoavaliativos das pessoas ao longo do tempo (Albuquerque & Tróccoli, 2004). O BE emocional não significa saúde mental, pois é possível estar insano e sentir-se muito feliz, ou estar bem em muitos aspetos da vida, e não ser feliz (Diener, 2001; citado por

Albuquerque & Tróccoli, 2004). Conforme Mroczek e Kolarz (1998; citado por Pinto & Oliveira, 2006), apesar das adversidades, algumas pessoas, sentem-se minimamente felizes e outras, em condições favoráveis são infelizes. O BE emocional não significa necessariamente saúde psicológica, é antes uma componente do bem-estar, necessária mas não suficiente, para se “estar bem” na vida (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Galinha e Ribeiro (2005) mostraram que o percurso histórico do conceito de bem-estar evoluiu ao longo do tempo, e nos 80 emerge um novo período crítico na definição do conceito, com a distinção entre BE emocional e BE psicológico, dando origem a duas perspectivas distintas, mas com o bem-estar como objeto de estudo em comum. É nesta dimensão psicológica do BE que seguiremos esta revisão da literatura.

### **1.2.2. Bem-estar psicológico**

As concepções sobre bem-estar psicológico foram ancoradas nas teorias que desenharam os primórdios da psicologia positiva (Siqueira & Padovam, 2008), tendo como base a psicologia clínica, nas perspectivas do desenvolvimento e da saúde mental, e como principal objetivo, a compreensão dos processos que estão implícitos e inerentes ao bem-estar (Albuquerque, 2004, citado por Duarte, 2013).

Alguns autores (*e.g.* Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002; citados por Díaz et al., 2006) consideraram que, enquanto o bem-estar emocional constitui o principal representante da tradição hedónica, o bem-estar psicológico constitui um representante da tradição eudaimónica, assumindo o bem-estar como realização do potencial humano, ou seja das capacidades de cada indivíduo (Ryff, 1995; citado por Duarte, 2013). *Eudaimonic* deriva de "*daimon*" (verdadeira natureza), e BE *eudaimonic* salienta que nem todos os desejos são bons, alguns trazem felicidade mas não BE (Boniwell, 2012). BE psicológico é mais que uma reação emocional imediata ou um estado de humor, sendo antes a expressão dos sentimentos e pensamentos positivos, que se define como uma experiência subjetiva e que se relaciona com o funcionamento físico, psíquico e social.

É de destacar o trabalho concetual e empírico de Carol Ryff (1989) que propôs um modelo multidimensional de bem-estar psicológico composto por seis dimensões de funcionamento psicológico: *autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do meio ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal*.

No seu conjunto, estas dimensões englobam uma variedade de BE que vai desde a avaliação positiva de si próprio e do seu passado (*autoaceitação*), à sensação de

desenvolvimento e crescimento contínuo (*crescimento pessoal*), à crença que a vida tem sentido e significado (*propósito de vida*), à presença de relações de qualidade e de confiança com os outros (*relações positivas com os outros*), à capacidade para gerir a sua vida e o mundo de forma eficaz (*domínio do meio ambiente*) e ao sentido de autodeterminação e responsabilidade (*autonomia*) (Ryff & Keyes, 1995).

A **autoaceitação** é um dos critérios centrais do bem-estar (Ryff & Singer, 1996; Duarte, 2013). Os indivíduos procuram sentir-se bem consigo mesmos, conscientes das suas próprias limitações e aceitando-se como são (Duarte, 2013). Ter atitudes positivas é uma característica fundamental do funcionamento psicológico positivo e um critério de maturidade (Ryff & Singer, 1996). Níveis elevados de autoaceitação: implica adotar atitudes positivas em relação a si, reconhecer as suas características boas e más; e avaliar o passado de forma positiva. Baixos níveis de autoaceitação: implica insatisfação consigo mesmo; decepção com o passado, e desejo de ser diferente (Ryff & Singer, 1996).

A dimensão **relações positivas com os outros** significa que os indivíduos necessitam de manter relações sociais estáveis e duradouras, com empatia e intimidade, e ter amigos confiáveis. A capacidade de amar é uma componente fundamental do bem-estar e consequentemente da saúde mental. Manter relações íntimas com os outros também é um critério de maturidade (Ryff & Singer, 1996). Níveis elevados de relações positivas com os outros: implica manter relações calorosas, satisfatórias e de confiança; preocupar-se com o BE dos outros; e a capacidade para sentir empatia, afeição e intimidade. Baixos níveis de relações positivas com os outros: implica poucas relações de confiança, dificuldade em ser íntimo e preocupar-se com os outros, isolamento, e frustração com as relações interpessoais (Ryff & Singer, 1996).

A **autonomia** constitui uma orientação dirigida para a aceitação dos padrões internos (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 1996), e sugere que para poder manter a sua própria individualidade nos diferentes contextos sociais, os indivíduos devem preservar as suas próprias convicções, e manter a sua independência e autoridade pessoal (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1996). Níveis elevados de autonomia: implica sentimentos de autodeterminação e independência, capacidade para reagir às pressões sociais, e para se avaliar segundo critérios próprios. Baixos níveis de autonomia: implica preocupação com a avaliação e expectativas dos outros, dependência dos outros para tomar as suas decisões, e ações em conformidade com as pressões sociais (Ryff & Singer, 1996).

**Domínio do meio ambiente** é a capacidade para gerir as circunstâncias do meio de acordo com as próprias necessidades (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 1996); uma aptidão psíquica

para se adaptar às diferentes circunstâncias de vida (Duarte, 2013) e realizar mudanças de forma criativa (Ryff & Singer, 1996). É a habilidade pessoal para eleger ou desenvolver meios favoráveis para a satisfação dos desejos e necessidades próprias (Díaz et al., 2006). A participação ativa e o domínio do meio ambiente são elementos fundamentais para um funcionamento psicológico positivo. Níveis elevados de *domínio do meio ambiente*: implica sensação de domínio e gestão do meio ambiente, capacidade de controlo comportamental, capacidade para aproveitar oportunidades, e para escolher e criar ambientes adequados às necessidades. Baixos níveis de *domínio do meio ambiente*: implica dificuldade em gerir situações do quotidiano, incapacidade para alterar/melhorar o contexto envolvente e falta de controlo (Ryff & Singer, 1996).

**Propósito de vida** significa que as pessoas necessitam de definir metas e objetivos que lhes permita atribuir um significado às suas vidas (Ryff, 1989). Inclui crenças que sustentam a ideia que a vida tem significado e a sensação que têm uma vida significativa (Ryff & Singer, 1996). Níveis elevados de *propósito de vida*: implica ter objetivos de vida, atribuir significados ao passado e ao presente. Baixos níveis de *propósito de vida*: implica presença de objetivos mas incapacidade para os concretizar, ausência de crenças e perspetivas que dão sentido à vida, e dificuldade em encontrar significado nas experiências do passado (Ryff & Singer, 1996).

O **crescimento pessoal** traduz-se na realização e no percurso para o sucesso pessoal (Duarte, 2013) e sustenta a ideia que os indivíduos estão em constante desenvolvimento. Um ótimo funcionamento positivo requer compromisso pelo desenvolvimento das suas potencialidades, por continuar a crescer como pessoa e por levar ao máximo as suas capacidades (Ryff & Singer, 1996). Níveis elevados de *crescimento pessoal*: implica sentimentos de desenvolvimento contínuo, expansão e crescimento; abertura a novas experiências e reconhecimento das suas potencialidades; capacidade para corrigir o seu comportamento, e maior autoconhecimento e eficácia. Baixos níveis de *crescimento pessoal*: implica sentimentos de estagnação pessoal, tédio e desinteresse pela vida; falta de sentido de expansão; e dificuldade de desenvolver novas atitudes e comportamentos (Ryff & Singer, 1996).

Em 2010, Wood e Joseph publicaram o primeiro estudo longitudinal que tencionava perceber se a ausência de BE psicológico constitui um fator de risco para a depressão, e concluíram que as pessoas com baixo bem-estar psicológico apresentam maior probabilidade (7,16 vezes mais) de desenvolver depressão nos 10 anos posteriores; independentemente do BE ser avaliado como um conceito global, ou separadamente.

Quanto às diferenças sociodemográficas não só provocam alterações ao nível do BE emocional como também no BE psicológico (García-Viniegras & Benitez, 2000). Estudos que procuraram relacionar o BE psicológico com variáveis sociodemográficas apontam que este aumenta quando o nível socioeconómico e/ou o nível educacional aumentam (Ryff & Singer, 1996; Keyes & Shapiro, 2004), principalmente nas dimensões *propósito de vida* e *crescimento pessoal* (Ryff & Singer, 1996).

Os contextos social e cultural também alteram o BE psicológico. As sociedades ocidentais são mais orientadas para a *autoaceitação* e *autonomia*, enquanto as sociedades orientais são mais orientadas para as *relações positivas com os outros*. A título ilustrativo, os coreanos apresentam menos qualidades positivas sobre si próprios, menos *autoaceitação* e menos *crescimento pessoal*, mas mais *relações positivas com outros*, quando comparados com os americanos que apresentam mais *crescimento pessoal* (especialmente as mulheres) mas menos *autonomia* (Ryff & Singer, 1996).

Quando analisada a idade com as medidas do BE Psicológico, notou-se que os níveis de *propósito de vida* e *crescimento pessoal* são superiores entre os jovens adultos (entre os 18 e os 39 anos) e que os níveis de *domínio do meio ambiente* e *autonomia* são superiores entre os mais velhos (mais de 60 anos). Westernhoh e Keyes (2010) encontraram uma correlação negativa entre a idade e o bem-estar psicológico, embora Monte (2014) tenha encontrado níveis superiores de BE psicológico nos jovens mais velhos.

Quanto ao sexo, os estudos têm demonstrado diferenças entre homens e mulheres, em que estas últimas apresentam mais *relações com os outros*, maior *crescimento pessoal* e maior força psicológica em certos aspetos do BE (Ryff & Singer, 1996). Embora os homens apresentem menor prevalência de depressão, segundo o modelo do BE não são necessariamente mais saudáveis; e apesar da depressão afetar mais as mulheres, estas reportam níveis semelhantes aos homens de felicidade e *relações positivas com os outros* (Keyes & Ryff 1998, 1999; Kyff 1989; Keyes, 1995; Marmot et al. 1997; citados por Keyes & Shapiro, 2004). Os casados estão em maior vantagem no BE físico e psicológico do que os solteiros, divorciados e separados (Shapiro & Keyes, 2008).

Umberson e Gove (1988) e McLanahan e Adams (1986) concluíram que ter filhos pode ter um efeito negativo ao nível do BE psicológico nos pais, dependendo da idade dos filhos, do estado do casamento e da dimensão de BE psicológico em análise. Em concreto, indivíduos com filhos apresentam maior *propósito de vida* (mas menos BE emocional e menos satisfação); e indivíduos cujos filhos já saíram de casa apresentam maior *propósito de vida* (e maior satisfação e BE emocional).

Keyes (1998) após estudar o BE emocional considerou que os indivíduos também podem avaliar as suas vidas e o seu funcionamento segundo critérios sociais, tendo apresentado o BE social, no qual nos debruçaremos seguidamente.

### **1.2.3. Bem-estar social**

Já em 1948, a Organização Mundial de Saúde nomeava o BE Social como um indicador da saúde mental completa, embora este constructo ainda seja muitas vezes confrontado com indicadores económicos (pobreza) que refletem a saúde de determinados setores da sociedade (Andrews & Whitney, 1976; Bell & Olson, 1969; citados por Keyes & Shapiro, 2004).

Até então, a riqueza de um estado era medida por indicadores económicos resultantes dos níveis de produção (Caleiro, 2011). As limitações dos critérios económicos tradicionais do bem-estar levantaram a necessidade de introduzir indicadores sociais (Veenhoven, 1994).

A realização pessoal e a felicidade são valores centrais e a sociedade é um meio para proporcionar aos cidadãos uma boa vida. No século XIX, esta convicção levou à crença que a melhor sociedade é aquela que proporciona "maior felicidade a um maior número de pessoas" (Veenhoven, 1994, p. 87).

No caso concreto de Portugal, a sociedade portuguesa caracteriza-se como altamente heterogénea (económica, social, política e culturalmente), em que o cruzamento e a neutralização recíproca desta heterogeneidade permitiram que Portugal conjugasse esta diversidade com um elevado grau de coesão social. O autor referiu-se a Portugal como, indiscutivelmente, um dos mais antigos Estados-nação da Europa, com maior heterogeneidade étnica e que há mais tempo mantem inalteradas as suas fronteiras (Santos, 1992).

Keyes (1998) definiu BE social como um conjunto de elementos que indicam o quanto o indivíduo está a funcionar corretamente com a sociedade; e foi definido como uma autoavaliação da qualidade das relações com os outros, com a vizinhança e com a comunidade.

O autor centrou-se no funcionamento social dos indivíduos em termos de compromisso e integração social, e tendo estudado os trabalhos de sociólogos e psicólogos sociais, como Marx, Durkheim, Seeman e Merton, encontrou cinco dimensões para um funcionamento social ideal: *coerência social*, *aceitação social*, *atualização social*, *contribuição social* e *integração social*.

Cicognani e colaboradores (2008) consideraram o BE social um constructo muito promissor para a avaliação do BE dentro das estruturas sociais, a partir destas cinco dimensões que são suficientemente abrangentes para incluir a avaliação de nós próprios através do contexto social (*integração social* e *contribuição social*), a avaliação dos outros (*aceitação social*) e a avaliação da sociedade (*coerência social* e *atualização social*).

A **coerência social** corresponde à capacidade para elaborar juízos/julgamentos sobre o que acontece em sociedade (Blanco & Díaz, 2005; Westerhof & Keyes, 2010). É a percepção da qualidade, da organização e funcionamento do mundo social. Indivíduos socialmente saudáveis preocupam-se com o mundo que as rodeia, e sentem que a sua vida também é coerente (Keyes, 1998)

**Aceitação social** significa apresentar atitudes positivas com os outros, apercebendo-se das suas próprias limitações e dificuldades (Keyes, 1998). É o conceito de sociedade através da personalidade e qualidade dos cidadãos como uma categoria (Keyes & Shapiro, 2004). As pessoas que demonstram aceitação social confiam nos outros, sentem-se confortáveis com os outros, e acreditam que podem ser dedicados. É o análogo social da componente *autoaceitação* do BE psicológico, e associa-se positivamente com a saúde mental (Keyes, 1998). Blanco e Díaz (2005) asseguraram que para ser aceite é necessário experiências sociais baseadas em duas qualidades: aceitação dos outros através de sentimentos de honestidade, bondade, simpatia e atitudes positivas; e aceitar-se a si próprio, aos seus defeitos e qualidades.

A **atualização social** diz respeito à crença de que a comunidade tem potencial e que pode evoluir de forma positiva. É a avaliação do potencial e trajetória da sociedade e a sensação que a sociedade é capaz de se realizar através dos cidadãos e instituições (Keyes, 1998). Pessoas socialmente saudáveis preocupam-se com o futuro da sociedade, reconhecem a sua necessidade de contribuir e acreditam que todos beneficiam com o crescimento do mundo (Keyes, 1998; Blanco & Díaz, 2005).

A dimensão **contribuição social** implica sentir que as atividades que o indivíduo pratica contribuem e são valorizadas pela sociedade. É a avaliação do seu valor para a sociedade, acreditando que é parte dela e que tem algo para lhe oferecer. Reescreve os conceitos de eficácia e responsabilidade social, as quais consistem em obrigações individuais de contributo para a sociedade (Keyes, 1998). Blanco e Díaz (2005) defendem que a contribuição social é acompanhada de sentimentos de utilidade, proveito e eficácia.

A **integração social** significa ter sentimentos de pertença à comunidade. Diz respeito à qualidade das relações com a sociedade e com a comunidade (Keyes, 1998). Os indivíduos que se sentem integrados socialmente sentem-se parte da sociedade, cultivam um sentimento

de pertença ao mundo onde sentem que podem viver com o amor incondicional da família e amigos (Keyes, 1998; Blanco & Díaz, 2005).

O mesmo autor apontou que a *atualização social* e a *aceitação social* correlacionam-se com a percepção da qualidade de vida; que a *contribuição social* se correlaciona com a percepção que é valorizado pelos outros; e que todas as medidas no BE social, principalmente a *integração social*, aumentam quando a sensação de segurança e confiança com a vizinhança aumenta. Blanco e Díaz (2005) verificaram correlações do BE social com a satisfação com a vida.

O envolvimento em comportamentos pró-sociais está associado a melhor BE social, principalmente nas dimensões *integração social* e *contribuição social* (Keyes, 1998). Keyes e Ryff (1998; citados por Keyes & Shapiro, 2004) reforçaram que várias medidas do envolvimento social e do comportamento pró-social são preditores de BE social. Níveis de BE social correlacionam-se positivamente com a percepção de responsabilidade social, com a preocupação com o bem-estar dos outros, com a sensação de ser protetor, esperto e experiente, com a realização percebida através dos outros e com a prestação de apoio emocional.

O bem-estar social aumenta com a educação, e em geral, com a idade (Keyes, 1998). O mesmo autor argumentou que os recursos, competências e experiências adquiridas através da educação, são essenciais para a negociação das mudanças na vida social. Contudo Westerhoh e Keyes (2010) não encontraram associações estatisticamente significativas entre a idade e o bem-estar social.

Os resultados do estudo de Keyes e Shapiro (2004) indicaram que 40% dos adultos apresentam altos níveis de BE Social, mas 10% apresentava níveis bastante baixos e não estariam saudáveis. Segundo o mesmo estudo, os níveis de *integração social* são superiores entre os mais velhos (entre 65 e 74 anos), entre os casados, e entre as mulheres com alto estatuto; a *contribuição social* é superior entre mulheres solteiras com alto estatuto; a *atualização social* é maior entre adultos de meia-idade (entre 45 e 54anos) com alto estatuto; a *coerência social* é superior entre homens com alto estatuto e divorciados; e a *aceitação social* é superior entre mulheres mais velhas e com alto estatuto. Em suma, o BE Social é superior entre indivíduos com alto estatuto, entre os homens e entre os casados ou solteiros (corroborando os fatores de risco para a depressão: mulheres divorciadas com baixo estatuto).

O estudo de Shapiro e Keyes (2008) sobre o estado civil e o BE social revelou que os casados não estão em grande vantagem quanto ao BE social quando comparados com os não-casados, mas essa vantagem surge quando comparados com os que vivem juntos. Nas

dimensões individualmente, os homens casados apresentaram menor *integração social* e menor *contribuição social* relativamente às mulheres, e os homens solteiros menos *integração social* do que os casados. Os mesmos autores descobriram ainda que a história matrimonial não tem grande relevância nos níveis de BE social; embora seja superior em casais com uniões estáveis quando comparados com casais com uniões instáveis e conflituosas.

Monte (2014), no seu estudo com jovens adultos açorianos, verificou que o BE social é superior em jovens mais velhos, em casados, nos que têm mais que um filho, naqueles que não desejam sair da ilha e naqueles que não recorrem à rede de cuidados de saúde.

### **1.3. Síntese integrativa**

A partir da definição de saúde mental apresentada pela OMS, a saúde mental é parte integrante da saúde, e é mais do que a ausência de doença mental estando intimamente ligada à saúde física e ao comportamento. Por outro lado, a doença mental refere-se ao sofrimento, incapacidade e morbilidade devido a perturbações mentais e neurológicas, e por uso de substâncias (WHO, 2013), podendo ainda surgir devido a fatores genéticos, biológicos e psicológicos, bem como a condições sociais adversas e fatores ambientais (WHO, 2013).

Westerhof e Keyes (2010) mostraram diferentes associações entre a doença mental e as três componentes da saúde mental; e apelou à importância da distinção entre doença mental e saúde mental, bem como de bem-estar emocional, psicológico e social. A saúde mental é conceptualizada como um completo estado em que os indivíduos estão livres de psicopatologia e em *flourishing* (Keyes, 2002) com altos níveis bem-estar emocional, psicológico e social. O trabalho realizado por Keyes, 2002 apresenta e aplica uma operacionalização da saúde mental como uma síndrome de sintomas de sentimentos positivos e funcionamento positivo da vida. Ele resume as escalas e dimensões de bem-estar emocional que são sintomas da saúde mental, considerando que a presença da saúde mental é descrito como *flourishing*, e a ausência de saúde mental é caracterizado como *languishing*. Assim sendo, *flourishing* é um estado em que o indivíduo combina altos níveis de BE emocional com bons níveis de funcionamento psicológico e social.

As duas facetas da felicidade, uma voltada para as virtudes do ser e outra direcionada para a satisfação do ter, orientaram as perspetivas teóricas dominantes no âmbito da psicologia, relativas ao BE. O BE emocional seguiu a perspetiva hedónica, e procura identificar o nível de felicidade e de satisfação dos indivíduos e sua associação com as condições sociodemográficas, políticas e culturais. O BE psicológico seguiu numa perspetiva

eudaimónica, e entendia a felicidade como ‘a atividade da alma dirigida pela virtude’ e orientada para o desenvolvimento do *self* (eu). O BE social mantém a perspetiva eudaimónica e preocupa-se com o desenvolvimento dos indivíduos enquanto seres sociais, com responsabilidades e tarefas a cumprir e com direitos essenciais a desfrutar (Novo, 2005). Seligman (2010) demonstrou que a participação em atividades hedónicas (lazer, descanso, diversão) está mais associada a emoções agradáveis, a maior energia e menos emoções negativas do que atividades eudaimónicas (trabalho, desenvolvimento de competências, aprendizagens); embora estas últimas provoquem maior satisfação com a vida (Boniwell, 2012).

Quando o indivíduo se sente bem é mais produtivo, mais sociável, criativo, tem perspetivas futuras e sente-se feliz. Por sua vez, a felicidade implica a capacidade de amar, trabalhar, relacionar-se com os outros e controlar o meio (García-Viniegras & Benitez, 2000).

De uma forma geral, a partir dos anos 50, os psicólogos passaram o seu foco de atenção dos estados emocionais negativos (sintomas depressivos e ansiógenos) para o bem-estar e estados emocionais positivos (van Hoorn, 2007; citado por Caleiro, 2011), procurando perceber se estes estados funcionavam como fatores protetores de comportamentos destrutivos como suicídio ou homicídio (Lester, 2002; citado por Caleiro, 2011).

Contudo, as perturbações mentais continuam a afetar centenas de milhões de pessoas (WHO & WONCA, 2008) e é neste tema que o segundo capítulo desta investigação prosseguirá.

## **CAPÍTULO II. PSICOPATOLOGIA / DOENÇA MENTAL**

A doença mental é uma condição clinicamente diagnosticável que interfere significativamente com o funcionamento cognitivo, emocional e social do indivíduo, afetando homens, mulheres, crianças, diferentes nacionalidades e estratos socioeconómicos, assim como os familiares e amigos dos seus portadores (Procter, Hamer, McGarry, Froggatt & Froggatt, 2014). Aparentemente, a noção de “loucura” associada aos doentes mentais tem sido ultrapassada, notando-se uma maior tolerância e aceitação; contudo, mantêm-se os mitos associados à incurabilidade das perturbações mentais e ao risco de perigosidade (Loureiro, Dias & Aragão, 2008).

A integração da saúde mental na atenção primária permite que um maior número de pessoas tenha acesso a serviços, a um custo acessível, e contribui para a minimização do estigma e da discriminação (WHO & WONCA, 2008). Embora as perturbações mentais afetem centenas de milhões de pessoas, grande parte destes transtornos não são identificados nem tratados, resultando num substancial encargo para os pacientes, família e comunidade (WHO & WONCA, 2008). Em Portugal, a “literacia em saúde mental”, definida como o conhecimento e as crenças acerca das perturbações mentais que ajudam o seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm et al., 1997) ainda é muito baixa em relação ao que seria desejável (Loureiro, Pedreiro, Correia & Mendes, 2012)

O diagnóstico destas perturbações é geralmente feito de acordo com os sistemas de classificação do *Manual de Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM* (APA, 2012) ou da *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID* (OMS, 1992)

Os grupos de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas são as mulheres, os mais novos, e as pessoas separadas e viúvas. Estes grupos apresentam tendencialmente, diagnósticos mais severos, mas também constituem os grupos que mais beneficiam de tratamento. As perturbações depressivas e de ansiedade afetam mais as mulheres, enquanto os homens apresentam mais perturbações de controlo de impulsos e por abuso de substâncias (*Estudo epidemiológico nacional de saúde mental*, 2013).

### **2.1. Depressão**

Desde a antiguidade que se procura compreender a depressão, chegando a ser entendida como um elemento da natureza humana impulsionador de criatividade, onde o sofrimento chega a ser parte da poesia (Paranhos & Werlang, 2009). No caso concreto de

Portugal, temos o exemplo do fado (estilo musical tradicionalmente português), onde se contempla a tristeza e a saudade, e se adota uma postura de resignação e não de superação desta tristeza; a qual parece caracterizar a sociedade portuguesa (Moreira & Melo, 2005).

A literatura aponta que a depressão afeta todos os indivíduos, seja de forma transitória (quando se sente triste ou melancólico) ou permanente (afetando o funcionamento físico e psicológico) (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006). A tristeza pode consistir uma reação normal a uma perda ou outro acontecimento; escalando para uma perturbação quando se prolonga no tempo, quando afeta o funcionamento individual e social, e quando é acompanhada por sintomas físicos (problemas de sono, alterações do apetite, problemas psicomotores, anedonia e perda da libido) e psíquicos/cognitivos (percepções distorcidas e pensamentos negativos) incapacitantes (Callegari, 2000).

Ao longo dos anos, surgiram várias teorias que identificaram sinais e sintomas, tendo deixado de ser apenas um sintoma, para constituir uma entidade nosológica (Paranhos & Werlang, 2009). Atualmente, a depressão é reconhecida como uma doença mental, caracterizada por alterações de humor, que podem variar entre sensações de tristeza até uma profunda e devastadora angústia, e sensação de vazio (Moreira & Melo, 2005; Callegari, 2000), afetando as perspectivas e qualidade de vida, o comportamento e o funcionamento (França & Rodrigues, 2005), as relações interpessoais, a identidade, a autoestima, a produtividade e a saúde; e provocando mal-estar e incapacidade (Callegari, 2000; Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005). Callegari (2000) salienta o isolamento social como uma grave expressão de depressão, conduzindo ao evitamento das relações e experiências afetivas (as quais são encaradas como excessivamente exigentes), e tornando-os vulneráveis à crítica e ao sofrimento acrescido desse julgamento.

O diagnóstico de depressão apresenta como subtipos: a perturbação depressiva *major* (que exige cinco sintomas depressivos em pelo menos duas semanas); perturbação distímica (que exige dois ou mais sintomas depressivos durante dois anos nos adultos); perturbação depressiva com características melancólicas (que exige quatro sintomas depressivos, dos quais são obrigatórios, a perda do prazer em quase todas as atividades, e a ausência de reatividade aos estímulos agradáveis) e a perturbação depressiva com características atípicas (que exige dois sintomas depressivos e obrigatória presença de reatividade do humor a estímulos agradáveis) (Matos et al., 2006).

Um episódio depressivo dura em média seis meses e a sua ocorrência acompanha o número de episódios (APA, 2002). Após a ocorrência do primeiro episódio, a probabilidade

de ocorrer novamente é de 50%, após o segundo sobe para 70% e após este, cresce para 90% (Paranhos & Werlang, 2009).

A depressão atinge várias pessoas por ano (Angst, 1988; Gonzales, Lewinsohn & Clarke, 1985; citados por Keyes, 2002), prevendo-se que cerca de metade dos indivíduos venham a experienciar sérias perturbações mentais ao longo das suas vidas, e que 10 a 14% dos adultos venham a experienciar um episódio depressivo *major* por ano (Gusmão et al., 2005). Em Portugal, o 3º censo psiquiátrico de 2011, apontou a depressão como o diagnóstico mais encontrado em instituições públicas e privadas (Bento, Carreira & Heitor, 2001). Não obstante, Matos e colaboradores (2006) acreditam que esta maior visibilidade de casos de depressão poderá estar associada à maior capacitação dos profissionais de saúde para diagnosticar a perturbação; à maior disponibilidade de informação ao público e consequente aumento do reconhecimento da necessidade de procurar ajuda; e à influência dos fatores genéticos que facilitam a propagação da doença.

Ainda assim, estima-se que a percentagem de cifras negras (casos não identificados) ronde os 50% para o diagnóstico e tratamento da depressão (Paranhos & Werlang, 2009) colocando em causa a qualidade de vida destes indivíduos e facilitando a cronicidade do quadro e a ocorrência de complicações associadas (Birmaher, Ryan & Williamson, 1996; Greenberg, Stiglin & Finkelstein, 1993; citados por Matos et al., 2006).

A etiologia da depressão é multidisciplinar e multifatorial, podendo ser entendida como produto das experiências anteriores ou atuais de vida (Monteiro, 2012). A investigação nomeia um conjunto de fatores que constituem facilitadores da depressão, nomeadamente ser vítima de violência doméstica (Adeodato, Carvalho, Siqueira & Souza, 2005), *stress* (resultante das mudanças apressadas nos valores e costumes culturais), a luta pela sobrevivência, o desemprego, a corrupção, as dependências, a descrença religiosa, a violência, a promiscuidade sexual, o caos do trânsito e os problemas familiares (Frank, Prien & Jarret, 1991; citados por Matos et al., 2006).

Alguns estudos apresentam a depressão em um dos progenitores como o maior fator de risco para a depressão (três vezes mais provável) em crianças e adolescentes (APA, 2002; Monteiro, 2012), realçando a relação da depressão com o ambiente familiar e a perceção de apoio emocional pelos pais (Patten et al., 1997 citados por Bahls 2002).

A depressão está associada a fatores como a idade, estado civil, classe social e condições sociais (Carmarano, 1999; citados por Oliveira et al., 2006). Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a depressão tende a iniciar aos 20 anos e atinge 50% mais as mulheres que os homens, não estando associada à raça, nível educacional, nível socioeconómico ou estado

civil. Outros estudos corroboram a prevalência da depressão nas mulheres (Wu & DeMaris, 1996; Nyamathi & Stein, 1999; WHO, 2001; Gusmão et al., 2005; França & Rodrigues, 2005; WHO, 2008; Pereira, 2013) e acrescentam nos não casados (Wu & DeMaris, 1996) e entre indivíduos com nível socioeconômico baixo (Horwitz & Sheid, 1999; Turner, Wheaton & Lloyd, 1995; citados por Keyes & Shapiro, 2004).

Monte (2014) verificou no seu estudo, maior prevalência de depressão em mulheres, em indivíduos casados, com filhos, particularmente com mais que um filho, com o ensino básico, que não praticam atividades não remuneradas e que não frequentam a rede de cuidados de saúde.

O diagnóstico de saúde mental, descrita como *flourishing*, e a ausência de saúde mental, caracterizada como *languishing*, foi aplicado aos dados do estudo *Midlife in the United States* de 1995 com adultos entre os 25 e 74 anos. Os resultados do estudo apontaram que o risco de um episódio depressivo *major* é duas vezes mais provável entre adultos *languishing* do que aqueles com saúde mental moderada, e quase seis vezes maior entre os adultos *languishing* em relação aos adultos *flourishing* (Keyes, 2002, 2004). A análise multivariada revelou que o estado de *languishing* e a depressão estão associados a deficiência psicossocial significativa em termos de percepção emocional, limitações nas atividades da vida diária e na produtividade (Keyes, 2002) e com doenças clínicas (e.g. cardiopatias, obesidade, hiperatividade, doenças oncológicas, doenças neurológicas e doenças ginecológicas) repercutindo-se no seu agravamento, na diminuição na adesão ao tratamento e na maior morbidade e mortalidade (Olfson et al., 2000; Gusmão et al., 2005).

Oliveira, Santos, Cruvinel e Néri (2006) estudaram a relação entre depressão, ansiedade e desesperança, tendo confirmado correlações entre estas variáveis, principalmente entre a depressão e ansiedade. Outros estudos, corroboram a relação entre a depressão e outras perturbações mentais (Gusmão et al., 2005), como ansiedade (Olfson et al., 2000; Santana & Guerreiros, 2008; Torpy, 2011; Silveira, Norton, Brandão & Torres, 2011; Zampieri, 2013), abuso de substâncias (Stein & Nyamathi, 1999; Olfson et al. 2000; França & Rodrigues, 2005; Santana & Guerreiros, 2008 – especialmente no sexo masculino; Scheffer, Pasa & Almeida 2010), perturbações do sono (Pinto, et al., 2012), bem como o *stress* (França & Rodrigues, 2005; Stein & Nyamathi, 1999), baixa autoestima (Stein & Nyamathi, 1999) desemprego (Gomes, 2003) e ideação suicida (Olfson et al., 2000).

Conforme acabamos de referir, a depressão e a ansiedade são perturbações associadas, mas com características bastante peculiares, conforme iremos verificar seguidamente onde será abordado o tema da ansiedade.

## 2.2. Ansiedade

A ansiedade representa um mecanismo de alerta semelhante ao medo, e imprescindível para a sobrevivência humana, que capacita o indivíduo de estratégias para enfrentar o perigo (Barlow, 1992), surgindo quando o indivíduo se depara com uma situação onde percebe o perigo, prevendo a ocorrência de algo ameaçador (Oliveira, Santos et al., 2006).

Esta torna-se patológica quando apresenta uma extrema intensidade e duração, e acompanha uma resposta desproporcional ao estímulo que a provocou, ou mesmo na ausência desse estímulo (Hetem, 2004; Canadian Psychiatric Association [CPA], 2006), desencadeando uma percepção exagerada do perigo e a crença de que é incapaz de enfrentar a situação (Hoston, 2010).

É portanto necessário avaliar a intensidade, duração e frequência da sintomatologia, bem como as condições que antecederam os sintomas e a forma como esses sintomas interferem com o dia-a-dia, para se atribuir um diagnóstico médico (Cordioli & Manfro, 2004; citados por Manfro, Blaya & Junior, 2008).

Até aos anos 80, acreditava-se que os medos e preocupações das crianças eram transitórios e não patológicos mas atualmente reconhece-se que constituem uma perturbação frequente nesta faixa etária, causadora de grande disfuncionalidade e sofrimento (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000), conduzindo a maior fragilidade e vulnerabilidade na idade adulta (Pafaro & Martino, 2003; Waalkup & Albano, 2011).

As perturbações da ansiedade constituem um grupo de perturbações caracterizado por sintomas como ansiedade excessiva, medo, preocupação, evitamento e compulsões, que interferem com o funcionamento geral do indivíduo e causam sofrimento significativo (CPA, 2006). Importa realçar a associação entre as perturbações de ansiedade e a diminuição do funcionamento geral, da qualidade de vida (Bernik, 2000; CPA, 2006), da satisfação com a vida (Lee, Ma & Tsang, 2011) e do risco de suicídio (Bernik, 2000; CPA, 2006); assim como o elevado custo médico-social que acarreta (Bernik, 2000; Menezes, Fontenelle, Malulu & Versiani, 2007).

A par da depressão, a ansiedade constitui uma das perturbações mentais mais prevalentes (Olfson et al., 2000; Bernik, 2000; WHO, 2001; Lima, Teixeira, Andréas & Magalhães, 2004; CPA, 2006; Menezes et al., 2007; WHO, 2008; WHO & WONCA, 2008), é muitas vezes crónica, e interfere com a capacidade e autonomia do indivíduo de forma temporária ou permanente (Menezes et al., 2007; CPA, 2006), bem como a vida dos seus familiares (CPA, 2006); e caracteriza-se por um estado emocional que se manifesta através de

sintomas físicos, emocionais e comportamentais (Hetem, 2004; Manfro et al., 2008; CPA, 2006). Estes sintomas são necessariamente primários (não derivam de outras perturbações), embora seja recorrente a ocorrência de sintomatologia ansiosa em outras perturbações mentais – sintomas secundários (Castillo et al., 2000). Considerando o exposto, a *Canadian Psychiatric Association* (2006) sugere que a avaliação da ansiedade deve incluir, não só a avaliação dos sintomas de ansiedade, mas também uma análise dos sistemas, da medicação prescrita, da automedicação, do uso de álcool, cafeína e drogas ilícitas, de um exame físico direcionado para as queixas apresentadas, e de uma entrevista semiestruturada.

Na evolução das classificações das perturbações psicológicas, as perturbações de ansiedade aparecem mais tardiamente na história porque, ao estarem associadas a outras perturbações não eram consideradas como uma entidade clínica; e porque a classificação se baseava em registros de doentes psiquiátricos (Figueiredo, 2004).

Admitindo que a sintomatologia ansiosa e depressiva coexiste frequentemente, e que muitas vezes seja difícil decidir qual predomina, a CID-10 (WHO, 1992) forneceu uma categoria mista (*Transtorno misto de ansiedade e depressão*) como forma de não forçar a atribuição de um dos diagnósticos.

Entre os diferentes tipos de perturbações de ansiedade – perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva; perturbação de pânico, fobia social, perturbação de stresse pós-traumático e fobias – a perturbação de ansiedade generalizada é a mais comum (APA, 2004; Lima et al., 2004; Munaretti & Terra, 2007; Lenze et al., 2009; Montgomery, 2010; Torpy, 2011).

Alguns estudos têm revelado comorbilidade entre a ansiedade e outras perturbações mentais (Lima et al., 2004), como depressão (Olfson et al., 2000; Lima et al.; Rimehaug & Wallander, 2010; Torpy, 2011; Silveira et al., 2011; Zampieri, 2013), perturbações do sono (Hetem, 2004; Pinto et al., 2012), perturbação bipolar (Issler, Sant’Anna, Kapczinski & Lafer, 2004), abuso de substâncias (Olfson et al., 2000; Lopez, Turner & Saavedra, 2005; Munaretti & Terra, 2007), perturbação de pânico (Manfro, Isolan, Blaya, Santos & Silva, 2002 – perturbação de ansiedade na infância é um preditor de perturbação de pânico na idade adulta) e outras perturbações de ansiedade (WHO, 1992; Hetem, 2004).

Esta comorbilidade reflete-se em diagnósticos mais severos, em piores prognósticos e em baixa adesão aos tratamentos (Issler et al., 2004; Silveira et al., 2011).

As perturbações de ansiedade configuram perturbações mentais frequentes, quer em crianças (Settipani, Puleo, Conner & Kendall, 2012), quer em adultos, quer em idosos

(Castillo et al., 2000; CPA, 2006) tendo o suporte social e emocional um papel dominante na prevenção (Neria, Besser, Kiper & Westphal, 2010).

A ansiedade atinge essencialmente os mais jovens (Bernik, 2000; Brenes et al., 2008; Monte, 2014) e as mulheres (Olfson et al., 2000; WHO, 2001; APA, 2002; Bernik, 2000; Rabasquinho & Pereira, 2007; WHO, 2008; Procter et al., 2014; Monte, 2014). Justificando esta última prevalência, Canetto (1997, 1999; *cit. in* Rabasquinho & Pereira, 2007) refere-se ao facto de estas serem, socialmente, encorajadas a internalizar o *distress*, enquanto os homens são instigados a externalizá-lo. Callegari (2000) escreveu que os problemas laborais constituem as principais fontes de ansiedade nos homens, enquanto nas mulheres são os problemas relacionados com a saúde e com a família. Quanto à idade, a mesma autora referiu que as avaliações académicas constituem a principal fonte de ansiedade em jovens entre os 15 e os 24 anos; alterando para os problemas de emprego entre os 25 e os 34 anos, para os problemas económicos e profissionais a partir dos 35, e para os de saúde nos mais velhos (depois dos 65 anos).

No que toca ao estado civil, aparecem os solteiros (independente do sexo) e homens divorciados (Rabasquinho & Pereira, 2007), divorciados (independente do sexo) e separados (Olfson et al., 2000) com níveis superiores de ansiedade; e quanto ao nível académico verificou-se uma correlação positiva entre a qualificação académica e a ansiedade (Rabasquinho & Pereira, 2007).

Rimehaug e Wallander (2009) estudaram a prevalência de ansiedade e depressão na parentalidade, e não encontraram diferenças entre indivíduos com filhos e sem filhos. Encontraram apenas associação entre a ansiedade e a monoparentalidade, entre indivíduos sozinhos ou divorciados; e de depressão apenas entre os que vivem sozinhos. Já Monte (2014), no seu estudo com açorianos, encontrou maior depressão e ansiedade em indivíduos com filhos, especialmente com mais que um filho; nos casados; nos que não praticam atividades não remuneradas, nos que não desejam sair da ilha e nos que não frequentam a rede de cuidados de saúde.

A par da ansiedade e da depressão, também o *stress*, que apresentaremos de seguida, acompanha a vida das pessoas, conduzindo a um conjunto de problemas com impacto na saúde (Callegari, 2000).

### 2.3. *Stress*

O *stress* está cada vez mais presente no nosso quotidiano (Filgueiras & Hippert, 1999; Batista & Bianchi, 2006), e ainda que esteja associada a sensações de desconforto (Stracciarini & Trócoli, 2001), mal-estar, inúmeras doenças graves e mortais (Callegari, 2000; França & Rodrigues, 2005), e que a OMS estime que afete 90% da população mundial (Bauer, 2002), ainda é muitas vezes negligenciado (Murofuse, Abranches & Napoleão, 2005).

O *stress* confere um quadro de distúrbios físicos e emocionais, influenciado por vários fatores que interferem com o equilíbrio interno do organismo; não sendo uma perturbação, consiste numa forma de adaptação e proteção do corpo a estímulos externos e internos (Bauer, 2002), ajudando-o a sobreviver e a desenvolver alternativas para reagir às situações de ameaça (França & Rodrigues, 2005).

Os estímulos stressores podem surgir do meio exterior e social mas também do próprio indivíduo (França & Rodrigues, 2005). Os estímulos externos são aqueles que derivam das circunstâncias de vida e das relações com as pessoas, como excesso de trabalho, trabalho desagradável, desarmonia familiar, acidentes, morte, violência, tensão, medo e doença, enquanto os estímulos internos referem-se ao repertório de pensamentos, crenças e valores individuais, e forma de perceber o mundo (Pafaro & Martino, 2003). Já os sintomas físicos mais comuns no *stress* são: fadiga, dores de cabeça, insónia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náuseas, tremores, extremidades frias e resfriados constantes; e os sintomas psíquicos, mentais e emocionais são: diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda do sentido de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência (Filgueiras & Hippert, 2002 citados por Murofuse et al., 2005).

Na sua obra, Graziani e Swendsen (2007) apresentaram os principais (melhor fundamentados na opinião dos autores) modelos teóricos para explicar o *stress*, os quais abordam os seus efeitos diretos e indiretos, a nível fisiológico, emocional, comportamental e cognitivo. Segundo o modelo biológico (SGA de Selye), o *stress* constitui uma ativação dos sistemas fisiológicos de defesa, como forma de reação e proteção a um evento de *stress*; bem como a perturbações derivadas de uma reação excessiva. O modelo transaccional vem reagir à noção causa-efeito dos modelos anteriores, e procura abranger as dimensões biológicas, psicológica e sociais. Segundo este modelo, o impacto do *stress* é melhor explicado pelos comportamentos e escolhas dos indivíduos. As teorias cognitivas centram-se na contribuição dos pensamentos e processos cognitivos, considerando que o *stress* decorre da interpretação

pessoal do impacto dos acontecimentos – “*stress* percebido”. O modelo de Lazarus e Folkman (1984), tipicamente cognitivo, defende que “o *stress* psicológico é uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é avaliada pela pessoa como onerando ou excedendo os seus recursos e colocando em risco o seu bem-estar” (p.21).

Margis, Picom, Cosner e Silveira (2003) salientam que perante uma situação de *stress*, são ativados três níveis: nível cognitivo (forma como o indivíduo avalia a situação), nível comportamental (forma como o indivíduo responde à situação – ataque, fuga ou passividade) e nível fisiológico (ativação cardiovascular, neuronal e endocrinológica como reação de luta e fuga); que em conjunto com características específicas do indivíduo e do meio, produzirão uma percepção quanto à sua capacidade de resposta. Numa situação normal, perante um evento de *stress*, o indivíduo é capaz de reproduzir uma resposta capaz de fazer baixar a ativação fisiológica. Quando esta ativação persiste, pode levar à exaustão dos recursos do indivíduo e ao consequente desenvolvimento de perturbações mentais como a ansiedade.

França e Rodrigues (2005) falaram em duas componentes do *stress*: um processo, quando se refere à tensão perante um desafio de ameaça/conquista; ou um estado, quando se refere ao resultado positivo (*eustress* – resposta adaptativa adequada capaz de fazer frente às exigências do estímulo) ou negativo (*distress* - resposta adaptativa inadequada que pode desencadear doenças) da resposta adaptativa.

Importa realçar que o *stress* não é necessariamente negativo, pois os eventos desejados e felizes também podem gerar *stress*; as respostas ao *stress* são parte do processo. Este pode ter uma conotação positiva quando gera motivação, bem-estar e realização (e.g. primeiro encontro entre namorados), ou negativa quando provoca medo, tensão e ansiedade (e.g. consulta no dentista); estando ambas suscetíveis à duração do *stress* – prolongamento do *stress* conduz a sofrimento (Callegari, 2000; França & Rodrigues, 2005). O *stress* é uma condição inevitável da vida, e o que o torna patológico é a forma como as pessoas lidam com ele, dependendo da sua sensibilidade e vulnerabilidade para interpretar e reagir aos eventos de *stress* (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus (1999) resume que o *coping* constitui um esforço para gerir o *stress* psicológico; e Graziani e Swendsen (2007) defendiam que a capacidade para reagir a eventos de *stress* depende do conjunto de estratégias de *coping* que o indivíduo apresenta. No caso concreto dos ansiosos, estes tendem a centrar o *coping* na emoção, ampliando a percepção de ameaça (Graziani & Swendsen, 2007). Para Lazarus e Folkman (1984) os estilos de *coping* interferem com os níveis de ansiedade, antes e durante o evento de *stress*.

Margis e colaboradores (2003) escreveram que é um conjunto de traços de origem genética que leva o indivíduo a selecionar situações com maior probabilidade de se constituir uma situação de *stress*, ampliando a sua vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbação depressiva *major*. Graziani e Swendsen (2007) acrescentaram que aqueles que sofrem de vulnerabilidade psicológica estão numa posição ainda mais vulnerável para outras perturbações.

A investigação aponta para uma maior prevalência de *stress* no sexo feminino (Stein & Nyamathi, 1999; Barros & Nahas, 2001; Matud, 2004; Widarsson et al 2012) classificando os seus eventos de vida como mais negativos e menos controláveis do que os homens, ainda que estes tendam a inibir as emoções (Matud, 2004). Esta prevalência poderá encontrar fundamento na maior sobrecarga de trabalho que as mulheres apresentam, sobrepondo a profissão e as tarefas domésticas (Barros & Nahas, 2001) e porque o seu estilo de coping é centrado na emoção (Mutad, 2004). Contudo, Callegari (2000) salvaguarda que homens e mulheres apresentam capacidades de adaptação ao *stress* muito similares, salientando até vantagens fisiológicas em situações de sobrevivência nas mulheres. Considerando o exposto, parece natural que o *stress* parental atinja mais as mães que os pais, o qual afeta as interações e a qualidade das práticas parentais (Widarsson et al., 2012).

O tipo de fatores indutores de *stress* varia entre sexos, sendo que nas mulheres são mais comuns os problemas familiares, doença, baixa confiança e problemas na sua rede social; enquanto nos homens são os problemas laborais, a perda de emprego, problemas legais, assaltos (Kendler, Thornton & Prescott, 2001; Matud, 2004) e separação/divórcio (Kendler et al., 2001).

Goodman e colaboradores (2005) concluíram que aqueles que estão em desvantagem social (integrar uma minoria étnica ou ser de um nível socioeconómico baixo) estão mais vulneráveis ao *stress*.

No estudo de Zampieri (2013) com jovens universitários encontrou maior prevalência de sintomas de *stress* do que de depressão e ansiedade. O estudo de Bayram e Bilgel (2008) avaliou as mesmas problemáticas e também encontrou níveis de perturbação moderados em todas as patologias e destacam que a satisfação com a educação está associada a níveis inferiores de perturbação. Bartley e Roesch (2011) estudaram a mesma população e verificaram que os trabalhos universitários constituem o principal gerador de *stress*, seguindo pelas relações entre pares e familiares, as preocupações financeiras e as preocupações com o trabalho.

O *stress* aparece frequentemente associado a perturbações mentais (Callegari, 2000; Graziani & Swendsen, 2007) como depressão, ansiedade (Callegari, 2000; Margis et al., 2003; Graziani & Swendsen, 2007), perturbações alimentares (Callegari, 2000), perturbações do sono (França & Rodrigues, 2005; Pinto et al., 2012) e dependências, como tabagismo (Byrne, Byrne & Reinhart, 1995; Callegari, 2000), alcoolismo e abuso de fármacos (Callegari, 2000) interferindo ainda com a satisfação com a vida (Malinauskas, 2010) produtividade, bem-estar individual, (Paschoal & Tamayo, 2004) e capacidade de decisão (Callegari, 2000). Alguns autores apontam também a personalidade como um fator impulsionador de *stress* (Byrne et al., 1995).

## **2.4. Síntese integrativa**

Faz parte do quotidiano as pessoas viverem momentos de tristeza e preocupações, os quais se tornam patológicos quando são exagerados e impróprios à situação (Hoston, 2010). O desgaste que as pessoas são constantemente sujeitas são determinantes de doenças e de problemas relacionados com o *stress*, como perturbações de humor e perturbações de ansiedade (Segantini & Maia, 2007), sendo alarmante a crescente prevalência de perturbações mentais na população em geral, e especificamente em Portugal (Pinto, et al 2012). A este respeito, a Direção Geral de Saúde (2013) alerta para o elevado número de doentes sem qualquer tratamento. A ausência de tratamento fomenta o estigma sociocultural em relação às perturbações mentais e o de acessibilidade a ajuda especializada.

A depressão, a ansiedade e o *stress* são perturbações que afetam inúmeros indivíduos, que estão associadas a inúmeras doenças graves e mortais (Callegari, 2000; França & Rodrigues, 2005), e que interferem com o funcionamento geral e com a qualidade de vida (Bernik, 2000).

Atualmente, as perturbações mentais são mais comuns do que o cancro, a diabetes ou as doenças do coração. O que a maior parte das pessoas desconhece é que as doenças psicológicas podem ser diagnosticadas e tratadas, tal como as doenças físicas (Ferro, 2013). As mulheres, os mais novos, e pessoas separadas e viúvas são os mais atingidos pelas perturbações mentais (Almeida & Xavier, 2013), sendo mais comuns as perturbações internalizadoras como ansiedade e depressão nas mulheres (Monteiro, 2012).

O *coping* influencia a etiologia e conservação das perturbações mentais associadas à ansiedade e à depressão, e aqueles que sofrem de vulnerabilidade psicológica apresentam maior dificuldade em enfrentar eventos stressantes, por não apresentarem estratégias de

*coping* tão eficazes perante situações prolongadas e repetitivas; o que os coloca numa posição mais vulnerável para outras perturbações (Graziani & Swendsen, 2007).

**PARTE II**  
**Estudo empírico**

### **CAPÍTULO III. CARATERIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NUMA POPULAÇÃO JOVEM DO CONCELHO DA PÓVOA DE VARZIM: DA PSICOPATOLOGIA AO BEM-ESTAR**

Ao longo deste capítulo apresentamos o estudo empírico cujo objetivo geral se centra na caraterização da saúde mental de uma população jovem de um concelho do norte de Portugal – Póvoa de Varzim. Esta investigação alicerça-se nos postulados teóricos expostos anteriormente e que interpretam a saúde mental não apenas como a ausência de doença mental ou psicopatologia mas também como a presença de sentimentos positivos (bem-estar emocional) e um bom funcionamento individual (bem-estar psicológico) e social (bem-estar social) (Lamers et al., 2011).

Nesse sentido, a saúde mental é encarada por nós como sendo a base para o bem-estar e o funcionamento eficaz para o indivíduo e para a comunidade. De destacar que a OMS e outras organizações internacionais identificam a melhoria da saúde mental como uma preocupação prioritária dos países de classe baixa e média, bem como para nações e pessoas mais ricas (WHO, 2001b). Reconhecer a saúde como um estado de equilíbrio incluindo o eu, os outros e o meio ambiente, ajuda as comunidades e os indivíduos a entenderem como procurar a sua melhoria.

O conhecimento do impacto de alguns fatores socioeconómicos (educação, pobreza, desigualdade, discriminação sexual das mulheres, exclusão social, entre outros) na saúde mental permite que lhes seja dada atenção aquando da reformulação das políticas de saúde (Alves & Rodrigues, 2010).

Segundo a perspetiva da saúde mental, surge uma definição para a saúde mental, relacionada com o bem-estar como um estado em que os indivíduos não apresentam qualquer psicopatologia e apresentam níveis elevados de bem-estar psicológico, emocional e social (Ryff & Keyes, 1995).

Quanto à psicopatologia, está claro que a depressão e a ansiedade são as perturbações mentais mais prevalentes internacionalmente, e a sua identificação permitirá conhecer a prevalência destas perturbações na população jovem, procurando a sua prevenção e intervenção.

### 3.1. Objetivos do estudo

O objetivo geral desta investigação consiste em caracterizar a saúde mental e bem-estar e psicopatologia numa amostra de jovens adultos residentes no concelho da Póvoa do Varzim. Concretamente, os objetivos específicos pretendem:

- Caracterizar a saúde mental desses jovens adultos em termos de saúde mental positiva/bem-estar e de doença mental/psicopatologia;
- Analisar a associação entre a saúde mental positiva/bem-estar e a doença mental/psicopatologia;
- Analisar a associação entre saúde mental positiva/bem-estar e a doença mental/psicopatologia, e variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, situação profissional, habilitações académicas, número de filhos, freguesia de residência, intenção de sair do país, envolvimento em atividades não remuneradas, acompanhamento psicológico e satisfação com a rede de cuidados de saúde);

### 3.2. Método

O desenho metodológico deste trabalho de investigação seguiu uma orientação quantitativa, com recurso a instrumentos de avaliação psicológica das diferentes variáveis em estudo (nomeadamente saúde mental positiva, bem-estar, ansiedade, depressão e stress) como técnicas de recolha de dados.

#### 3.2.1. Caracterização da amostra

A amostra ficou constituída por 150 participantes, distribuídos homogeneamente quanto ao género. A idade dos participantes encontra-se entre os 18 e os 30 anos, com uma média de 23.6 anos ( $dp = 4.2$ ), verificando-se que a maioria ( $n = 97$ ) tem idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, e apenas 35.3% participantes ( $n = 53$ ) têm mais de 25 e menos do que 30 anos.

Sendo esta uma amostra de conveniência quanto à freguesia de residência, o número de participantes em cada freguesia foi previamente definido. Desta forma, as freguesias de Aguçadoura/Navais e da Póvoa de Varzim/Beiriz/Argivai ficaram com 22 participantes (14.7%) e as freguesias de São Pedro de Rates, Estela, Balazar e Laúndos ficaram com 21 participantes (14%) (cf. Tabela 2).

Quanto ao estado civil, 14.7% ( $n = 22$ ) dos participantes são casados, 3.3% ( $n = 5$ ) são divorciados ou separados e 82% ( $n = 123$ ) são solteiros (cf. Tabela 2).

No que toca às habilitações académicas, a maior parte (73.4%;  $n = 110$ ) não terminaram o ensino superior, tendo terminado o ensino básico (20.7%;  $n = 31$ ) e o ensino secundário (52.7%;  $n = 79$ ). Cerca de metade dos participantes da amostra (48%;  $n = 72$ ) encontrava-se a trabalhar/empregado, 37.3% ( $n = 59$ ) encontrava-se a estudar, e apenas 13.3% ( $n = 20$ ) encontrava-se numa situação de desemprego (cf. Tabela 02).

Se nos debruçarmos sobre o número de filhos, grande parte dos participantes (83.3%;  $n = 125$ ) não tem filhos, 11.3% ( $n = 17$ ) tem apenas um filho e 5.3% ( $n = 8$ ) tem 2 ou mais filhos (cf. Tabela 02). Quanto à composição do agregado familiar, a maioria da amostra (52%;  $n = 92$ ) vive em agregados superiores a 4 pessoas. Os mais frequentes (31%;  $n = 48$ ) são os agregados de 3 pessoas, sendo também frequentes agregados de 4 (34%;  $n = 36$ ) e 5 pessoas (18.7%;  $n = 28$ ). Menos frequentes na amostra, são os agregados de 2 (10%;  $n = 15$ ), 6 (9.3%;  $n = 14$ ) e 1 pessoa (5.3%;  $n = 8$ ) (cf. Tabela 2).

**Tabela 2**

*Caraterização sociodemográfica da amostra relativamente à freguesia de residência, estado civil, habilitações académicas, situação profissional, número de filhos e agregado familiar*

		<b>Amostra (n =150)</b>	
		<i>n</i>	%
<b>Freguesias do concelho da Póvoa de Varzim</b>	<b>Aguçadoura/Navais</b>	22	14.7
	<b>São Pedro de Rates</b>	21	14
	<b>Estela</b>	21	14
	<b>Balazar</b>	21	14
	<b>Póvoa de Varzim/Beiriz/Argivai</b>	22	14.7
	<b>Aver-o-Mar/Amorim/Terroso</b>	22	14.7
	<b>Laúndos</b>	21	14
<b>Estado civil</b>	<b>Solteiro</b>	123	82
	<b>Casado</b>	22	14.7
	<b>Divorciado</b>	3	2
	<b>Separado</b>	2	1.3
<b>Habilitações académicas</b>	<b>Ensino básico</b>	31	20.7
	<b>Ensino secundário</b>	79	52.7
	<b>Licenciatura</b>	26	17.3
	<b>Mestrado</b>	13	8.7
	<b>NR*</b>	1	0.7
<b>Situação profissional</b>	<b>Estudante</b>	59	37.3
	<b>Empregado</b>	72	48
	<b>Desempregado</b>	20	13.3
	<b>NR*</b>	2	1.3
<b>Número de filhos</b>	<b>0 filhos</b>	125	83.3
	<b>1 filho</b>	17	11.3
	<b>2 ou + filhos</b>	8	5.3
<b>Composição do agregado familiar</b>	<b>1 pessoa</b>	8	5.3
	<b>2 pessoas</b>	15	10
	<b>3 pessoas</b>	48	31
	<b>4 pessoas</b>	36	24
	<b>5 pessoas</b>	28	18.7
	<b>6 pessoas</b>	14	9.3
	<b>NR*</b>	1	0.7

\*NR – Não responderam

A partir da análise descritiva das respostas ao questionário sociodemográfico, verificamos que a maioria dos participantes (84%,  $n = 126$ ) nunca beneficiou nem beneficia de acompanhamento psicológico; e daqueles que beneficiaram (16%,  $n = 24$ ), grande parte

teve como motivo quadros de depressão, ansiedade ou *stress* (12%,  $n = 18$ ). Apenas 6% ( $n = 9$ ) da amostra referiu estar a tomar medicação psiquiátrica no momento atual (cf. Tabela 3).

**Tabela 3**

*Caraterização da amostra quanto à existência de acompanhamento psicológico e motivo do acompanhamento, e prescrição de medicação psiquiátrica*

		Amostra (N =150)	
		<i>n</i>	%
<b>Acompanhamento psicológico anterior</b>	<b>Sim</b>	24	16
	<b>Não</b>	126	84
<b>Motivo do acompanhamento</b>	<b>Depressão+Ansiedade+Stress</b>	18	12
	<b>Doença</b>	1	0.7
	<b>Luto</b>	1	0.7
	<b>Agressividade</b>	1	0.7
	<b>Défice de atenção</b>	1	0.7
	<b>NR</b>	128	85.3
<b>Prescrição de medicação psiquiátrica</b>	<b>Sim</b>	9	6
	<b>Não</b>	141	94

\*NR – Não responderam

A maioria dos participantes (65.3%,  $n = 98$ ) não tem intenção de emigrar do país. Entre aqueles participantes que revelaram intenção de sair do país, apenas 1 participante (0.7%) apresentou vontade de estudar fora e outro para ir de férias (*outros*), sendo os motivos profissionais ou laborais os mais marcantes (33.3%,  $n = 50$ ) (cf. Tabela 4).

**Tabela 4**

*Caraterização da amostra quanto à intenção e motivo para sair do país e quanto ao envolvimento em atividades não remuneradas.*

		Amostra (n = 150)	
		<i>n</i>	%
<b>Motivo para sair do país</b>	<b>Estudar</b>	1	0.7
	<b>Trabalhar</b>	50	33.3
	<b>Outro</b>	1	0.7
	<b>NR</b>	98	65.3
<b>Envolvimento em atividades não remuneradas</b>	<b>Sim</b>	38	25.3
	<b>Não</b>	112	74.7

\*NR – Não responderam

Quanto à utilização e satisfação da rede de cuidados de saúde disponíveis, cerca de 61% ( $n = 91$ ) dos participantes referiu ter recorrido a estes serviços. Contudo, o nível de satisfação não é consistente, encontrando-se participantes *muito satisfeitos* (6%,  $n = 9$ ) e outros *muito insatisfeitos* (2%,  $n = 3$ ). Se nos centrarmos na média das respostas (3.33,  $dp = .99$ ), podemos concluir que os participantes se encontram *nem satisfeitos nem insatisfeitos* (20%,  $n = 30$ ), com tendência para *moderadamente satisfeitos* (22.7%,  $n = 37$ ) (cf. Tabela 5).

**Tabela 5**

*Caraterização da amostra quanto à utilização da rede de cuidados de saúde e satisfação com esses cuidados*

		Amostra ( $n = 150$ )			
		<i>n</i>	%	Média	Desvio padrão
Utilização rede cuidados de saúde	Sim	91	60.7	-	-
	Não	56	39.3	-	-
Satisfação com a rede de cuidados de saúde	Muito insatisfeito	3	2		
	Ligeiramente insatisfeito	16	10.7		
	Nem satisfeito nem insatisfeito	30	20	3.33	0.99
	Moderadamente satisfeito	34	22.7		
	Muito satisfeito	9	6		
	NR	58	38.7		

\*NR – Não responderam

### 3.2.2. Instrumentos

Para a concretização dos objetivos do estudo, foram selecionados instrumentos de avaliação psicológica capazes de medir as diferentes variáveis em estudo. Especificamente, para avaliar a saúde mental positiva e o bem-estar, foram selecionadas a *versão portuguesa da Escala de Bem-estar Mental de Warwick-Edinburg (WEMWBS)* e a versão reduzida da *Escala Continuum de Saúde Mental (MSC-SF)* para adultos; para medir a doença mental ou psicopatologia foi escolhida a *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)*. Por fim, para recolher informação sociodemográfica da população em estudo, foi construído um questionário sociodemográfico propositadamente para o efeito.

### **3.2.2.1. Questionário sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico utilizado foi adaptado daquele utilizado por Monte (2014), e que é constituído por treze itens que recolhem informação individual dos participantes, essencialmente sociodemográfica. Os itens do questionário são: idade, sexo, estado civil, situação profissional, habilitações académicas, número de filhos, freguesia de residência, intenção de sair do país, envolvimento em atividades não remuneradas, acompanhamento psicológico anterior e motivo, utilização de medicação psiquiátrica, e satisfação com a rede de cuidados de saúde.

### **3.2.2.2. Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) – versão portuguesa**

A *Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)* é uma escala de autorrelato composta por 14 itens escritos de forma positiva, distribuídos numa escala de Likert entre 1 (*nunca*) e 5 (*sempre*), sendo a pontuação mínima de 14 pontos e pontuação máxima de 70 pontos, em que os níveis mais elevados estão associados a melhor bem-estar mental (Maheswaran, Weich, Powell & Stewart-Brown, 2012; Taggart et al., 2013). A escala foi construída para medir a saúde mental positiva e o bem-estar, contemplando tanto os elementos hedónicos (felicidade, satisfação com a vida) como os eudaimónicos (funcionamento positivo) do bem-estar (Taggart et al., 2013).

A escala tem revelado uma boa validade e consistência interna para diferentes populações (Clarke et al., 2011 – adolescentes) e culturas (Maheswaran et al., 2012; Taggart et al., 2013 – população chinesa e paquistanesa; Castellví et al., 2013 – população espanhola; Monte, 2014 – população portuguesa).

Foi determinado o valor de *Alfa de Cronbach* da escala para a amostra em estudo, e os resultados apontaram para uma boa consistência interna ( $\alpha = 0.94$ ). A análise de frequências das respostas revelou ainda que a escala apresenta boa sensibilidade (todas as categorias de resposta aos itens foram utilizadas como respostas) para a amostra.

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

A *Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF) para Adultos – versão reduzida* é uma escala de autorresposta de saúde mental proposta por Keyes em 2002, como forma de

atribuir diagnósticos categoriais para a saúde mental, tendo distinguindo *flourishing*, saúde mental moderada, e *languishing*.

A construção desta escala foi desenvolvida com base em vários constructos que se referem ao bem-estar emocional, psicológico e social (Keyes, 2002), e está distribuída em 14 itens de autorrelato: três itens para o bem-estar emocional (itens 1-3), cinco itens para o bem-estar social (itens 4-8) e seis itens para o bem-estar psicológico (itens 9-14) (Lamers et al., 2011; Matos et al., 2010). A pontuação nos itens classifica-se segundo uma escala de Likert entre 0 (*nunca*) e 6 (*todos os dias*) pontos (Salama-Younes, 2011; Lamers et al., 2011).

O estado de *flourishing* é classificado quando se pontua, em pelo menos um dos três itens do bem estar-emocional e em pelo menos seis dos onze itens de bem-estar social e psicológico, 5 pontos (*quase todos os dias*) ou 6 pontos (*todos os dias*) da escala de *Likert* (sendo 6 a pontuação máxima por item). No lado oposto, para ser diagnosticado o estado *languishing* são necessárias pontuações baixas (*nunca; uma ou duas vezes*) em pelo menos um dos três itens do bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de bem-estar social e psicológico. No intermédio, o diagnóstico de *saúde mental moderada* é atribuído quando se pontua três (*cerca de uma ou duas vezes por semana*) ou quatro (*cerca de duas ou três vezes por semana*) em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de bem-estar psicológico e social (Keyes, 2007).

A versão reduzida da *MHC-SF* tem revelado excelente consistência interna e validade para a população adolescente (Matos et al., 2010), adulta e idosa (Ismail & Salama-Younes, 2011) e de diferentes nacionalidades (Matos et al., 2010; Monte, 2014 – portuguesa; Ismail & Salama-Younes, 2011 – francesa; Lamers et al., 2011 – holandesa), assim como sensibilidade e estabilidade a alterações temporais (Lamers et al., 2011).

Para a amostra em estudo, a sensibilidade da escala ficou assegurada após a análise das frequências de todos os itens (todas as categorias de resposta aos itens foram utilizadas como respostas); e o cálculo do valor de *Alfa de Cronbach* para os 14 itens da escala revelaram uma boa consistência interna para os participantes da amostra ( $\alpha = 0.92$ ), assim como para as subescalas, BE emocional ( $\alpha = 0.91$ ), BE psicológico ( $\alpha = 0.91$ ) e BE social ( $\alpha = 0.85$ ) (cf. Tabela 6).

**Tabela 6**

*Coefficientes de consistência interna da MHC-SF na amostra*

	Número de itens	Alpha de Cronbach
<b>MHC-SF</b>	14	0.92
<b>Bem-estar emocional</b>	3	0.91
<b>Bem-estar social</b>	5	0.85
<b>Bem-estar psicológico</b>	6	0.91

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

A *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)* construída por Lovibond e Lovibond em 1995, constitui a versão portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*, adaptada para a população nacional por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal em 2004.

Esta escala surgiu quando Lovibond e Lovibond (1995) procuravam diferenciar a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, tendo notado a existência de um outro fator que não saturava nem na ansiedade nem na depressão, ao qual denominou *stress*. É desta forma que surge o modelo tripartido dos sintomas de ansiedade e depressão, agrupado em três estruturas básicas, e que serviu para clarificar a relação entre estes dois constructos (Pais-Ribeiro et al., 2004). Contudo, Lovibond e Lovibond (1995) asseguram que, embora haja uma correlação positiva entre as três diferentes subescalas, a associação entre o *stress* e a ansiedade é mais evidente.

A *EADS-21*, conforme o nome indica, é composta por 21 itens (versão abreviada da escala de 42 itens), divididos por igual (sete itens) por cada subescala (ansiedade, itens 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; depressão, itens: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; e *stress*, itens: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18), cujas respostas estão distribuídas numa escala de tipo Likert, com quatro pontos de gravidade/frequência: 0 – “*não se aplicou nada a mim*”, 1- “*aplicou-se a mim algumas vezes*”, 2- “*aplicou-se a mim de muitas vezes*”, 3- “*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*” (Pais-Ribeiro et al., 2004).

A subescala de ansiedade inclui excitação do sistema nervoso autónomo, ansiedade situacional, experiências subjetivas de ansiedade e efeitos músculo-esqueléticos; a subescala de depressão inclui disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse/envolvimento, anedonia e inércia; e a subescala de *stress* inclui dificuldade em relaxar, excitação nervosa, agitação fácil, irritabilidade/reacção exagerada e impaciência. Para cada escala (de sete itens cada) a pontuação mínima é de zero e a pontuação poderá chegar

aos 21 pontos, estando os valores mais elevados associados a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004).

A investigação tem atribuído uma boa consistência interna à escala (Gloster et al., 2008, Willemsen, Markey, Dclercq & Vanheule, 2010), assim como qualidades psicométricas e boa fiabilidade (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004), encontrando validade em diferentes culturas (Oei, Sawang, Gohe & Mukhtar, 2013).

Embora a escala tenha sido construída para a população adulta, alguns autores têm procurado adaptar a escala para a população pré-adolescente (Leal, Antunes, Passo, Pais-Ribeiro & Maroco, 2009) e adolescente (Willemsen et al., 2010), e encontrada alguma consistência, embora ainda careça de novas investigações.

Na nossa amostra, os valores de *alfa de Cronbach* para a totalidade dos itens (21) da escala revelaram uma boa consistência interna ( $\alpha = 0.94$ ) assim como para as subescalas de ansiedade, depressão e *stress* (cf. Tabela 7). A análise das frequências de todos os itens assegurou a sensibilidade da escala (todas as categorias de resposta aos itens foram utilizadas como respostas).

### **Tabela 7**

*Coefficientes de consistência interna da EADS-21 na amostra*

	<b>Número de itens</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
<b>EADS-21</b>	21	0.94
<b>Ansiedade</b>	7	0.86
<b>Depressão</b>	7	0.89
<i>Stress</i>	7	0.86

### **3.2.3. Procedimentos**

O primeiro passo para a realização desta investigação consistiu em elaborar um projeto a ser entregue à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, onde se antecipava a pertinência do tema, os objetivos e o desenho metodológico pensado para a concretização dos mesmos.

Após a emissão de um parecer favorável pela referida Comissão, procedeu-se à procura de autorizações para a utilização dos instrumentos de avaliação psicológica suprarreferidos, nomeadamente à Professora Doutora Carla Fonte, autora das escalas de saúde mental e bem-estar selecionadas para a investigação. A escala de avaliação da psicopatologia, a *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)* prescindiu da autorização do autor,

uma vez que se encontra publicada. Houve ainda necessidade de redigir um consentimento informado a ser preenchido e assinado por todos os participantes, autorizando a utilização da informação disponibilizada apenas para fins de investigação, estando assegurada a confidencialidade da mesma.

Seguidamente, e como forma de facilitar o acesso aos grupos de maior concentração de jovens elegíveis para a participação no estudo (com idades entre os 18 e os 30 anos; e residentes no concelho da Póvoa de Varzim), foram contactadas as Juntas de Freguesia das diferentes freguesias do concelho (Aguçadoura/Navais; Estela; Balazar; São Pedro de Rates; Póvoa de Varzim/Beiriz/Argivai; Laúndos; Aver-o-Mar/Amorim/Terroso), na tentativa de fornecerem uma listagem dos grupos juvenis locais (grupos de jovens, grupos de escuteiros, escolas de condução, escolas profissionais, entre outros).

Identificados os grupos, dirigimo-nos aos responsáveis dos mesmos, comunicando a intenção e objetivos da investigação, e procedimento da recolha de dados, assegurando desde logo a confidencialidade da informação disponibilizada. Estes responsáveis facilitaram as condições para a recolha de dados, encaminhando os participantes e fornecendo espaços para a sua aplicação. Esta aplicação, por vezes em grupo outras vezes de forma individual, iniciou com uma breve explicação aos participantes sobre o tema, propósito e objetivos da investigação, e dadas as instruções para o preenchimento das escalas. Foi dada oportunidade a todos os participantes de recusar/desistir/abandonar, em qualquer momento, a sua colaboração na investigação, assim como de esclarecer quaisquer dúvidas que entendessem necessárias. De forma a reforçar a confidencialidade, os participantes começaram por preencher o consentimento informado, que foi imediatamente recolhido antes do preenchimento das escalas.

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizada a versão 22 do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, cuja licença foi disponibilizada pelo departamento informático da Universidade Fernando Pessoa, para a introdução e análise dos dados recolhidos. O procedimento de análise de dados iniciou com uma análise estatística univariada descritiva da amostra relativamente às variáveis sociodemográficas, aos níveis de bem-estar e aos níveis de psicopatologia; através do tratamento estatístico dos resultados dos instrumentos de avaliação selecionados.

De seguida, a análise estatística univariada inferencial (*teste correlação de Pearson*) pretendeu verificar as correlações/associações entre o bem-estar e a ocorrência de psicopatologia; assim como as diferenças entre o bem-estar e psicopatologia e as variáveis

sociodemográficas em estudo, através de *Testes T para amostras independentes* (para dois grupos) e *Análise de variâncias – ANOVA* (para três ou mais grupos de categorias).

### **3.3. Análise dos dados**

A análise dos dados foi efetuada a partir do objetivo geral desta investigação, caracterizar a saúde mental dos jovens adultos residentes na Póvoa de Varzim, e organizada segundo os seguintes objetivos específicos:

#### **A. Caracterizar a saúde mental dos jovens adultos residentes no concelho da Póvoa de Varzim em termos de saúde mental positiva/bem-estar e de doença mental/psicopatologia**

Para a concretização deste objetivo foram utilizadas as pontuações das escalas e subescalas dos instrumentos de recolha de dados, de forma a conseguirmos analisar a doença e saúde mental dos participantes da amostra.

Quanto à saúde mental, foram analisados os resultados da *Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)* e da *Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (Adultos) (MHC-SF)*, e tidos como pontos de corte, os valores intermédios entre as pontuações máximas e mínimas possíveis das escalas.

No que toca à escala de bem-estar (*WEMWBS*), a pontuação mínima possível é 14 pontos e a máxima é 70 pontos, e na nossa amostra encontramos pontuações mínimas de 23 pontos e máximas de 70 pontos. A acrescentar, se considerarmos 35 pontos o ponto de corte da escala, e a média de 51.35 pontos ( $dp = 10.49$ ) encontrados na amostra, podemos concluir que a maioria dos participantes apresenta níveis consistentes de bem-estar em geral (cf. Tabela 8).

O mesmo ocorreu na escala de saúde mental e bem-estar (*MHC-SF*), onde a pontuação mínima possível é de 14 pontos contra 84 de máxima, e na amostra encontramos pontuações mínimas de 22 e pontuações máximas de 84 pontos. O valor médio do total da escala (61.24,  $dp = 13.07$ ) em contraposição com o valor do ponto de corte (42 pontos) corrobora os resultados da escala anterior que indicam para níveis consistentes de bem-estar. No caso concreto das subescalas de bem-estar, emocional, social e psicológico, verificamos que as pontuações máximas atribuídas pela amostra (18, 30 e 36 pontos, respetivamente) correspondem às pontuações máximas possíveis para as escalas; e que as pontuações mínimas atribuídas pela amostra superaram as mínimas possíveis para a escala de bem-estar emocional (5 pontos contra 3 pontos mínimos da escala) e psicológico (9 pontos contra 5 pontos

mínimos da escala) e apenas na escala de bem-estar social encontramos as pontuações mínimas possíveis da escala na amostra (6 pontos) (cf. Tabela 8).

**Tabela 8**

*Caraterização da saúde mental da amostra relativamente ao bem-estar em geral (WEMWBS), ao bem-estar emocional, ao bem-estar social e ao bem-estar psicológico (MHC-SF)*

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

Se atendermos aos diagnósticos de saúde mental positiva, conseguidos através da *Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (Adultos) (MHC-SF)*, a análise descritiva permite afirmar que 58% da amostra se encontra em estado de saúde mental positiva *flourishing*, 2.7% encontra-se em estado *languishing*, e 39.3% encontra-se num estado intermédio de *saúde mental moderada* (cf. Tabela 9).

**Tabela 9**

*Caraterização do estado de saúde mental positiva da amostra*

		Amostra (n =150)	
		n	%
<b>Estados de saúde mental positiva</b>	<i>Languishing</i>	4	2.7
	<b>Saúde mental moderada</b>	59	39.3
	<i>Flourishing</i>	87	58

Considerando que o estado de *flourishing* representa uma boa saúde mental, podemos afirmar que a maior parte (mais de 50%) da amostra em estudo assegura uma saúde mental positiva.

Relativamente à doença mental, os resultados máximos e mínimos (0 e 53, respetivamente) encontrados nas pontuações totais da *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)*, e considerando as pontuações máximas possíveis na escala (63 pontos),

sugerem que alguns participantes não apresentam qualquer tipo de patologia (máx. 0), ao passo que outros, apresentam níveis elevados de psicopatologia/doença mental (máx. 53). Contudo, o valor da média das pontuações totais na escala (16.69,  $dp = 12.28$ ) é significativamente inferior ao valor do ponto de corte (31.5 pontos, correspondente a metade do valor da pontuação máxima possível na escala); apontando que a maioria da amostra apresenta baixos níveis de psicopatologia ou doença mental (cf. Tabela 10).

No que respeita às subescalas da *EADS-21*, e ponderando que a pontuação máxima para cada subescala (ansiedade, depressão e stress) é de 21 pontos, encontramos participantes na amostra sem patologia, e outros com altos níveis de ansiedade e depressão (máx. 18), mas essencialmente de *stress* (máx. 20), que atinge quase o máximo possível. Não obstante, e se considerarmos como ponto de corte a metade da pontuação máxima (10.5 pontos), os resultados médios encontrados para cada subescala revelam que o número de participantes com doença mental não é superior ao número de participantes sem doença mental (cf. Tabela 10). A análise descritiva dos resultados médios das subescalas permitiu ainda apurar que o *stress* (média = 7.09,  $dp = 4.56$ ) é o tipo de psicopatologia que mais afeta os participantes da amostra, seguido da depressão (média = 5.02,  $dp = 4.64$ ) (cf. Tabela 10).

**Tabela 10**

*Caraterização da saúde mental da amostra relativamente à EADS-21, depressão, ansiedade e stress*

	Amostra ( $n = 150$ )			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
<b>Total EADS-21</b>	0	53	16.69	12.28
<b>Ansiedade</b>	0	18	4.58	4.43
<b>Depressão</b>	0	18	5.02	4.64
<b>Stress</b>	0	20	7.09	4.56

### **B. Analisar a associação entre a saúde mental positiva/bem-estar e a doença mental/psicopatologia de jovens adultos residentes no concelho da Póvoa de Varzim**

Com o objetivo de verificar a associação entre a saúde mental positiva/bem-estar e a doença mental foram efetuadas correlações de *Pearson* entre os resultados totais das escalas e subescalas em estudo.

A análise dos resultados das correlações de *Pearson* permitiram apurar que as escalas de saúde mental positiva/bem-estar (*Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh – WEMWBS* e a *Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida – MHC-SF*) e respetivas subescalas apresentam correlações negativas estatisticamente significativas ( $p < .01$ ) com a escala de psicopatologia (*Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21*) e respetivas subescalas (ansiedade, depressão e *stress*), indicando que maiores níveis de saúde mental e bem-estar estão associados a menores níveis de psicopatologia/doença mental (cf. Tabela 11).

Especificamente, encontramos uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os valores totais da *WEMWBS* e os valores totais da *EADS-21* ( $r = -.67, p = .000$ ), indicando que altos níveis de bem-estar em geral estão associados a menores níveis de psicopatologia. No que toca às subescalas da *EADS-21*, encontramos igualmente correlações negativas estatisticamente significativas entre o bem-estar e cada uma das subescalas, a ansiedade ( $r = -.47, p = .000$ ), a depressão ( $r = -.69, p = .000$ ) e o *stress* ( $r = -.51, p = .000$ ); indicando que altos níveis de bem-estar em geral estão associados a baixos níveis, quer de ansiedade, quer de depressão, quer de *stress* (cf. Tabela 11).

No respeitante à escala de saúde mental positiva (*MHC-SF*), encontramos igualmente uma correlação negativa estatisticamente entre os resultados totais da escala e os valores totais de *EADS-21* ( $r = -.58, p = .000$ ); assim como entre os valores de *MHC-SF* e as subescalas de ansiedade ( $r = -.53, p = .000$ ), depressão ( $r = -.60, p = .000$ ) e *stress* ( $r = -.44, p = .000$ ), indicando que níveis elevados de bem-estar em geral estão associados a níveis menores de doença mental, em concreto, de ansiedade, de depressão e de *stress* (cf. Tabela 11). Ainda relativamente à *MHC-SF*, mas à subescalas de bem-estar emocional, encontramos uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os níveis de bem-estar emocional e os níveis totais da *EADS-21* ( $r = -.41, p = .000$ ), e respetivas subescalas de ansiedade ( $r = -.57, p = .000$ ), depressão ( $r = -.62, p = .000$ ) e *stress* ( $r = -.47, p = .000$ ) revelando que níveis elevados de bem-estar emocional estão associados a baixos níveis de doença mental, especificamente, de ansiedade, de depressão e de *stress*.

No respeitante ao bem-estar social, verificamos novamente uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os valores totais da subescala e os resultados totais de *EADS-21* ( $r = -.51, p = .000$ ), assim como das suas subescalas de ansiedade ( $r = -.48, p = .000$ ), depressão ( $r = -.55, p = .000$ ) e *stress* ( $r = -.33, p = .000$ ), designando um elevado de bem-estar social está associados a níveis baixos de psicopatologia, mais propriamente de ansiedade, depressão e *stress*.

Por fim, no que concerne ao bem-estar psicológico, também encontramos correlações negativas estatisticamente significativas entre os valores da subescala e os valores da EADS-21 ( $r = -.41, p = .000$ ), e as subescalas de ansiedade ( $r = -.36, p = .000$ ) depressão ( $r = -.40, p = .000$ ) e *stress* ( $r = -.36, p = .000$ ); significando que o bem-estar psicológico está associado a níveis baixos de patologias mentais como a ansiedade, a depressão e o *stress* (cf. Tabela 11).

Ao analisarmos os estados de saúde mental, verificamos correlações positivas estatisticamente significativas entre o estado de *languishing* e saúde mental moderada e a doença mental medida pela EADS-21 ( $r = .28, p = .001$ ;  $r = .33, p = .000$ , respetivamente) e subescalas de ansiedade ( $r = .25, p = .002$ ;  $r = .36, p = .000$ , respetivamente), depressão ( $r = .26, p = .001$ ;  $r = .30, p = .000$ , respetivamente) e *stress* ( $r = .23, p = .004$ ;  $r = .23, p = .005$ , respetivamente). Com o estado de saúde mental *flourishing* encontramos correlações negativas estatisticamente significativas com os níveis de psicopatologia medidos pela EADS-21 ( $r = -.41, p = .000$ ) e subescalas de ansiedade ( $r = -.44, p = .000$ ), depressão ( $r = -.38, p = .000$ ) e *stress* ( $r = -.30, p = .000$ ) (cf. Tabela 11).

**Tabela 11**

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

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

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

Os resultados das correlações indicam que saúde mental positiva (*flourishing*) e bem-estar variam em sentidos contrário/opostos relativamente à doença mental ou psicopatologia,

mais especificamente a ansiedade, depressão e *stress*. Por outro lado, os estados de saúde mental moderada e *languishing* aumentam ou diminuem quando os níveis de psicopatologia, ansiedade, depressão ou *stress* aumentam ou diminuem, ou seja, variam no mesmo sentido.

**C. Analisar a associação entre saúde mental positiva/bem-estar e psicopatologia/doença mental, e variáveis sociodemográficas (*idade, sexo, estado civil, situação profissional, habilitações académicas, número de filhos, freguesia de residência, intenção de sair do país, envolvimento em atividades não remuneradas, acompanhamento psicológico e satisfação com a rede de cuidados de saúde*)**

O último objetivo desta investigação compreendeu verificar as diferenças na saúde mental positiva/bem-estar e psicopatologia quando associadas com variáveis sociodemográficas. Para a variável **idade**, agrupamos as faixas etárias segundo os critérios da Organização das Nações Unidas para fins estatísticos (Eisenstein, 2005) que consideram a adolescência entre os 15 e os 24 anos. Neste caso, na nossa investigação consideramos dois grupos etários, um entre os 18 e os 25 anos, e outro entre os 26 e os 30 anos.

A análise de diferenças entre a idade e as escalas e subescalas determinou que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a saúde mental e bem-estar em geral (*MHC-SF*) ( $t_{(148)} = 2.02, p = .03$ ), mais propriamente com o bem-estar emocional ( $t_{(148)} = 2.76, p = .006$ ) e o estado de saúde mental positiva *flourishing* ( $t_{(148)} = 2.00, p = .047$ ). Os participantes mais novos (18-25 anos) apresentam melhor saúde mental (*flourishing*) e bem-estar em geral, e em específico, melhor bem-estar emocional (cf. Tabela 12).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o bem-estar em geral medido pela *WEMWBS* ( $t_{(148)} = .28, p = .78$ ), entre o Bem-estar social ( $t_{(148)} = 1.42, p = .16$ ), o bem-estar psicológico ( $t_{(148)} = 1.55, p = .12$ ), o estado de saúde mental moderada ( $t_{(148)} = -1.81, p = .07$ ), o estado de *languishing* ( $t_{(148)} = -.62, p = .54$ ), a psicopatologia medida pela *EADS-21* ( $t_{(148)} = .31, p = .76$ ), a ansiedade ( $t_{(148)} = -.125, p = .90$ ), a depressão ( $t_{(148)} = .52, p = .61$ ) e o *stress* ( $t_{(148)} = .43, p = .67$ ) (cf. Tabela 12).

**Tabela 12**

Teste de diferenças entre a idade e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (*WEMWBS*, *MHC-SF*, Bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental (*EADS-21*, Ansiedade, Depressão e Stress)

	Idade		<i>t</i> (148)
	18-25 anos ( <i>n</i> = 97) Média ( <i>dp</i> )	26-30 anos ( <i>n</i> = 53) Média ( <i>dp</i> )	
<b>WEMWBS</b>	51.53(10.98)	51.02(9.63)	.28
<b>Total MHC-SF</b>	62.81(12.78)	58.36(13.22)	2.02*
<b>Bem-estar emocional</b>	14.44(3.08)	13.06(3.50)	2.51**
<b>Bem-estar social</b>	19.63(5.96)	18.21(5.71)	1.42
<b>Bem-estar psicológico</b>	28.74(6.02)	27.09(6.55)	1.55
<b>Total EADS-21</b>	16.92(12.85)	16.26(11.25)	.31
<b>Ansiedade</b>	4.55(4.53)	4.64(4.28)	-.125
<b>Depressão</b>	5.16(4.99)	4.75(3.98)	.52
<b>Stress</b>	7.21(4.69)	6.87(4.44)	.43
<b>Flourishing</b>	1.64(.48)	1.47(.50)	2.00*
<b>Saúde Mental Moderada</b>	1.34(.48)	1.49(.51)	-1.81
<b>Languishing</b>	1.02(.14)	1.04(.19)	-.62

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

Quanto à variável **sexo**, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e o bem-estar em geral medido pela *WEMWBS* ( $t_{(148)} = 3.26$ ,  $p = .001$ ), a *EADS-21* ( $t_{(148)} = -4.03$ ,  $p = .000$ ) e as suas subescalas, de ansiedade ( $t_{(148)} = -2.57$ ,  $p = .011$ ), depressão ( $t_{(148)} = -3.72$ ,  $p = .000$ ), e *stress* ( $t_{(148)} = -4.51$ ,  $p = .000$ ). A análise de médias aponta que os homens apresentam maior bem-estar em geral do que as mulheres, e que estas apresentam maiores níveis de psicopatologia, designadamente, de depressão, ansiedade e *stress* (cf. Tabela 13).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a saúde mental e bem-estar medidos pela *MHC-SF* ( $t_{(148)} = .60$ ,  $p = .55$ ) e suas subescalas, de Bem-estar emocional ( $t_{(148)} = .97$ ,  $p = .34$ ), social ( $t_{(148)} = .37$ ,  $p = .71$ ) e psicológico ( $t_{(148)} = -.39$ ,  $p = .70$ ), assim como entre os estados de saúde mental *flourishing* ( $t_{(148)} = .16$ ,  $p = .87$ ), saúde mental moderada ( $t_{(148)} = -.17$ ,  $p = .87$ ) e o estado de *languishing* ( $t_{(148)} = .00$ ,  $p = .10$ ) (cf. Tabela 13).

**Tabela 13**

*Teste de diferenças entre o sexo e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, Bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stress)*

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

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

De forma a facilitar a análise estatística a variável **estado civil** foi agrupada em duas categorias (casados e não casados), tendo esta decisão sido fundamentada na categorização que tem sido utilizada na literatura sobre o tema (*e.g.* Lindstrom & Rosvall, 2012).

A análise de diferenças não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil dos participantes, e as diferentes escalas e subescalas de saúde mental e bem-estar e psicopatologia; mais especificamente com a *WEMWBS* ( $t_{(148)} = -1.50$ ,  $p = .14$ ), a *MHC-SF* ( $t_{(148)} = -.06$ ,  $p = .95$ ), o bem-estar emocional ( $t_{(148)} = -.07$ ,  $p = .95$ ), social ( $t_{(148)} = -.14$ ,  $p = .89$ ) e psicológico ( $t_{(148)} = .05$ ,  $p = .96$ ), os estados de saúde mental positiva *flourishing* ( $t_{(148)} = .29$ ,  $p = .77$ ), saúde mental moderada ( $t_{(148)} = -.55$ ,  $p = .58$ ) e *languishing* ( $t_{(148)} = .79$ ,  $p = .43$ ); assim como a *EADS-21* ( $t_{(148)} = .99$ ,  $p = .32$ ) e suas subescalas de ansiedade ( $t_{(148)} = .36$ ,  $p = .72$ ), depressão ( $t_{(148)} = 1.52$ ,  $p = .13$ ) e *stress* ( $t_{(148)} = .77$ ,  $p = .44$ ) (cf. Tabela 14).

**Tabela 14**

*Teste de diferenças entre o estado civil e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, Bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stress)*

Estado civil			
	Não Casado (n = 130) Média (dp)	Casado (n = 20) Média (dp)	t <sub>(148)</sub>
<b>WEMWBS</b>	50.85(10.13)	54.60(12.39)	-1.50
<b>Total MHC-SF</b>	61.22(13.02)	61.40(13.74)	-.05
<b>Bem-estar emocional</b>	13.95(3.29)	14.00(3.42)	-.07
<b>Bem-estar social</b>	19.10(5.87)	19.30(6.17)	-.14
<b>Bem-estar psicológico</b>	28.17(6.17)	28.10(6.84)	.05
<b>Total EADS-21</b>	17.08(12.58)	14.15(10.00)	.99
<b>Ansiedade</b>	4.63(4.53)	4.25(3.83)	.36
<b>Depressão</b>	5.25(4.75)	3.55(3.66)	1.53
<b>Stress</b>	7.20(4.66)	6.35(3.64)	.77
<b>Flourishing</b>	1.58(.50)	1.55(.51)	.29
<b>Saúde Mental Moderada</b>	1.38(.49)	1.45(.51)	-.55
<b>Languishing</b>	1.03(.18)	1.00(.00)	.79

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

Quanto à **situação profissional**, a análise de diferenças apenas identificou diferenças estatisticamente significativas entre esta variável em função da subescala de depressão ( $F_{(2,145)} = 3.77, p = .025$ ), não se tendo verificado em função do bem-estar em geral medido pela *WEMWBS* ( $F_{(2,145)} = 1.03, p = .361$ ) e pela *MHC-SF* ( $F_{(2,145)} = 1.74, p = .179$ ) e subescalas de Bem-estar emocional ( $F_{(2,145)} = 2.32, p = .102$ ), social ( $F_{(2,145)} = .65, p = .120$ ) e psicológico ( $F_{(2,145)} = 1.03, p = .525$ ), assim como em função dos estados de saúde mental positiva *flourishing* ( $F_{(2,145)} = .70, p = .498$ ), saúde mental moderada ( $F_{(2,145)} = .55, p = .580$ ) e *languishing* ( $F_{(2,145)} = .29, p = .752$ ); e da doença mental medida pela *EADS-21* ( $F_{(2,145)} = 1.94, p = .147$ ) e subescalas de ansiedade ( $F_{(2,145)} = .99, p = .374$ ) e *stress* ( $F_{(2,145)} = .80, p = .451$ ) (cf. Tabela 15).

**Tabela 15**

*Análise de variâncias (ANOVA) entre a situação profissional e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, Bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stress)*

	Situação profissional			$F_{(2,145)}$
	Estudante ( $n = 56$ ) Média (dp)	Empregado ( $n = 72$ ) Média (dp)	Desempregado ( $n = 20$ ) Média (dp)	
<b>WEMWBS</b>	51.95(10.74)	51.53(10.07)	48.15(11.15)	1.03
<b>Total MHC-SF</b>	63.70(12.35)	60.17(12.82)	58.35(15.25)	1.74
<b>Bem-estar emocional</b>	14.48(2.94)	13.92(3.29)	12.65(4.04)	2.32
<b>Bem-estar social</b>	20.41(5.25)	18.29(6.02)	18.65(6.73)	.65
<b>Bem-estar psicológico</b>	28.80(5.88)	27.96(6.44)	27.05(6.68)	1.03
<b>Total EADS-21</b>	15.88(12.01)	15.97(11.24)	21.70(15.59)	1.94
<b>Ansiedade</b>	4.20(4.14)	4.50(4.23)	5.80(5.02)	.99
<b>Depressão</b>	4.86(4.84)	4.46(3.74)	7.60(6.25)	3.77*
<b>Stress</b>	6.82(4.44)	7.01(4.45)	8.30(5.39)	.80
<b>Flourishing</b>	1.64(.48)	1.54(.50)	1.55(.51)	.70
<b>Saúde Mental Moderada</b>	1.34(.48)	1.43(.50)	1.40(.50)	.55
<b>Languishing</b>	1.02(.13)	1.03(.17)	1.05(.22)	.29

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

Testes Post-hoc de *Scheffe* revelaram que a depressão é mais frequente nos participantes desempregados, quando comparados com os participantes empregados. Não se verificaram diferenças significativas entre os estudantes e empregados e entre os estudantes e desempregados (cf. Tabela 16).

**Tabela 16**

*Teste Post-hoc de Scheffe entre a situação profissional e a subescala de depressão*

	Situação profissional			$F_{(2,145)}$
	Estudante vs Empregado	Empregado vs Desempregado	Estudante vs Desempregado	
<b>Depressão</b>	.40	-3.14*	-2.74	3.77*

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

No que concerne às **habilitações académicas** foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do bem-estar emocional ( $F_{(2,146)} = 3.81, p = .024$ ), do psicopatologia medida pela *EADS-21* ( $F_{(2,146)} = 3.77, p = .025$ ), e em função das subescalas de ansiedade ( $F_{(2,146)} = 3.24, p = .042$ ) e stress ( $F_{(2,146)} = 3.11, p = .047$ ) (cf. Tabela 17).

As mesmas diferenças não foram encontradas entre a variável habilitações literárias em função no bem-estar em geral medido pela *WEMWBS* ( $F_{(2,146)} = 2.44, p = .090$ ) e pela *MHC-SF* ( $F_{(2,146)} = 2.00, p = .140$ ) e as subescalas de Bem-estar social ( $F_{(2,146)} = .534, p = .587$ ) e psicológico ( $F_{(2,146)} = 1.76, p = .177$ ); bem como em função da depressão ( $F_{(2,146)} = 2.77, p = .066$ ) (cf. Tabela 17).

### Tabela 17

*Análise de variâncias (ANOVA) entre as habilitações académicas e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, Bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stress)*

	Habilitações académicas			$F_{(2,146)}$
	Ens. Básico ( $n = 31$ ) Média (dp)	Ens. Secundário ( $n = 79$ ) Média (dp)	Ens. Superior ( $n = 39$ ) Média (dp)	
<b>WEMWBS</b>	54.87(9.37)	49.99(11.89)	51.31(7.63)	2.44
<b>Total MHC-SF</b>	65.29(10.94)	59.80(14.66)	61.31(10.56)	2.00
<b>Bem-estar emocional</b>	15.39(2.79)	13.54(3.53)	13.85(2.66)	3.81*
<b>Bem-estar social</b>	19.90(6.85)	18.71(5.95)	19.49(4.98)	.53
<b>Bem-estar psicológico</b>	30.00(4.64)	27.54(7.25)	27.97(4.93)	1.76
<b>Total EADS-21</b>	12.39(10.21)	18.86(13.43)	14.95(9.35)	3.77*
<b>Ansiedade</b>	3.00(3.44)	5.25(4.88)	4.18(3.49)	3.24*
<b>Depressão</b>	3.65(3.68)	5.72(5.22)	4.38(3.35)	2.77
<b>Stress</b>	5.74(4.38)	7.89(4.82)	6.38(3.82)	3.11*
<b>Flourishing</b>	1.77(.43)	1.57(.50)	1.46(.50)	3.65*
<b>Saúde Mental Moderada</b>	1.23(.43)	1.38(.49)	1.54(.50)	3.69*
<b>Languishing</b>	1.00(.00)	1.05(.22)	1.00(.00)	1.83

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

Testes Post-hoc de *Scheffe* revelaram que os participantes que completaram o ensino básico apresentam melhor bem-estar emocional do que os completaram o ensino secundário.

Por outro lado, também revelaram que aqueles que completaram o ensino básico apresentam menos psicopatologia em geral (medido pela *EADS-21*) e menor ansiedade, quando comparados com os que completaram o ensino secundário (cf. Tabela 18).

Quanto à saúde mental positiva, testes Post-hoc de *Scheffe* revelaram que os indivíduos com o ensino básico apresentam melhor saúde mental positiva (*flourishing*) e menos saúde mental moderada quando comparados com aqueles que completaram o ensino superior.

Embora a análise de variâncias tenha revelado diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações académicas e a subescala de *stress*, os testes Post-hoc de *Scheffe* não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos da variável. (cf. Tabela 18).

**Tabela 18**

*Teste Post-hoc de Scheffe entre as habilitações académicas e o bem-estar emocional, o estado de flourishing, o estado de saúde mental moderada, a ansiedade e o stress*

	Habilitações académicas			$F_{(2,146)}$
	Ens. Básico vs Ens. Secundário	Ens. Básico vs Ens. Superior	Ens. Secundário vs Ens. Superior	
	<b>Bem-estar emocional</b>	1.84*	1.54	
<i>Flourishing</i>	.21	.31*	.11	3.65*
<b>Saúde mental moderada</b>	-.15	-.31*	-.16	3.69*
<b>Total EADS-21</b>	-6.47*	-2.56	3.91	3.77*
<b>Ansiedade</b>	-2.25*	-1.18	1.07	3.24*
<b>Stress</b>	-2.14	-.64	1.50	3.11*

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

Não foram encontradas diferenças entre a variável **existência de filhos** em função do bem-estar em geral medidos pela *WEMWBS* ( $t_{(148)} = .19$ ,  $p = .846$ ) e pela *MHC-SF* ( $t_{(148)} = -.42$ ,  $p = .677$ ) e subescalas de bem-estar emocional ( $t_{(148)} = -.79$ ,  $p = .433$ ), social ( $t_{(148)} = .55$ ,  $p = .583$ ) e psicológico ( $t_{(148)} = -.98$ ,  $p = .327$ ); bem como em função dos estados de saúde mental positiva *flourishing* ( $t_{(148)} = -.66$ ,  $p = .509$ ), saúde mental moderada ( $t_{(148)} = -.07$ ,  $p = .941$ ) e *languishing* ( $t_{(148)} = 1.82$ ,  $p = .071$ ); e da doença mental medida pela *EADS-21* ( $t_{(148)} = -1.27$ ,  $p = .205$ ) e suas subescalas de ansiedade ( $t_{(148)} = -.82$ ,  $p = .416$ ), depressão ( $t_{(148)} = -1.30$ ,  $p = .195$ ) e stress ( $t_{(148)} = -1.31$ ,  $p = .193$ ) (cf. Tabela 19).

**Tabela 19**

*Teste de diferenças entre a existência de filhos e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, Bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stress)*

Existência de filhos			
	Sim (n = 25) Média (dp)	Não (n = 125) Média (dp)	$t_{(148)}$
<b>WEMWBS</b>	51.72(10.54)	51.27(10.52)	.19
<b>Total MHC-SF</b>	60.24(13.36)	61.44(13.06)	-.42
<b>Bem-estar emocional</b>	13.48(3.45)	14.05(3.27)	-.79
<b>Bem-estar social</b>	19.72(5.44)	19.01(5.99)	.55
<b>Bem-estar psicológico</b>	27.04(6.89)	28.38(6.11)	-.98
<b>Total EADS-21</b>	13.84(9.02)	17.26(12.78)	-1.27
<b>Ansiedade</b>	3.92(3.34)	5.24(4.85)	-.82
<b>Depressão</b>	3.92(3.33)	5.24(4.85)	-1.30
<b>Stress</b>	6.00(4.15)	7.30(4.63)	-1.31
<b>Flourishing</b>	1.52(.51)	1.59(.49)	-.66
<b>Saúde Mental Moderada</b>	1.40(.50)	1.39(.49)	.07
<b>Languishing</b>	1.08(.28)	1.02(.13)	1.82

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

O mesmo ocorreu quanto ao **número de filhos**, em função do bem-estar em geral medidos pela *WEMWBS* ( $t_{(23)} = -.49$ ,  $p = .629$ ) e pela *MHC-SF* ( $t_{(23)} = 218$ ,  $p = .830$ ) e subescalas de Bem-estar emocional ( $t_{(23)} = .72$ ,  $p = .480$ ), social ( $t_{(23)} = 1.01$ ,  $p = .325$ ) e psicológico ( $t_{(23)} = -.72$ ,  $p = .479$ ); bem como em função dos estados de saúde mental positiva *flourishing* ( $t_{(23)} = -.13$ ,  $p = .896$ ), saúde mental moderada ( $t_{(23)} = .17$ ,  $p = .868$ ) e *languishing* ( $t_{(23)} = -.55$ ,  $p = .588$ ); e da doença mental medida pela *EADS-21* ( $t_{(23)} = -.30$ ,  $p = .764$ ) e suas subescalas de ansiedade ( $t_{(23)} = -.46$ ,  $p = .650$ ), depressão ( $t_{(23)} = .81$ ,  $p = .424$ ) e stress ( $t_{(23)} = -.30$ ,  $p = .764$ ) (cf. Tabela 20).

**Tabela 20**

Teste de diferenças entre o número de filhos e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (*WEMWBS*, *MHC-SF*, Bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental (*EADS-21*, Ansiedade, Depressão e Stress)

Número de filhos			
	Um filho ( <i>n</i> = 17) Média ( <i>dp</i> )	Dois ou + filhos ( <i>n</i> = 4) Média ( <i>dp</i> )	<i>t</i> <sub>(23)</sub>
<b>WEMWBS</b>	51.00(11.23)	53.25(9.41)	-.49
<b>Total MHC-SF</b>	60.65(13.20)	59.38(14.58)	.22
<b>Bem-estar emocional</b>	13.82(2.98)	12.75(4.43)	.72
<b>Bem-estar social</b>	20.47(5.35)	18.13(5.62)	1.02
<b>Bem-estar psicológico</b>	26.35(6.68)	28.50(7.56)	-.72
<b>Total EADS-21</b>	13.82(8.58)	13.88(10.52)	-.01
<b>Ansiedade</b>	3.71(3.06)	4.38(4.07)	-.46
<b>Depressão</b>	4.29(3.57)	3.13(2.80)	.814
<b>Stress</b>	5.82(3.75)	6.38(5.18)	-.49
<b>Flourishing</b>	1.53(.52)	1.50(.54)	.13
<b>Saúde Mental Moderada</b>	1.41(.51)	1.38(.52)	.17
<b>Languishing</b>	1.06(.24)	1.13(.35)	-.55

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

Quanto à **freguesia de residência** encontramos diferenças estatisticamente significativas em função do bem-estar em geral avaliados pela *WEMWBS* ( $F_{(6,143)} = 6.41, p = .000$ ) e pela *MHC-SF* ( $F_{(6,143)} = 5.01, p = .000$ ) e subescalas de Bem-estar emocional ( $F_{(6,143)} = 6.10, p = .000$ ) e psicológico ( $F_{(6,143)} = 8.69, p = .000$ ); e em função da doença mental medida pela *EADS-21* ( $F_{(6,143)} = 3.24, p = .005$ ) e suas subescalas de ansiedade ( $F_{(6,143)} = 4.15, p = .001$ ) e depressão ( $F_{(6,143)} = 4.14, p = .001$ ) (cf. Tabela 21).

**Tabela 21**

*Análise de variâncias (ANOVA) entre a freguesia de residência e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, Bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stress)*

	Freguesia de residência							$F_{(6,143)}$
	Aguçadoura/ Navais (n =22) Média (dp)	São Pedro de Rates (n =21) Média (dp)	Estela (n =21) Média (dp)	Balazar (n =21) Média (dp)	Póvoa de Varzim Argival /Beiriz (n =22) Média (dp)	Aver-o-mar/ Amorim/Terroso (n =22) Média (dp)	Laúdos (n =21) Média (dp)	
<b>WEMWBS</b>	57.00 (7.53)	54.52 (9.90)	49.33 (9.63)	41.05 (10.22)	53.95 (11.11)	53.05 (9.43)	50.05 (8.29)	6.41***
<b>Total MHC-SF</b>	66.50 (9.18)	63.81 (12.16)	60.62 (13.10)	48.86 (15.51)	65.68 (12.14)	61.91 (9.71)	60.81 (12.22)	5.01***
<b>Bem-estar emocional</b>	15.41 (2.11)	13.76 (3.29)	13.90 (3.10)	10.57 (3.37)	15.14 (2.68)	14.64 (3.13)	14.10 (3.18)	6.10***
<b>Bem-estar social</b>	20.59 (5.35)	20.29 (5.34)	19.76 (5.63)	17.57 (5.96)	19.86 (5.60)	18.41 (5.86)	17.33 (7.26)	1.09
<b>Bem-estar psicológico</b>	30.50 (4.03)	29.76 (5.49)	26.95 (6.20)	20.71 (6.87)	30.68 (5.73)	28.86 (3.67)	29.38 (5.59)	8.69***
<b>Total EADS-21</b>	10.23 (7.86)	17.29 (14.92)	15.00 (10.25)	25.29 (14.45)	15.64 (11.60)	18.50 (11.58)	15.14 (10.23)	3.24**
<b>Ansiedade</b>	2.55 (2.89)	5.33 (5.61)	3.76 (4.83)	8.24 (4.73)	3.36 (3.51)	4.73 (4.81)	4.24 (3.48)	4.15***
<b>Depressão</b>	2.27 (2.05)	4.67 (4.73)	5.00 (3.83)	8.71 (5.51)	4.91 (5.27)	5.50 (4.22)	4.19 (5.16)	4.14***
<b>Stress</b>	5.41 (3.65)	7.29 (5.86)	6.24 (4.35)	8.33 (4.59)	7.36 (4.42)	8.27 (4.15)	6.71 (4.58)	1.18
<b>Flourishing</b>	1.68 (.48)	1.71 (.46)	1.48 (.51)	1.24 (.44)	1.68 (.48)	1.59 (.50)	1.67 (.48)	2.67*
<b>Saúde Mental Moderada</b>	1.32 (.48)	1.24 (.44)	1.48 (.51)	1.71 (.46)	1.27 (.46)	1.41 (.50)	1.33 (.48)	2.45*
<b>Languishing</b>	1.00 (.00)	1.05 (.22)	1.05 (.22)	1.05 (.22)	1.05 (.21)	1.00 (.00)	1.00 (.00)	.51

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

Quanto aos estados de saúde mental positiva *flourishing* e saúde mental moderada, testes Post-hoc de *Scheffe*, que analisam diferenças entre os grupos da variável freguesia de residência, não encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Testes Post-hoc de *Scheffe* revelaram que os participantes residentes em Aguçadoura/Navais apresentam melhores níveis de saúde mental e bem-estar em geral (medidos pela *WEMWBS* e pela *MHC-SF*) e de bem-estar emocional e psicológico, e menores níveis de doença mental (medido pela *EADS-21*), mais propriamente de ansiedade e depressão; quando comparados com os participantes residentes na freguesia de Balazar; que os participantes residentes na freguesia de São Pedro de Rates apresentam melhores níveis de saúde mental e bem-estar em geral (medidos pela *WEMWBS* e pela *MHC-SF*) e de bem-estar psicológico; do que os participantes residentes na freguesia de Balazar; que os residentes na freguesia da Estela apresentam melhores níveis de bem-estar psicológico e emocional, do que os residentes na freguesia de Balazar; que os que residem em Balazar apresentam menores níveis de bem-estar em geral (medido pela *WEMWBS*), e de bem-estar emocional e psicológico, e menores níveis de ansiedade; quando comparados com os que residem Póvoa Varzim/Argivai/Beiriz; e que os residentes em Balazar evidenciam níveis inferiores de bem-estar em geral (medido pela *WEMWBS*) e de bem-estar emocional e psicológico, em comparação com os residentes na freguesia de Laúndos. No que toca à variável **intenção de sair do país** não encontramos diferenças estatisticamente significativas em função do bem-estar em geral avaliados pela *WEMWBS* ( $t_{(146)} = -.384, p = .702$ ) e pela *MHC-SF* ( $t_{(146)} = -1.03, p = .307$ ) e subescalas de Bem-estar emocional ( $t_{(146)} = -1.76, p = .080$ ), social ( $t_{(146)} = -1.21, p = .229$ ) e psicológico ( $t_{(146)} = -.07, p = .944$ ), assim como em função dos estados de saúde mental positiva *flourishing* ( $t_{(146)} = -.72, p = .473$ ), saúde mental moderada ( $t_{(146)} = .38, p = .707$ ) e *languishing* ( $t_{(146)} = 1.21, p = .227$ ); e da doença mental medida pela *EADS-21* ( $t_{(146)} = .939, p = .349$ ) e suas subescalas de ansiedade ( $t_{(146)} = 1.27, p = .208$ ) depressão ( $t_{(146)} = .470, p = .639$ ) e *stress* ( $t_{(146)} = 811, p = .419$ ) (cf. Tabela 22).

**Tabela 22**

*Teste de diferenças entre a intenção de sair do país e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, Bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stress)*

	Intenção de sair do país		$t_{(146)}$
	Sim ( $n = 50$ ) Média (dp)	Não ( $n = 98$ ) Média (dp)	
<b>WEMWBS</b>	51.02(10.16)	51.71(10.53)	-.38
<b>Total MHC-SF</b>	59.86(14.17)	62.15(12.16)	-1.03
<b>Bem-estar emocional</b>	13.34(4.00)	14.33(2.74)	-1.76
<b>Bem-estar social</b>	18.32(6.08)	19.55(5.75)	-1.21
<b>Bem-estar psicológico</b>	28.20(6.77)	28.28(5.85)	-.07
<b>Total EADS-21</b>	17.96(13.20)	15.97(11.66)	.94
<b>Ansiedade</b>	5.24(5.13)	4.27(4.04)	1.27
<b>Depressão</b>	5.22(4.84)	4.85(4.42)	.47
<b>Stress</b>	7.50(4.75)	6.86(4.46)	.81
<b>Flourishing</b>	1.54(.50)	1.60(.49)	-.72
<b>Saúde Mental Moderada</b>	1.42(.50)	1.39(.49)	.38
<b>Languishing</b>	1.04(.20)	1.01(.10)	1.21

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

De igual modo, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre o **envolvimento em atividades não remuneradas** em função do bem-estar em geral medidos pela *WEMWBS* ( $t_{(148)} = .02$ ,  $p = .988$ ) e pela *MHC-SF* ( $t_{(148)} = -.53$ ,  $p = .596$ ) e subescalas de bem-estar emocional ( $t_{(148)} = -.01$ ,  $p = .990$ ), social ( $t_{(148)} = -.66$ ,  $p = .509$ ) e psicológico ( $t_{(148)} = -.48$ ,  $p = .630$ ), assim como em função dos estados de saúde mental positiva *flourishing* ( $t_{(146)} = -1.15$ ,  $p = .250$ ), saúde mental moderada ( $t_{(146)} = 1.56$ ,  $p = .121$ ) e *languishing* ( $t_{(146)} = -1.18$ ,  $p = .241$ ); e da psicopatologia medida pela *EADS-21* ( $t_{(148)} = .81$ ,  $p = .420$ ) e subescalas de ansiedade ( $t_{(148)} = 1.10$ ,  $p = .273$ ), depressão ( $t_{(148)} = -.60$ ,  $p = .552$ ) e *stress* ( $t_{(148)} = 1.73$ ,  $p = .086$ ) (cf. Tabela 23).

**Tabela 23**

*Teste de diferenças entre o envolvimento em atividades não remuneradas e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, Bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stress)*

Envolvimento em atividades não remuneradas			
	Sim (n = 38) Média (dp)	Não (n = 112) Média (dp)	$t_{(148)}$
<b>WEMWBS</b>	51.37(10.42)	51.34(10.56)	.02
<b>Total MHC-SF</b>	60.26(12.98)	61.57(13.14)	-.53
<b>Bem-estar emocional</b>	13.95(2.82)	13.96(3.45)	-.01
<b>Bem-estar social</b>	18.58(5.78)	19.31(5.94)	-.66
<b>Bem-estar psicológico</b>	27.74(6.59)	28.30(6.14)	-.48
<b>Total EADS-21</b>	18.08(13.37)	16.21(11.91)	.81
<b>Ansiedade</b>	5.26(4.64)	4.35(4.35)	1.10
<b>Depressão</b>	4.63(4.71)	5.15(4.64)	-.60
<b>Stress</b>	8.18(5.31)	6.71(4.25)	1.73
<b>Flourishing</b>	1.50(.51)	1.61(.50)	-1.15
<b>Saúde Mental Moderada</b>	1.50(.51)	1.36(.48)	1.56
<b>Languishing</b>	1.00(.00)	1.04(.19)	-1.18

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

Já quanto à variável **acompanhamento psicológico** (anterior ou atual) encontramos diferenças estatisticamente significativas em função do bem-estar em geral medidos pela *WEMWBS* ( $t_{(148)} = -2.25$ ,  $p = .026$ ) e pela *MHC-SF* ( $t_{(148)} = -2.46$ ,  $p = .015$ ) e subescalas de bem-estar emocional ( $t_{(148)} = -2.04$ ,  $p = .043$ ) e psicológico ( $t_{(148)} = -2.42$ ,  $p = .017$ ); em função do estado de saúde mental *flourishing* ( $t_{(148)} = -2.24$ ,  $p = .026$ ), e em função da doença mental avaliada pela *EADS-21* ( $t_{(148)} = 2.27$ ,  $p = .024$ ) e subescalas de depressão ( $t_{(148)} = 2.87$ ,  $p = .005$ ) e *stress* ( $t_{(148)} = 1.97$ ,  $p = .051$ ). Os participantes que não beneficiaram nem beneficiam de acompanhamento psicológico apresentam melhor saúde mental (*flourishing*), melhor bem-estar em geral, e melhor bem-estar emocional e psicológico; a par de menor psicopatologia, mais propriamente, menor depressão e *stress* (cf. Tabela 24).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável acompanhamento psicológico em função do bem-estar social ( $t_{(148)} = -1.71$ ,  $p = .089$ ), o

estado de saúde mental moderada ( $t_{(148)} = 1.63, p = .106$ ), o estado *languishing* ( $t_{(148)} = 1.89, p = .061$ ), e a ansiedade ( $t_{(148)} = 1.26, p = .208$ ) (cf. Tabela 24).

**Tabela 24**

*Teste de diferenças entre o acompanhamento psicológico não remuneradas e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, Bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stress)*

Acompanhamento psicológico			
	Sim ( $n = 24$ ) Média (dp)	Não ( $n = 126$ ) Média (dp)	$t_{(148)}$
<b>WEMWBS</b>	47.00(11.19)	52.17(10.19)	-2.25*
<b>Total MHC-SF</b>	55.33(13.69)	62.37(12.70)	-2.46*
<b>Bem-estar emocional</b>	12.71(3.29)	14.19(3.25)	-2.04*
<b>Bem-estar social</b>	17.25(5.64)	19.48(5.89)	-1.71
<b>Bem-estar psicológico</b>	25.38(7.19)	28.69(5.93)	-2.42*
<b>Total EADS-21</b>	27.83(14.10)	15.71(11.70)	2.27*
<b>Ansiedade</b>	5.63(4.84)	4.38(4.34)	1.26
<b>Depressão</b>	7.46(5.42)	4.56(4.35)	2.87**
<b>Stress</b>	8.75(4.86)	6.77(4.46)	1.97*
<b>Flourishing</b>	1.38(.50)	1.62(.49)	-2.24*
<b>Saúde Mental Moderada</b>	1.54(.51)	1.37(.48)	1.63
<b>Languishing</b>	1.08(.28)	1.02(.13)	1.89

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

A análise estatística encontrou diferenças estatisticamente significativas entre a variável **utilização da rede de cuidados de saúde** em função da saúde mental e bem-estar medidos pela *MHC-SF* ( $t_{(148)} = 2.15, p = .033$ ) e pela *WEMWBS* ( $t_{(148)} = 2.40, p = .018$ ), em função do bem-estar emocional ( $t_{(148)} = 2.76, p = .006$ ) e psicológico ( $t_{(148)} = 2.46, p = .015$ ), assim como em função da subescala de depressão ( $t_{(148)} = -2.45, p = .016$ ). Os participantes que utilizam a rede de cuidados de saúde apresentam melhor saúde mental e bem-estar em geral (medidos pela *WEMWBS* e pela *MHC-SF*) e melhor bem-estar emocional e psicológico; quando comparados com aqueles que não a utilizam. Por outro lado, aqueles que não procuram a rede de cuidados de saúde apresentam níveis mais elevados de depressão, quando comparados com aqueles que procuram os cuidados de saúde (cf. Tabela 25).

**Tabela 25**

*Teste de diferenças entre a utilização da rede de cuidados de saúde e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, Bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stress)*

	Utilização da rede de cuidados de saúde		<i>t</i> <sub>(148)</sub>
	Sim ( <i>n</i> = 91) Média ( <i>dp</i> )	Não ( <i>n</i> = 59) Média ( <i>dp</i> )	
<b>WEMWBS</b>	52.98(9.79)	48.83(11.11)	2.40*
<b>Total MHC-SF</b>	63.07(12.07)	58.42(14.13)	2.15*
<b>Bem-estar emocional</b>	14.54(2.77)	13.05(3.81)	2.76**
<b>Bem-estar social</b>	19.37(5.89)	18.75(5.92)	.64
<b>Bem-estar psicológico</b>	29.15(5.71)	26.63(6.74)	2.46*
<b>Total EADS-21</b>	15.16(11.76)	19.03(12.75)	-1.90
<b>Ansiedade</b>	3.85(4.08)	5.71(4.74)	-2.57
<b>Depressão</b>	4.29(4.45)	6.15(4.74)	-2.45*
<b>Stress</b>	7.03(4.80)	7.17(4.22)	-.18
<b>Flourishing</b>	1.63(.49)	1.51(.50)	1.43
<b>Saúde Mental Moderada</b>	1.36(.48)	1.44(.50)	-.95
<b>Languishing</b>	1.01(.11)	1.05(.22)	-1.48

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

No seguimento da variável anterior, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre a **satisfação com a rede de cuidados de saúde** em função da saúde mental e bem-estar medido pela *MHC-SF* ( $F_{(4,87)} = 3.00, p = .023$ ), em função do bem-estar emocional ( $F_{(4,87)} = 2.81, p = .030$ ), do bem-estar psicológico ( $F_{(4,87)} = 3.00, p = .023$ ), da doença mental medida pela *EADS-21* ( $F_{(4,87)} = 3.65, p = .009$ ), da ansiedade ( $F_{(4,87)} = 4.23, p = .004$ ) e do *stress* ( $F_{(4,87)} = 3.48, p = .001$ ) (cf. Tabela 26).

Quanto a esta variável, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação com a rede de cuidados de saúde em função do bem-estar em geral medido pela *WEMWBS* ( $F_{(4,87)} = 1.62, p = .176$ ), do bem-estar social ( $F_{(4,87)} = 1.46, p = .223$ ), dos estados de saúde mental positiva *flourishing* ( $F_{(4,87)} = 1.66, p = .166$ ), saúde mental moderada ( $F_{(4,87)} = 1.59, p = .185$ ) e *languishing* ( $F_{(4,87)} = .51, p = .732$ ), e da subescala de depressão ( $F_{(4,87)} = 1.93, p = .112$ ) (cf. Tabela 26).

**Tabela 26**

*Teste de diferenças entre a satisfação com a rede de cuidados de saúde e as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, Bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva) e as escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stress)*

Satisfação com a rede de cuidados de saúde						
	Muito insatisfeito (n = 3) Média (dp)	Ligeiramente insatisfeito (n = 16) Média (dp)	Nem satisfeito nem insatisfeito (n = 30) Média (dp)	Moderadamente satisfeito (n = 34) Média (dp)	Muito satisfeito (n = 9) Média (dp)	<i>F</i> <sub>(4,87)</sub>
<b>WEMWBS</b>	51.00(9.54)	49.88(11.94)	51.10(11.31)	54.79(7.07)	57.89(6.86)	1.62
<b>Total MHC-SF</b>	60.33(16.01)	56.44(14.09)	60.47(13.88)	66.56(7.76)	68.89(10.25)	3.00*
<b>Bem-estar emocional</b>	13.33(5.69)	13.44(2.94)	13.87(3.41)	15.06(1.67)	16.56(1.42)	2.81*
<b>Bem-estar social</b>	17.00(9.54)	17.13(5.77)	18.57(5.88)	20.88(5.34)	20.22(6.81)	1.46
<b>Bem-estar psicológico</b>	30.00(3.61)	25.88(7.46)	28.03(6.72)	30.62(3.06)	32.11(4.13)	3.00*
<b>Total EADS-21</b>	20.67(30.31)	18.63(14.42)	19.63(12.59)	11.41(8.03)	8.00(4.82)	3.65**
<b>Ansiedade</b>	4.67(5.51)	6.00(5.15)	5.20(4.54)	2.24(2.44)	2.00(1.94)	4.23**
<b>Depressão</b>	7.00(8.72)	5.50(5.62)	5.23(4.90)	3.44(3.06)	1.89(2.15)	1.93
<b>Stress</b>	9.00(6.08)	7.13(5.29)	9.20(5.01)	5.74(3.73)	4.11(3.69)	3.48*
<b>Flourishing</b>	1.33(.58)	1.44(.51)	1.57(.50)	1.74(.45)	1.78(.44)	.17
<b>Saúde Mental Moderada</b>	1.67(.58)	1.56(.51)	1.40(.50)	1.26(.45)	1.22(.44)	.19
<b>Languishing</b>	1.00(.00)	1.00(.00)	1.03(.18)	1.00(.00)	1.00(.00)	.73

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

Testes Post-hoc de *Scheffe* revelaram que os participantes ligeiramente insatisfeitos com a rede de cuidados de saúde apresentam maiores níveis de ansiedade, quando comparados com aqueles que estão moderadamente satisfeitos com essa rede.

### 3.4. Discussão dos resultados

A evolução do conceito para saúde mental positiva surge como reação às limitações da visão tradicional, e em torno surgem questões sobre a associação do bem-estar (psicológico, social e emocional) com a saúde mental; e cada qual com a existência de psicopatologia

(ansiedade, depressão, *stress*). É neste seguimento que surge o primeiro objetivo desta investigação e que pretendeu fazer a caracterização da saúde mental de jovens adultos residentes no concelho da Póvoa de Varzim (distrito do Porto), relativamente à saúde mental positiva/bem-estar e à doença mental/psicopatologia.

Primeiramente, os instrumentos de avaliação utilizados como técnicas de recolha de dados (*Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh – WEMWBS*; *Escala Continuum de Saúde Mental – MHC-SF*; e a *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21*) revelaram uma boa sensibilidade e consistência interna para a amostra em estudo. Esta consistência tem sido igualmente comprovada pelos vários autores (*e.g.*; Taggart et al., 2013; Matos et al., 2010; Willemsen et al., 2010) que têm utilizado estas escalas nas suas investigações.

No que respeita à saúde mental positiva e bem-estar, a análise descritiva dos dados relativos à *WEMWBS* e à *MHC-SF* revelou que a maioria da amostra em estudo apresenta bons níveis de bem-estar em geral, e um estado de saúde mental positivo (*flourishing*). Especificamente, em todas as escalas e subescalas da saúde mental positiva e bem-estar, os participantes superaram as pontuações mínimas possíveis nas escalas e subescalas (*WEMWBS*; *MHC-SF*; bem-estar emocional, bem-estar psicológico), com a exceção da escala de bem-estar social, na qual, alguns participantes assinalaram as pontuações mínimas. Estes resultados sugerem alguma insatisfação quanto à sua vida na sociedade, o que pode ser sustentada pela conjuntura social atual e crise económica que Portugal está a ultrapassar.

Contudo, e conforme referido, a maior parte da amostra encontra-se num estado de saúde mental *flourishing*, seguida daqueles que se encontram em estado de saúde mental moderada, sendo o número de participantes em *languishing* muito reduzido. Quando Monte (2014) estudou a prevalência de saúde mental em jovens açorianos encontrou percentagens muito aproximadas às encontradas no nosso estudo; já Matos et al. (2010) corroboram a ordem de prevalência encontrada na amostra (*flourishing*, saúde mental moderada e por fim *languishing*), embora os autores tenham encontrado maior número de adolescentes em estado *languishing* e menor número de adolescentes em *flourishing*. Keyes (2009) encontrou uma percentagem superior de indivíduos em estado de saúde mental moderada, aparecendo depois os em *flourishing* e por fim os em *languishing*.

De facto, a existência de doença mental não traduz necessariamente a existência bem-estar, pois o bem-estar apresenta vários níveis (psicológico, social e emocional) que se referem a diferentes áreas da vida do indivíduo (família, trabalho); e a satisfação numa das áreas não traduz necessariamente satisfação nas outras áreas. Contudo, quanto à doença

mental, a análise descritiva dos resultados da *EADS-21* e suas subescalas indicaram que os participantes da amostra não apresentam níveis de psicopatologia significativa. Embora tenhamos encontrado participantes com níveis superiores de ansiedade, depressão e *stress*, a média encontrada nas subescalas revela que a maioria da amostra não evidencia doença mental. Keyes e colaboradores (2010) revelaram que ganhos em saúde mental diminuem a probabilidade de incidência de doença mental, o que sustenta os resultados encontrados nesta investigação, ao termos encontrarmos a maioria em estado *flourishing* e uma minoria com doença mental ou psicopatologia.

As correlações entre as escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar e as de doença mental/psicopatologia, que conferem o segundo objetivo desta investigação, voltam a reforçar os resultados anteriores encontrados na nossa amostra. Encontramos correlações negativas estatisticamente significativas entre a escala e subescalas (ansiedade, depressão e *stress*) de doença mental e todas as escalas e subescalas de bem-estar (bem-estar emocional, psicológico, social) e o estado de saúde mental *flourishing*; e correlações positivas entre os estados de saúde mental moderada e *languishing* e as escalas e subescalas de psicopatologia. Estes resultados vão de encontro à perspectiva de Keyes (2005) que salienta que o diagnóstico de depressão requer sintomas de anedonia e um funcionamento disfuncional, ao passo que a saúde mental requer sentimentos de hedonia e funcionamento positivo. Os resultados das correlações indicam que saúde mental positiva (*flourishing*) e bem-estar variam em sentidos contrários/opostos relativamente à doença mental ou psicopatologia, mais especificamente à ansiedade, depressão e *stress*. Por outro lado, os estados de saúde mental moderada e *languishing* aumentam ou diminuem quando os níveis de psicopatologia, ansiedade, depressão ou *stress* aumentam ou diminuem, ou seja, variam no mesmo sentido. Como já afirmava Keyes (2002, 2005) e Keyes e Lopez, (2002), os nossos resultados também demonstraram que uma melhor saúde mental positiva (*flourishing*) está associado a níveis elevados de bem-estar emocional, social e psicológico, e a menores níveis de psicopatologia, mais propriamente de ansiedade, depressão e *stress*. O mesmo acontece, mas no sentido inverso, para o estado de saúde mental *languishing*.

Segundo a literatura, determinadas variáveis sociodemográficas, poderão interferir com o bem-estar e saúde mental desses indivíduos. Neste sentido, o terceiro e último objetivo da investigação pretendeu verificar as diferenças na saúde mental positiva/bem-estar e a doença mental/psicopatologia, quando associadas a determinadas variáveis sociodemográficas apontadas na literatura como sendo as mais marcantes designadamente, a idade, o sexo, o estado civil, a situação profissional, as habilitações académicas, o número de filhos, a

freguesia de residência, a intenção de sair do país, o envolvimento em atividades não remuneradas, a existência de acompanhamento psicológico e a satisfação com a rede de cuidados de saúde.

No que concerne aos resultados encontrados na associação entre o bem-estar e saúde mental medido pela *WEMWBS*, verificamos diferenças estatisticamente significativas nesta variável em função do sexo, da freguesia de residência, da existência de acompanhamento psicológico anterior ou atual e da utilização da rede de cuidados de saúde. Conforme corrobora a literatura (Lindstrom & Rosvall, 2012), também no nosso estudo, os indivíduos do sexo masculino evidenciam melhor bem-estar em geral do que os do sexo feminino, possivelmente por as mulheres tenderem a fazer uma avaliação mais negativa quanto à saúde mental (Díaz & Alvarado, 2007).

Os indivíduos que não beneficiam nem beneficiaram de acompanhamento psicológico apresentam melhor bem-estar em geral, assim como aqueles que utilizam a rede de cuidados de saúde. Estes resultados poderão ser explicados por grande parte da amostra (58%) se apresentar num estado de saúde mental positiva *flourishing* e com baixos níveis de psicopatologia (mais especificamente de ansiedade, depressão e *stress*), e eventualmente procurarem os serviços de saúde na ocorrência dos primeiros sintomas, e portanto, não prolongarem a sintomatologia ao ponto de sentir necessidade de recorrer a acompanhamento psicológico. Já Matos e colaboradores (2010) tinham encontrado que são os indivíduos em *languishing* são os que mais procuram consultas de psicologia/psiquiatria, e os indivíduos em *flourishing* os que menos procuravam este tipo de serviços.

No que toca à freguesia de residência, notamos que os residentes na freguesia de Balazar apresentam menor bem-estar e saúde mental do que os residentes na maioria das freguesias do concelho (Aguçadoura/Navais, São Pedro de Rates, Póvoa de Varzim/Argivai/Beiriz e Aver-o-mar/Terroso/Amorim). Não encontramos justificação para estes resultados, mas importa salientar que a freguesia de Balazar é a mais distante do centro do concelho da Póvoa de Varzim, caracterizando-se como uma zona tipicamente rural.

A associação entre a *MHC-SF* que também mede o bem-estar e saúde mental positiva e as variáveis sociodemográficas, além de corroborarem as diferenças encontradas para a *WEMWBS*, acrescentou diferenças estatisticamente significativas em função da idade, sendo os mais novos (entre os 18 e os 25 anos) a apresentar melhor bem-estar em geral e saúde mental comparativamente com os mais velhos (entre os 26 e os 30 anos), assim como encontrou Diener e colaboradores (1999; citado por Patinhas, 2003) no seu estudo. A acrescentar, o Instituto Nacional de Estatística (INE), no relatório de 2009, previu que a

probabilidade de sofrimento psicológico aumenta com a idade, e voltou a corroborar a prevalência no sexo feminino.

Relativamente à subescala de **bem-estar emocional** da *MHC-SF* verificamos diferenças estatisticamente significativas em função da idade, das habilitações literárias, da freguesia de residência, da existência de acompanhamento psicológico e da utilização da rede de cuidados de saúde. Em congruência com vários autores (*e.g.* Díaz & Alvarado, 2007; Hefferon & Boniwell, 2011) encontramos que são os mais novos (entre os 18 e os 25 anos) que apresentam níveis mais elevados de bem-estar emocional quando comparados com os mais velhos (entre os 26 e os 30 anos). Quanto às habilitações académicas verificamos que aqueles que completaram o ensino básico apresentam melhor bem-estar emocional, ou seja, experienciam mais emoções positivas e satisfação com a vida (Diener et al., 2002; Alburquerque & Tróccoli, 2004) relativamente aos que concluíram o ensino secundário. Não obstante, não encontramos dados na revisão da literatura que justifiquem as diferenças nos grupos de acordo com as habilitações académicas, o que vem a realçar a necessidade de novas investigações.

Quanto às variáveis, freguesia de residência, acompanhamento psicológico e utilização da rede de cuidados de saúde, encontramos os mesmos resultados encontrados para a *WEMWBS*, designadamente a freguesia de Balazar com menores níveis de bem-estar emocional comparada com a maioria das restantes freguesias do concelho, assim como aqueles que não utilizaram serviços de acompanhamento psicológico e aqueles que usam a rede de cuidados de saúde com maior bem-estar emocional; para os quais subscrevemos as justificações antecipadamente apresentadas para a *WEMWBS*.

Um cenário similar foi encontrado relativamente à subescala de **bem-estar psicológico** da *MHC-SF* onde encontramos a freguesia de Balazar com menores níveis de BE psicológico quando comparada com a maioria das restantes freguesias do concelho; os que não utilizaram serviços de acompanhamento psicológico com maior BE psicológico do que aqueles que sentiram necessidade de recorrer a esses serviços; e aqueles que utilizam a rede de cuidados de saúde também níveis mais elevados de bem-estar psicológico; para os quais voltamos a subscrever as justificações antecipadamente apresentadas. Embora não tenhamos encontrado outras diferenças em função das restantes variáveis em estudo, Westernhoh e Keyes (2010) afirmaram que a idade e o bem-estar psicológico apresentavam uma correlação negativa; Shapiro e Keyes (2008) escreveram que os casados estão em maior vantagem em termos de BE psicológico do que os solteiros, divorciados e separados; e Umberson e Gove (1988) e McLanahan e Adams (1986) concluíram que ter filhos pode ter um efeito negativo

ao nível do BE psicológico nos pais, dependendo da idade dos filhos, do estado do casamento e da dimensão de BE psicológico em análise. Também Monte (2014) não encontrou diferenças em função da parentalidade, mas encontrou os mais velhos com níveis superiores de BE psicológico.

Por fim, quanto à subescala de **bem-estar social** da *MHC-SF*, a qual respeita a avaliação da vida, segundo critérios sociais (Keyes, 1998), não encontramos diferenças estatisticamente significativas nesta variável em função das diferentes variáveis em estudo. Contudo, na sua amostra com açorianos, Monte (2014) encontrou os jovens mais velhos, os casados, os com mais do que um filho, os que não desejam sair da ilha e os que não frequentam a rede de cuidados de saúde a apresentarem níveis mais elevados de bem-estar social. Para Keyes (1998), bem-estar social aumenta com a educação, e em geral, com a idade, contudo, os nossos resultados vão mais de encontro aos encontrados por Westerhoh e Keyes (2010), os quais não encontraram associação entre o BE social e a idade.

Ainda relativamente à saúde mental, mais especificamente aos **estados de saúde mental positiva**, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre o estado de *flourishing* em função da idade, habilitações académicas e historial de acompanhamento psicológico. Em concreto, e a corroborar os resultados encontrados ao nível das escalas de bem-estar e saúde mental positiva (*WEMWBS*, *MHC-SF*), e os dados de Matos et col. (2010), o estado de *flourishing* foi mais encontrado entre os mais novos – entre os 18 e os 25 anos e os que não beneficiaram de acompanhamento psicológico, tendo os autores argumentado que os indivíduos em *languishing* procuram mais consultas de psicologia/psiquiatria. Encontramos ainda que os que completaram o ensino básico (comparados com os que completaram o ensino superior) estão mais em estado de *flourishing*, reforçando os resultados de Keyes e colaboradores (2010) onde também verificaram uma descida do estado *flourishing* nos indivíduos com maior escolaridade.

No presente estudo, para o estado de **saúde mental moderada**, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função das habilitações académicas, sendo os que completaram o ensino superior a apresentar maior saúde mental moderada em comparação com os que apenas completaram o ensino básico. Considerando que o estado de saúde mental moderada combina o saudável e o patológico (OMG, 2005), a justificação destes resultados pode contrariar o relatório do INE (2009) que demonstrou que o sofrimento psicológico é mais comum entre aqueles que apresentam menos escolaridade, assim como as conclusões de Matos et al. (2010) e Keyes (2013) quanto à descida do estado de *flourishing* quando as habilitações académicas sobem.

No que concerne ao estado de *languishing*, caracterizado pela ausência de saúde mental (Keyes, 2002, 2005; Keyes & Lopez, 2002), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função das variáveis sociodemográficas em análise. Estes resultados poderão encontrar sustentação no facto de apenas 4 dos 150 participantes se encontrar num estado de saúde mental *languishing*. Monte (2014), que realizou um estudo muito similar ao aqui apresentado, apenas encontrou que os indivíduos sem filhos e que não têm intenção de sair da ilha se apresentam num estado de *languishing*

Já no que toca à doença mental ou psicopatologia medida neste estudo através da *EADS-21* encontramos diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, habilitações académicas, freguesia de residência e historial de acompanhamento psicológico. Mais especificamente, as mulheres, constituindo um dos grupos de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (*Estudo epidemiológico nacional de saúde mental*, 2013), apresentaram maior psicopatologia/doença mental. Monteiro (2012) subescreveu que as mulheres evidenciam mais perturbações internalizadoras como ansiedade e depressão. Quanto às habilitações académicas, são os que completaram o ensino básico que apresentam menor psicopatologia quando comparados com os que completaram o ensino secundário. Contrariamente ao que ocorreu com o estado de saúde mental moderada e com o BE emocional, aqui os participantes com mais escolaridade apresentam maiores níveis de psicopatologia. Embora os nossos resultados contrariem o relatório do INE (2009) no qual o sofrimento psicológico é mais frequente naqueles que apresentam menos escolaridade, permanecem consistentes para a amostra. Recordamos que já tínhamos encontrado os indivíduos com menor escolaridade a apresentar melhor bem-estar emocional do que os com maior escolaridade, e aqui verificamos que estes últimos apresentam maior psicopatologia. Ao longo da investigação, vários resultados têm vindo a confirmar a correlação negativa entre as escalas/subescalas de bem-estar/saúde mental e a escala/subescalas de doença mental/psicopatologia, reforçando as palavras de Keyes e seus colaboradores (2010).

Contrariamente ao que ocorreu com as escalas e subescalas de bem-estar e saúde mental, aqueles que apresentam maiores níveis de psicopatologia já beneficiaram ou beneficiam de acompanhamento psicológico. Se tivermos em conta que a maioria da amostra (58%) se encontra num estado de *flourishing*, e que, segundo Matos e col. (2010) estes são os que menos procuram consultas de psicologia/psiquiatria, já seria espectável estes resultados por nós encontrados. Conforme já tinha ocorrido, mas de forma inversa, com o bem-estar e saúde mental, a freguesia de Balazar apresenta maior psicopatologia do que os residentes na freguesia de Aguçadoura/Navais; o que parece, por si só, justificar os resultados.

Relativamente à subescala de **ansiedade** encontramos diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, habilitações académicas, freguesia de residência e satisfação com a rede de cuidados de saúde. Esperadamente, as mulheres apresentam maior ansiedade que os homens, assim como os que completaram o secundário são mais ansiosos que os que apenas completaram o ensino básico. Vários autores (*e.g.* APA, 2002; Bernik, 2000; Procter, et al., 2014; Monte, 2014) confirmam a prevalência de ansiedade nas mulheres, e Canetto (1997, 1999; citado por Rabasquinho & Pereira, 2007) justifica com o facto de estas serem socialmente encorajadas a internalizar o *distress*, enquanto os homens são instigados a externalizá-lo. Quanto às habilitações académicas, repetem-se os resultados encontrados para o total da *EADS-21* para os quais subescrevemos as mesmas justificações.

Os residentes em Balazar, pelo padrão (menor saúde mental/bem-estar e maior psicopatologia) que têm vindo a apresentar, já seria espectável que apresentassem maior ansiedade relativamente às freguesias de Aguçadoura/Navais e Póvoa de Varzim/Argivai/Beiriz.

Já quanto à subescala de **depressão** verificamos diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, situação profissional, freguesia de residência, acompanhamento psicológico anterior/atual e utilização da rede de cuidados de saúde. Quanto ao sexo, constituindo a depressão uma perturbação de internalização, aparece no nosso estudo a concordar com grande parte da literatura (*e.g.* WHO, 2008; Pereira, 2013; Monte, 2014), que afirma que é mais comum entre as mulheres. O INE (2009) apontou que os desempregados (reformados e domésticos) registaram valores mais elevados de depressão, quando comparados com os empregados, tal como foi encontrado na amostra da investigação.

Tínhamos verificado que os residentes em Balazar apresentavam menor bem-estar em geral, e menor bem-estar emocional e social; tendo igualmente sido encontrados maiores níveis de depressão (quando comparados com os residentes em Aguçadoura/Navais). Esta relação poderá encontrar justificação no facto da depressão estar associada a condições que interferem com o bem-estar, nomeadamente, problemas de sono (Pinto, et al., 2012), *stress* (*eg.* França & Rodrigues, 2005), desemprego (Gomes, 2003), isolamento social (Callegari, 2000) ente outros.

O estado da arte no tema da depressão sugere que a doença mental acarreta grandes custos económicos em programas de intervenção, sustentada pelo recurso a serviços de acompanhamento psicológico pelos indivíduos com perturbações mentais (Keyes, 2007), nomeadamente, ansiedade, depressão e *stress* (perturbações mais prevalentes). Não obstante, encontramos que os mais deprimidos não utilizam a rede de cuidados de saúde (referindo-se

estes a serviços públicos como centros de saúde e hospitais), sugerindo uma eventual preferência pelos serviços de prestação de serviços particulares. Também Monte (2014) encontrou maior depressão em indivíduos que não utilizam a rede de cuidados de saúde. A autora verificou ainda maior prevalência em indivíduos casados, com filhos, particularmente com mais que um filho, com o ensino básico, e que não praticam atividades não remuneradas.

A terminar, no que toca à subescala de *stress*, no nosso estudo apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do sexo e existência de acompanhamento psicológico. Em consonância com os resultados que encontramos, Matud (2004) defendeu que as mulheres tendem a classificar os seus eventos de vida como mais negativos e menos controláveis do que os homens, e por isso apresentam níveis mais elevados de *stress*. Apesar de Loureiro e col. (2012) terem referido que a “literacia em saúde mental” ainda é muito baixa em Portugal, os nossos resultados indicam que os participantes reconhecem a sintomatologia psicopatológica, nomeadamente de depressão e *stress*, optando por recorrer a acompanhamento psicológico.

## **Conclusão geral**

A Saúde Mental tem sido estudada, há bastante tempo, como a mera ausência de doença mental (Moreira & Melo, 2005). É tempo de começar a atender o estudo e a promoção da saúde mental, a par do estudo do tratamento das doenças mentais.

O que temos aprendido ao longo de 60 anos é que o modelo de doença não nos move para mais perto da prevenção destes problemas graves. Descobrimos que existem forças humanas que atuam como amortecedores contra doenças mentais: a coragem, a abertura para o mundo, o otimismo, as habilidades interpessoais, a fé, a ética profissional, a esperança, a honestidade, a perseverança, e a capacidade de *insight* (Seligman, 2002). Eles são, portanto, um grande desafio para o desenvolvimento global. À medida que o nosso conhecimento sobre esta relação de interdependência aumenta, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é fundamental para o bem-estar geral das pessoas, sociedades e países (WHO, 2003).

M. Brewster Smith (1958, citado por Keyes, 2002) lamentou que a "saúde mental positiva" ainda seja um "*slogan*" e um "apelo" ao invés de um conceito empírico variável que merece interesse. Apesar de todos os esforços, a saúde mental continua a ser um antónimo da doença mental e um lema de inertes boas intenções. Nesse sentido, a saúde mental é a base para o bem-estar e o funcionamento eficaz do indivíduo e da comunidade. Apesar disso, a saúde mental ainda é retratada por alguns como um luxo.

David Cutler (2004) afirmou que "viver muito tempo, mas num estado de saúde precário não é (muito) melhor que ter uma vida mais curta, mas mais saudável " (p. 5). Segundo a perspectiva da saúde mental, surge uma definição para a saúde mental, relacionada com o bem-estar como um estado em que os indivíduos não apresentam qualquer psicopatologia e apresentam níveis elevados de bem-estar psicológico, emocional e social (Ryff & Keyes, 1995).

A título conclusivo, na nossa amostra, os participantes **mais novos** (18-25 anos) apresentam melhor saúde mental e bem-estar em geral, assim como, melhor bem-estar emocional quando comparados com os mais velhos (26-30 anos). Os **homens** apresentam maior bem-estar em geral do que as mulheres e estas maiores níveis de psicopatologia, designadamente, de depressão, ansiedade e *stress* do que os homens. A depressão é mais frequente nos participantes **desempregados**, quando comparados com os participantes empregados, e os que completaram o ensino básico apresentam melhor bem-estar emocional do que os completaram o ensino secundário. Por outro lado, aqueles que completaram o ensino básico apresentam menos psicopatologia em geral e menor *stress*, quando comparados com os que completaram o ensino secundário. Os participantes que não beneficiaram nem beneficiam de **acompanhamento psicológico** apresentam melhor bem-estar em geral, melhor bem-estar emocional e psicológico, e menor psicopatologia, mais propriamente, de depressão e *stress*; e os que utilizam a **rede de cuidados de saúde** apresentam melhor saúde mental e bem-estar em geral e melhor bem-estar emocional e psicológico. Por outro lado, aqueles que não procuram a rede de cuidados de saúde apresentam níveis mais elevados de depressão; mas no que toca à **satisfação**, os ligeiramente insatisfeitos com essa rede apresentam maior ansiedade, comparativamente com os moderadamente satisfeitos. Por fim, os residentes em Balazar apresentam menor saúde mental e bem-estar em geral e de bem-estar emocional e psicológico, e maiores níveis de doença mental, mais propriamente de ansiedade e depressão.

Embora alguns dos nossos resultados tenham corroborado com a literatura, este estudo apresentou algumas limitações, nomeadamente o tipo (de conveniência) e dimensão da amostra que, além de não permitirem fazer generalizações para a população em geral, o reduzido número e as condições de aplicação poderão ter influenciado os resultados. A acrescentar, e quanto ao tipo de instrumentos utilizados, salientamos que os instrumentos de autorrelato são sensíveis à desejabilidade social, e o facto de terem sido seleccionadas as versões reduzidas das escalas, também permitiram apenas uma visão geral das problemáticas em estudo e não um estudo aprofundado.

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

Não obstante, para o conhecimento, maior e melhor, sobre a caracterização da saúde mental positiva/bem-estar e psicopatologia, propomos futuras investigações com uma amostra capaz de ser generalizável à população em geral, com instrumentos mais robustos, e mais abrangente em termos de idade e variáveis sociodemográficas.

A saúde mental parece-nos um direito de todos e não apenas um luxo de alguns.

## Referências Bibliográficas

- 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.
- 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>
- Almeida, J. & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental. 1º relatório*. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, texto revisto (4ªed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.
- Barlow, D. (1992). *Manual clínico dos transtornos psicológicos (2ª edição)*. São Paulo: Artmed.
- 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.
- Batista, K. & Bianchi, E. (2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 534-539.
- Bauer, M. (2002). Estresse: como ele abala as defesas do organismo. *Ciência Hoje*, 3(179), 20-25.
- 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.

- Bernik, M. (2000). Relevância médico-social do transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 28(1), 5-8.
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: si concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Boniwell, I. (2012). *Positive psychology in a nutshell: the science of happiness*. 3th edition. New York: Mcgraw-Hill.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine publishing company.
- 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.
- 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.
- Caleiro, A. (2011). *Desemprego e Felicidade em Portugal*. Documento de Trabalho nº 2011/05, Universidade de Évora, Departamento de Economia.
- Callegari, A. (2000). *Como vencer o stress, a ansiedade e a depressão*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Canadian Psychiatric Association (2006). Clinical practice guideline. Management of Anxiety Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 9-91.
- Castellvi, P., Forero, C., Codony, M., Vilagut, G., Brugulat, P., Medina, A., Gabilondo, A., Mompart, A., Colom, J., Tresserras, R., Ferrer, M., Stewart-Brown, S. & Alonso, J. (2013). The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Quality of Life Research*, 22, 1099-1104.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F. & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 20-23.
- 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.
- Dias, C. (2009). 25 anos de inquérito nacional saúde em Portugal. Sistema Nacional de Saúde
- 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. (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. (2009). Conclusion: What We Have Learned and Where We Go Next. Em E. Diener, *Culture and Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (279-289). USA: Springer.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social Indicators Research*, 57(2), 119-169.
- Diener, E & Seligman, M. (2004). Beyond money: toward an economy of well-being. *American Psychological Society*, 5, 1-31.
- Diener, E., Lucas, R. & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. Em C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (63-73). New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Suh, E, Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal – Saúde Mental em números – 2013*. Recuperado de <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>
- Duarte, P. (2013). *Bem-estar subjetivo, locus de controlo e autoestima em adultos*. (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Psicologia e Ciências da Vida: Lisboa.

- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2(2), 6-7.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Ferro, H. (2013). A representação da saúde mental e da doença mental na imprensa portuguesa: um estudo comparativo. *Estudos em Comunicação*, 6(13), 37-86.
- Figueiredo, M. (2004). Classificação. Em L. Hetem & F. Graeff. *Transtornos de ansiedade*. Atheneu: São Paulo.
- Filgueiras, J. & Hippert, M. (1999). A polêmica em torno do conceito de estresse. *Psicologia, ciência e profissão*, 19(3), 40-51.
- França, A. & Rodrigues, A. (2005). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 359, 1367-1377.
- Galinha I. & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- García-Viniegras, C. & Benitez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación com otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- 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.
- Gomes, J. (2003). *Desemprego, depressão e sentido de coerência: uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública* (Dissertação de mestrado). Escola nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa: Lisboa.
- Goodman, E., McEwen, B., Dolan, L., Schafer-Kalkhoff, T. & Adler, N. (2005). Social disadvantage and adolescent stress. *Journal of Adolescence Health*, 37(6):484-92.
- Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). *O stress: emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Gusmão, R., Xavier, M. Heitor, M., Bento, A. e Almeida, J. (2005). O peso das perturbações depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146.
- 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* (pp. 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.
- Hefferon, K. & Boniwell, I. (2011). *Positiv psychology: theory, research and applications*. England: McGraw Hill.
- Hetem, L. (2004). Epidemiologia. Em L. Hetem & F. Graeff, *Transtornos de ansiedade*. Atheneu: São Paulo.
- Imaginário, S., e Vieira, L. (2011). Bem-estar subjetivo, integração social e vivências académicas numa amostra de estudantes da universidade do algarve. *Revista amazónica*, 4(2), 40-60.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006*. Lisboa: INE/INSA.
- Ismail, A. & Salama-Younes, M. (2011). Validation of the Factor Structure of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) for Physically Active Old Adult. *World Journal of Sport Sciences*, 1(1), 24-30.
- 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.
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- 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.

- Keyes, C. & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. *Em C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), Handbook of positive psychology* (pp. 45–59). New York: Oxford University Press.
- Keyes, C. & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the united states: a descriptive epidemiology. *Em O. G. Brim, C. D. Ryff & R. C. Kessler (Eds.), How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 350-372). Chicago: 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. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: an introduction. *Social Indicators Research*, *77*, 1-10.
- Keyes, C. (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. (2009). The Nature and Importance of Positive Mental Health in America's Adolescents. *Em R. Gilman, E. Huerbner, & M. Furlong, (Eds.), Handbook of Positive Psychology in Schools* (pp. 9-23). New York: Routledge.
- Keyes, C. (2013). *Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health*. Dordrecht, The Netherlands: Springer.
- 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.

- Lamers, S. M. A. (2012). *Positive mental health: Measurement, relevance and implications*. Enschede, the Netherlands: University of Twente.
- 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.
- Leal, I., Antunes, R. Passos, T, Pais-Ribeiro, J. & Maroco, J. (2009). Estudo da escala de depressão, ansiedade e stresse para crianças (EADS- C), *Psicologia, Saúde & Doenças, 10*(2), 277-284.
- 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.
- 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.
- Lima, M., Teixeira, V., Andréas, A. & Magalhães, P (2004). Epidemiologia. Em L. Hetem & F. Graeff, *Transtornos de ansiedade* . Atheneu: São Paulo.
- 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.
- 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.
- 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.
- Loureiro, L. Pedreiro, A. Correia, S. & Mendes, A. (2012). Reconhecimento da depressão e crenças sobre procura de ajuda em jovens portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 7*, 13-17.

- Loureiro, L., Dias, C. & Aragão, R. (2008). Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista referência*, 8, 33-44.
- 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. (2009). Personality and subjective well-being. Em E. Diener, *The science of well-being*. New York: Springer Publishing Company.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success. *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Machado, V., Lima, G., Felício, M., & Teixeira, C. (2011). *Carga Global de Doença na Região Norte de Portugal*. Administração Regional da Saúde do Norte: Instituto Público.
- Maheswaran, H., Weich, S., Powell, J. & Stewart-Brown, S. (2012). Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental WellBeing Scale (WEMWBS): Group and individual level analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 156.
- Malinauskas, R. (2010). The associations among social support, stress, and life satisfaction as perceived by injured college athletes. *Social behavior and personality*, 38(6), 741-752.
- Malouff, N., McKenley, M. & Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and emotion*, 16(6), 769-785.
- Manfro, G., Blaya, C. & Júnior G. (2008) Ansiedade aguda: ataques de pânico. Em J. Quevedo, R. Schmitt, F. Kapczinski e col., *Emergências psiquiátricas* (pp. 197-217). São Paulo: Artmed.
- 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.
- Marsollier, R. & Aparicio, M. (2011). El bienestar psicológico en el trabajo y su vinculación com el afrontamento en situaciones conflictivas. *Psicoperspectivas*, 10(1), 209-220.

- 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.
- McLanahan, S. & Adams, J (1986). Parenthood and psychological well-being. *Annual review of sociology*, 13, 237-257.
- 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.
- Monte, K. (2014). *Caraterização da Saúde Mental numa população jovem dos Açores: da psicopatologia ao bem-estar* (Dissertação de mestrado). Universidade Fernando Pessoa: Porto.
- Monteiro, I. (2012). *Depressão: Porque uns deprimem e outros não?.* Lisboa: Climepsi.
- Montgomery, S. (2010). *Handbook of generalised anxiety disorder*. New York: Springer Healthcare.
- Moreira, P. & Melo, 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.
- 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(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.

- Novo, R. (2005). Bem-estar e psicologia: conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 20(2), 183-203.
- Oei, T., Sawang, S., Goh, Y. & Mukhtar, F. (2013). Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures, *International Journal of Psychology*, 48(6), 1018-1029.
- 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.
- 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: um estudo de adaptação à população portuguesa. *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.
- 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.
- Patinhas, I. (2003). *Identidade cultural e bem-estar subjectivo em adolescentes* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa: Portugal.
- Pereira, L. (2013). *Esquemas Mal-adaptativos Precoces e Depressão* (Dissertação de mestrado). Universidade de Trá-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Pinto, C. & Oliveira, J. (2006). Felicidade e perdão. *Psicologia, Educação e Cultura*, 10(2), 353-367.

- Pinto, T., Amaral, C., Silva, V., Silva, J., Leal, I. e Paiva, T. (2012). Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: Que relação? *Em* L. Mata, F. Peixoto, J. Morgado, J. C. Silva & V. Monteiro (Eds.), *Actas do 12.º Colóquio Internacional de Psicologia e Educação: Educação, aprendizagem e desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática* (pp. 990-1006). Lisboa: ISPA - Instituto Universitário.
- Proctor, N., Hamer, H., McGarry, D., Wilson, R., & Froggatt, T. (2014). *Mental Health: A person-centred approach*. Melbourne: Cambridge University Press.
- 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.
- 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.
- 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. (1996). Psychological well-being: meaning, measure and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and psychosomatics*, *65*, 14-23.
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, *12*, 35-55.
- Salama-Younes, M. (2011). Validation of the Mental Health Continuum Short Form and Subjective Vitality Scale with Egyptian Adolescent Athletes, *Em* I. Brdar (ed.), *The human Pursuit of Well-Being: A cultural approach*. (pp. 221–234). New York: Springer
- Santana, S & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista toxicodependências*, *14*(1), 17-24.
- Santos, B. (1992). O estado, as relações salariais e o bem-estar social na semiperiferia: o caso português. *Centro de estudos sociais*. Coimbra.
- Schafer-Kalkhoff, T. & Adler, N. (2005). Social disadvantage and adolescent stress. *Journal of Adolescent Health*, *37*, 484-492.
- Scheffer, M., Pasa, G. & Almeida, R. (2010). Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *26*(3), 533-541

- Schimmack, U. (2007). The structure of Subjective Wellbeing. *Em R. Larsen and M. Eid (Eds.) The science of subjective well-being.* (pp. 97-123). New York: Guilford.
- Segantin, B. & Maia, E. (2007). *Estresse vivenciado pelos profissionais que trabalham na saúde* (Monografia de Pós-Graduação em Saúde da Família). Instituto de Ensino Superior – INESUL.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychological Association, 55*(1), 5-14.
- 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.
- Seligman, M. (2010). *Flourish: Positive psychology and positive interventions*. University of Michigan.
- 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.
- Silveira, C., Norton, A., Brandão, I., e Torres, A. (2011). Saúde mental em estudantes do ensino superior experiência da consulta de psiquiatria do centro hospitalar São João. *Acta Medica Portuguesa, 24*, 247-256.
- 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.
- 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.
- 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. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18042300>
- Torpy, J. (2011). Generalized Anxiety Disorder. *Journal of the American Medical Association, 305*(5):522. doi:10.1001/jama.305.5.522.

- Tov, W. & Diener, E. (2007). Culture and subjective well-being. *Em 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 con la vida. *Intervención Psicosocial, 3*, 87-116.
- Vennin, A., Elliott, J. & Wilson, A. (2013). Complete Mental Health in South Australian Youth: Prevalence, Measurement, and Promotion. *Em C. Keyes, Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health*. Dordrecht, The Netherlands: Springer.
- Walkup, J. & Albano, A. (2011). Commentary on the special issue. *Depression and Anxiety, 28*, 1-4.
- 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.
- 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.
- 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 & World Organization of Family Doctors (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1992). *Classificação de transtornos mentais e comportamentais da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.

- World Health Organization (2001). *A call for action by world health ministers*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence.
- World Health Organization (2003). *Investing in mental health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health.
- 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 (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.
- Wu, X. & DeMaris, A. (1996). Gender and marital status differences in Depression: the effects of chronic strains. *Sex Roles*, 34(6), 299-319.
- Zampieri, C. (2013). *Manifestações psicossomáticas em universitários portugueses, a partir da identificação de sintomas de ansiedade, depressão e stress*. Dissertação de mestrado. Faculdade da saúde da Universidade Metodista de São Paulo: Brasil.

# **ANEXOS**

# **ANEXO I**

---

Questionário Sociodemográfico

## 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 do concelho da Póvoa de Varzim: 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 do país? 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

# **ANEXO II**

Escala de Bem-estar Mental de Warwick-Edinburg

Versão Portuguesa

(WEMWBS)

## Versão Portuguesa da Escala de Bem Estar Mental de Warwick- Edinburgh

### (WEMWBS)

Em baixo encontram-se algumas afirmações sobre sentimentos e pensamentos.

Por favor assinale com uma cruz a resposta que melhor descreve a sua experiência em relação a cada uma delas nas 2 últimas semanas.

Afirmações	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
Tenho-me sentido otimista em relação ao futuro					
Tenho-me sentido útil					
Tenho-me sentido relaxado					
Tenho-me sentido interessado pelas outras pessoas					
Tenho tido energia de sobra					
Tenho lidado bem com os problemas					
Tenho conseguido pensar de forma clara					
Tenho-me sentido bem comigo mesmo					
Tenho-me sentido próximo de outras pessoas					
Tenho-me sentido confiante					
Tenho sido capaz de construir as minhas opiniões sobre as coisas					
Tenho-me sentido amado					
Tenho-me sentido interessado coisas novas					
Tenho-me sentido alegre					

“Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)

© NHS Health Scotland, University of Warwick, University of Edinburgh and University Fernando Pessoa and City Council of Viana do Castelo 2012, all rights reserved”

# **ANEXO III**

---

Escala Continuum de Saúde Mental  
Versão reduzida para adultos  
(MHC-SF)

## Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (Adultos)

### MHC-SF

Por favor, responda às seguintes questões sobre como se tem sentido no último mês. Coloque uma cruz (X) na opção que melhor representa a frequência com que experimentou ou sentiu o seguinte:

<i>Durante o último mês com que frequência sentiu...</i>	<i>Nunca</i>	<i>Uma ou duas vezes</i>	<i>Cerca de uma vez por semana</i>	<i>Cerca de 2 ou 3 vezes por semana</i>	<i>Quase todos os dias</i>	<i>Todos os dias</i>
1. Feliz						
2. Interessado na vida						
3. Satisfeito com a vida						
4. Que tinha alguma coisa importante para contribuir para sociedade						
5. Que pertencia a uma comunidade (como por exemplo um grupo social ou a sua vizinhança)						
6. Que a nossa sociedade é um lugar bom, ou que se está a tornar num lugar melhor para toda a gente						
7. Que as pessoas são basicamente boas						
8. Que o modo como a nossa sociedade funciona tem sentido para si						
9. Que gostava da maior parte da sua personalidade						
10. Que é bom a gerir as responsabilidades da sua vida diária						
11. Que tem relações calorosas e de confiança com os outros						
12. Que teve experiências que o desafiaram a crescer e a tornar-se uma pessoa melhor						
13. Confiante para pensar e expressar as suas próprias ideias e opiniões						
14. Que a sua vida tem uma direção ou um sentido						

“Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)

© University Fernando Pessoa & City Council of Viana do Castelo 2012, all rights reserved”

# **ANEXO IV**

---

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

(EADS-21)

## Escala de Ansiedade, Depressão e Stress - EADS-21

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0,1,2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

---

*A classificação é a seguinte:*

- 0- Não se aplicou nada a mim
  - 1- Aplicou-se a mim algumas vezes
  - 2- Aplicou-se a mim muitas vezes
  - 3- Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
- 

1	Tive dificuldade em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**

# **ANEXO V**

---

Declaração de Consentimento Informado

# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

*Designação do Estudo (em português):*

-----  
-----

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo)** -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

**Assinatura do participante no projecto:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:**

**Assinatura:**

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa