



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
DO PORTO

Frederico Ferreira da Silva

**O papel da Orientação Positiva para a Vida e das Estratégias de *Coping* na saúde
mental de Jovens Emergentes Portugueses**

Trabalho realizado sob orientação da

Professora Doutora Maria José Pereira Ferreira

e sob a coorientação da

Professora Doutora Cláudia Noémia Soares de Sousa

setembro de 2022



Frederico Ferreira da Silva

**O papel da Orientação Positiva para a Vida e das Estratégias de *Coping* na saúde
mental de Jovens Emergentes Portugueses**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 30/10/2022, perante o júri seguinte:

Presidente: Professora Doutora Inês Martins Jongenelen (Professora Associada da Universidade Lusófona do Porto).

Vogais: Professora Doutora Ana Rita Conde Dias (Professora Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto) - Arguente.

Orientador: Professora Doutora Maria José Pereira Ferreira (Professora Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto).

setembro de 2022

É autorizada a reprodução integral desta tese/dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Agradecimentos

Um primeiro e justo agradecimento à minha orientadora - Prof. Dra. Maria José Ferreira pelo exemplo de disponibilidade e acessibilidade presente ao longo de todo este processo. Paralelamente, o meu muito obrigado à Prof. Dra. Cláudia Sousa (coorientadora) que, com a sua simpatia e profissionalismo se demonstrou fundamental para a realização do mesmo.

Agradeço ainda à minha família e amigos, em particular, aos meus pais e irmão pelo suporte ao longo destes trabalhosos, mas gratificantes, cinco anos.

Por último agradeço a todos aqueles que participaram neste estudo, tornando-o por isso possível.

Resumo

Dimensões como a Orientação Positiva para a Vida (OPV) e o *Coping* têm-se demonstrado fundamentais para os indivíduos se adaptarem com sucesso aos desafios associados ao seu desenvolvimento. O presente estudo tem como objetivos: a) analisar as principais fontes de *stress* e as estratégias de *coping* mais utilizadas em situações de *stress*; b) avaliar os níveis de bem-estar e *distress* psicológico e eventuais diferenças de géneros; c) compreender o papel da OPV e das estratégias de *coping* no bem-estar e *distress* psicológico. Participaram neste estudo 282 adultos emergentes, 240 do género feminino (85.1 %) e 42 do género masculino (14.9 %), com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos ($M = 21.88$, $DP = 1.79$). Em relação às fontes de *stress*, as questões relacionadas com os estudos constituíram o maior fator de *stress* (28.81% das respostas), seguido das relações interpessoais (23.46%) e das questões profissionais (12.4%). Em relação às estratégias de *coping*, as mais utilizadas pelos adultos emergentes foram o *coping* ativo, o planeamento e a aceitação. Já as menos utilizadas foram o uso de substâncias, o desinvestimento comportamental e a negação. Relativamente aos níveis de bem-estar e *distress* psicológico, estes apresentam-se relativamente abaixo dos valores médios para a população portuguesa e apenas o *stress* e a ansiedade diferem significativamente entre géneros, com o género feminino a apresentar valores mais elevados destes. No caso do bem-estar, após controlar o efeito da idade e do género, a OPV, o planeamento, o suporte instrumental, a autoculpabilização, o desinvestimento comportamental e o uso de substâncias revelaram-se preditores significativos. Em relação ao *distress* psicológico, controlando o efeito das mesmas variáveis sociodemográficas, a OPV, a autoculpabilização, a negação, a autodistração, o desinvestimento comportamental e o uso substâncias destacaram-se como preditores significativos.

Estes resultados salientam o papel crucial da OPV e do *coping* na promoção do florescimento dos adultos emergentes.

Palavras-Chave: Adulterez Emergente, Orientação Positiva para a Vida, Estratégias de *Coping* e Saúde Mental.

Abstract:

Dimensions such as Positive Life Orientation (PLO) and Coping have proved to be essential for the successful adaptation of individuals to the challenges associated with their development. This study aims to: a) analyze the main sources of stress and the most used coping strategies in stressful situations; b) assess the levels of well-being and psychological distress and possible gender differences; c) understand the role of OPV and coping strategies in well-being and psychological distress. A total of 282 emerging adults participated in this study, 240 female (85.1 %) and 42 male (14.9 %), aged 18-25 years ($M = 21.88$, $DP = 1.79$). Regarding sources of stress, study-related issues were the biggest stressor (28.81% of responses), followed by interpersonal relationships (23.46%) and professional issues (12.4%). Regarding coping strategies, the most used by emerging adults were active coping, planning, and acceptance. The least used were substance use, behavioral divestment, and denial. As for the levels of well-being and psychological distress, these are relatively below the average values for the Portuguese population, and only stress and anxiety differ significantly between genders, with the female gender showing higher values of these. After controlling for age and gender, PLO, planning, instrumental support, self-blame, behavioral divestment, and substance use were significant predictors of well-being. Concerning psychological distress, controlling for the effect of the same sociodemographic variables, PLO, self-blaming, denial, self-distraction, behavioral divestment, and substance use stood out as significant predictors.

These results highlight PLO's crucial role and coping strategies in promoting emerging adult flourishing.

Keywords: Emerging Adulthood, Positive Life Orientation, Coping Strategies, and Mental Health.

Índice

Agradecimentos	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Enquadramentos Teórico.....	1
Adulter Emergente.....	2
Bem-Estar.....	3
<i>Coping</i>	5
Orientação Positiva para a Vida (OPV)	8
Método	10
Participantes	10
Medidas	11
Procedimentos	13
Estratégia de Análise de Dados.....	14
Resultados.....	15
Análise Descritiva das Variáveis em Estudo	15
Diferenças no nível de Bem-estar e do <i>Distress</i> em função do género	18
Papel da OPV e do <i>Coping</i> na predição de Bem-estar e <i>Distress</i>	19
Discussão.....	26
Referências Bibliográficas	31

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caraterização sociodemográfica da amostra	10
Tabela 2: Análise dos fatores de <i>Stress</i>	16
Tabela 3: Análises descritivas das variáveis em estudo	17
Tabela 4: Diferenças no nível de Bem-estar em função do género.....	18
Tabela 5: Diferenças no nível de <i>Distress</i> Psicológico em função do género.....	19
Tabela 6: Regressão Hierárquica para previsão do Bem-estar	22
Tabela 7: Regressão Hierárquica para previsão do <i>Distress</i> Psicológico.....	24

Lista de Abreviaturas / Acrónimos

ANOVA – *Analysis of Variance*

BEP – Bem-estar Psicológico

BES – Bem-estar Subjetivo

BESocial – Bem-estar Social

BCOP - *Brief COPE*

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

MANOVA – *Multivariate Analysis of Variance*

MHC-SF – Escala Continuum de Saúde Mental

OMS – Organização Mundial Saúde

OPV - Orientação Positiva para a Vida

VIF – *Variance Inflation Factor*

SPSS - *Statistical Program for Social Sciences* v28.0

1. Enquadramento Teórico

O ser humano e sua complexa estrutura biológico-intelectual foram ao longo dos séculos alvo de vários estudos, com objetivo de compreender os fundamentos base do comportamento humano (McConnell, 1974). Mais recentemente, nas últimas décadas, a investigação científica tem demonstrado um interesse particular no estudo e compreensão dos fatores promotores de um desenvolvimento mais positivo e adaptativo, em contraponto a uma perspectiva tradicional psicopatológica, focada fundamentalmente nos aspetos menos positivos da dimensão humana (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Apesar da tendência dominante, direcionada para um olhar psicopatológico, a pertinência desta temática já em 1902 havia sido abordada por William James nos seus estudos sobre a “*determinação da mente em ser saudável*”, momento-chave a partir do qual se abre uma porta para a mudança de paradigma subsequente – Psicologia Positiva (Sheldon & Ryan, 2011). De facto, a valorização do funcionamento positivo da personalidade, do bem-estar subjetivo e do ensino da resiliência como foco primordial de atuação, em detrimento a uma visão tendencialmente orientada para o funcionamento humano desadaptativo, tornam-se uma realidade mensurável no campo da psicologia (Hanson, 2017).

Vários autores consideram esta “nova” abordagem – Psicologia Positiva, como a disposição para o estudo dos traços e experiências positivas dos sujeitos sem que, por isso, se perca como objetivo central a transformação de questões anteriormente percecionadas como problemáticas em novas oportunidades, redirecionando o foco da intervenção para a promoção do bem-estar geral destes indivíduos (Ferreira, 2011; Hanson, 2017; Sheldon & Ryan, 2011).

No mesmo sentido, são várias as investigações que aludem para a existência de uma relação intrínseca entre aspetos positivos e negativos dos indivíduos (agentes internos e ambientais), assumindo que estes, no decurso do seu desenvolvimento vivenciam experiências onde estes aspetos coincidem e se completam (Ferreira, 2011). O modo como os indivíduos encaram e enfrentam as adversidades parece contribuir de forma significativa para moldar as suas trajetórias desenvolvimentais, estando ainda consequentemente associado a diferentes níveis de bem-estar subjetivo, psicológico e social (Ryan & Deci, 2001).

Todavia, não é ainda muito clara a forma como algumas dimensões psicológicas se relacionam e articulam e o impacto que estas têm na perceção de bem-estar geral dos seres

humanos, destacando-se algumas falhas ao nível da investigação e produção científica (Paludo & Koller, 2007). Deste modo, variáveis como a Orientação Positiva para a Vida (OPV) (Caprara, 2009), o Otimismo (Seligman, 2011) e a Satisfação com a Vida (Caprara, 2009) parecem ser ainda pouco estudadas de um ponto de vista desenvolvimental – com especial prejuízo para a fase da adultez emergente (Sciliar, 2007).

Adultez Emergente

Transversalmente, todas as fases do ciclo de vida são marcadas por desafios desenvolvimentais (Batra, 2013). Esses desafios, por acarretarem novos estímulos, despertam nos indivíduos a necessidade de utilizar um conjunto de respostas compensatórias de carácter cognitivo e/ou comportamental, que lhes permitam lidar com a nova situação/fase stressora, de forma mais positiva e adaptativa (Lazarus & Folkman, 1984; Park & Folkman, 1997), preservando a sua perceção de bem-estar e felicidade (Pereira, 2018).

No que à fase da adultez emergente diz respeito, segundo Batra (2013), tendo por base a Teoria Psicossocial de Erickson, o principal desafio subjacente a este estágio desenvolvimental consiste essencialmente na “*Construção da Intimidade vs Isolamento*”, tratando-se ainda de uma fase marcada por intensas transformações ao nível da construção da identidade pessoal, social, sexual e profissional. Este período, compreendido entre os 18 e os 25/29 anos de idade, distingue-se, segundo Arnett (2010), de outras fases desenvolvimentais pela heterogeneidade, plasticidade e volatilidade que a caracterizam. Este autor distingue ainda esta fase como uma das mais intensas no decurso do desenvolvimento humano, já que neste período os indivíduos enfrentam transformações distintas da adolescência sem que, ao mesmo tempo, possuam todas as responsabilidades, competências e desafios inerentes à vida adulta (Arnett, 2001).

Pereira e col. (2018) referem que estas mudanças desenvolvimentais, por apresentarem características e desafios marcadamente idiossincráticos, podem potenciar níveis mais elevados de *stress* e mal-estar em determinados indivíduos – fruto da ainda impreparação para os desafios inerentes a esta nova fase do ciclo de vida. Esta possível impreparação parece despoletar nos mesmos sensações de insegurança, ansiedade e desesperança (Foster et al., 2008).

Neste seguimento, com objetivo de examinar aqueles que são os principais fatores geradores de mal-estar nos jovens adultos, foram desenvolvidos alguns estudos transversais, dos quais se destacam, pela robustez das suas investigações, as conclusões de Foster e col.

(2008) e Matud e col. (2020), que apontam o término do ensino secundário, o acesso à faculdade e respetiva exigência associada, o relacionamento amoroso e a incerteza económico-financeira, como as principais causas de *stress* desta faixa etária. À semelhança destes autores, também Anikko e col. (2019) apontam, além dos fatores supramencionados, as questões relacionadas com a sexualidade e a incerteza face ao futuro pessoal e profissional como centrais na adultez emergente.

Mais recentemente, também a pandemia de Covid-19 e os seus consequentes confinamentos, parecem constituir-se como importantes fatores de *stress*, transversais a todas as fases do ciclo de vida (Maia & Dias, 2020), mas com um impacto mais pernicioso nos mais jovens (Pieh et al., 2020).

Bem-estar

As conceções científicas mais proeminentes das sociedades contemporâneas apontam o bem-estar como um dos princípios base na persecução de uma vida saudável (Sumner et al., 2017). Este olhar positivo em muito parece estar relacionado com o alargamento do conceito de saúde que, em 1948, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), passa a definir-se como um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social, e não somente como a ausência de doença física (OMS, 2015). Este constructo parece, então, ser unanimemente considerado pelos investigadores como uma dimensão positiva da saúde física e psicológica dos indivíduos, associado a níveis mais elevados de satisfação e felicidade – componente imprescindível a um estilo de vida saudável (Siqueira & Padovam, 2008).

Ryan e Deci (2001) sugerem nas suas investigações que o bem-estar, conceito abrangente e conceptualmente difuso, é melhor explicado quando subdividido em Bem-Estar Subjetivo (BES), estado subjetivo de felicidade – bem-estar hedónico, e Bem-Estar Psicológico (BEP), mais associado ao exercício das potencialidades humanas – bem-estar eudaimónico.

No que concerne à significação de BES, importa fundamentalmente considerar que este constructo representa uma dimensão positiva da saúde física e psicológica, correspondendo à apreciação que cada indivíduo faz acerca da sua própria vida, com base na sua perceção de satisfação e felicidade (Diener et al., 2003). Segundo diversas investigações, para que se considere um nível ajustado de BES, os indivíduos deverão reconhecer na sua vida um maior número de experiências emocionais positivas, face a experiências emocionais adversas – compreendendo a definição de bem-estar, como um constructo que excede à ausência de problemas (Siqueira & Padovan, 2008). Ademais, segundo Diener (1984) a perceção de

felicidade e consequentemente de BES é composta por uma extensão cognitiva, correspondente a uma visão tendencialmente mais avaliativa em termos de satisfação com a vida e a uma extensão de índole emocional, expressa através das emoções (positivas ou negativas) em termos globais de felicidade.

Relativamente ao conceito de BEP, contrariamente às concepções tradicionais de BES, sustentadas em avaliações de afeto positivo ou negativo em função da percepção de bem-estar, este constructo consiste essencialmente na avaliação das capacidades que os indivíduos têm para enfrentar os desafios inerentes às suas trajetórias de vida – funcionamento psicológico positivo (Ryff, 1989). Deste modo Ryff e Keyes (1995), elaboraram, a partir dos seus estudos, um modelo multidimensional que inclui uma conceptualização acerca daquelas que consideram ser as componentes essenciais para o BEP: 1) o crescimento pessoal; 2) a autoaceitação; 3) o relacionamento positivo com outras pessoas; 4) o propósito de vida; 5) a autonomia; e 6) o domínio do ambiente.

Não obstante às propostas tradicionais explicativas de BES e BEP, e com objetivos epistemológicos semelhantes, importa refletir um conceito complementar, relacionado com o modo como a qualidade das relações dos indivíduos influencia o seu estado de espírito – o Bem-estar Social (BESocial) (Keyes, 1998). Para este efeito Keyes (1998), ao perceber a existência de uma relação proporcionalmente direta entre estas variáveis (qualidade das relações – BESocial), propôs um modelo teórico cujas dimensões associadas representam os desafios inerentes à vida em sociedade: Contribuição Social; Realização Social; Integração Social; Aceitação Social e Coerência Social. Permite-se através da mensuração das mesmas, uma melhor caracterização interindividual neste domínio, bem como a possibilidade de intervenção com vista à promoção de níveis mais elevados de BESocial (Novo, 2005).

Por se tratar de uma dimensão psicológica, potencialmente mutável em função dos contextos, importa considerar que a percepção de bem-estar dos indivíduos altera-se transversalmente consoante a fase do desenvolvimento em que estes se encontram (Siqueira & Padovam, 2008).

No que concerne à adultez emergente em particular, por se tratar, como já referido, de um período de grandes mudanças a nível pessoal e social, são várias as investigações que apontam esta fase do desenvolvimento como uma das mais desafiantes no que à percepção de bem-estar diz respeito (Galinha & Ribeiro, 2005; Novo, 2005; Dias, 2016). Segundo estes autores, esta associação em muito se relaciona com a turbulência associada às múltiplas

experiências que os indivíduos vivem ou já vivenciaram, fruto das características desenvolvimentais deste período, com especial destaque para as interações sociais.

Novo (2005) refere nos seus estudos, ainda sobre este fenómeno na fase da adultez emergente, uma tendência crescente de valorização do BESocial por parte destes indivíduos, afirmando que é neste período da vida que o ser humano dá mais valor as relações de proximidade, com especial destaque para os pares amorosos e relações de amizade.

Matud e col. (2020) num estudo transversal realizado com objetivo de explorar as diferenças de género num grupo de adultos emergentes, relativamente aos níveis de *distress* psicológico, apontam o sofrimento psicológico, o *stress* crónico, a angústia psicológica e a baixa-autoestima, como indicadores de maior fragilidade no género feminino – com prejuízo no nível de bem-estar emocional.

Coping

De um modo geral, quando o ser humano é confrontado com um acontecimento de vida stressante/perturbador, seja ele de carácter biológico ou ambiental, o seu organismo parece estar, de forma quase inata, predisposto a agir, com objetivo de manter a homeostase e assim o equilíbrio físico e psicológico (Bishop, 1994). Neste sentido, ao longo das últimas décadas tem sido notório o crescente interesse da comunidade científica pelos processos psicológicos subjacentes às estratégias utilizadas pelos indivíduos, na procura do bem-estar (Smith & Kirby, 2011). Não obstante, importa referir que os estudos relacionados com os conceitos de *stress* e *coping* remontam já à segunda metade do século XX com Lazarus (1966).

Lazarus e Folkman (1984), numa proposta clássica conhecida como Modelo Transacional de *Stress* e *Coping*, com o objetivo de explicar o modo como os indivíduos lidam com as situações avaliadas como excedendo os seus próprios recursos, definem estratégias de *coping* como os esforços intencionais, comportamentais e cognitivos dos indivíduos, na gestão mais eficaz das suas próprias necessidades.

Ao descrever o *coping*, Lazarus e Folkman (1980) fazem ainda menção àquelas que consideram ser as duas principais *guidelines* dos indivíduos na resposta às “problemáticas” do dia-a-dia. Distinguem assim, as estratégias direcionadas tendencialmente para o problema (tentativa de modificar a situação/acontecimento stressor, com vista a alterar a fonte de *stress*), das direcionadas essencialmente para as emoções (comportamentos dirigidos essencialmente à gestão das emoções menos positivas, relacionadas com a situação problema). Assim, segundo estes autores, sempre que os indivíduos reconhecem que podem

agir sobre o stressor, modificando-o ou controlando-o, utilizam, preferencialmente, estratégias focadas no problema (resposta diretas na gestão e resolução da situação problema – eg.: *confrontar os responsáveis pelo problema; sair da situação problema; arranjar soluções...*). Todavia, quando percebem que o agente responsável pelo problema tem tendência a manter-se estável, parecem prevalecer as estratégias relacionadas com o *coping* focado nas emoções – respostas centradas na regulação/gestão emocional (sem espaço à atuação direta na diminuição do stressor – e.g.: *ventilação emocional, reavaliação positiva, uso de substâncias*).

À proposta inicial de Lazarus e Folkman têm sido acrescentadas diversas outras propostas complementares de organização das estratégias de *coping* (Brown & Nicasso, 1987). Uma alternativa particularmente relevante foi proposta por Compas e col. (2001) ao descreverem dois modos distintos de os indivíduos lidarem com circunstâncias potencialmente stressoras – controlo primário vs controlo secundário. Nesta perspetiva o controlo primário representa os esforços dos indivíduos na tentativa de tornar a situação mais ajustada às suas necessidades – papel ativo na mudança. Já o controlo secundário, por sua vez, consiste na tentativa dos indivíduos se moldarem face à situação stressora. Não obstante, Compas e col. (2006) destacam nas suas investigações um outro modo dos indivíduos gerirem os seus desafios – o *coping* de evitamento. Trata-se de um conjunto de estratégias de enfrentamento que se associam aos esforços voluntários dos indivíduos em se manterem afastados física e psicologicamente de determinada situação – o que envolve a utilização de mecanismos como a negação, o evitamento, o desinvestimento, etc. Estas últimas, apesar de serem estratégias transversalmente utilizada por indivíduos de todas as faixas etárias, parece existir uma unanimidade científica quanto ao potencial negativo associado à utilização destas estratégias para a saúde mental dos indivíduos (Blalock & Joiner, 2000; Chao, 2011; Melodia et al., 2020).

Muito similar à proposta de Compas e col. (2001), a conceptualização tripartida de Walker et al. (1997) integra o *coping* ativo, passivo e acomodativo que, na sua génese, parecem ter os mesmos fundamentos base do controlo primário, secundário e evitante (Smith & Kirby, 2011).

Uma outra questão muito debatida e, por isso, algo controversa diz respeito à estabilidade do *coping* (Bell & Lee, 2008). Lazarus e Folkman (1984), afirmam que a utilização destas estratégias parece estar associada à situação com que os indivíduos se deparam, pelo que, segundo estes autores os indivíduos utilizam diferentes estratégias, consoante o contexto e o

tipo de *stress* que experienciam. Em contraste, Carver e Connor-Smith (2010) defendem uma natureza mais estável das estratégias de *coping*, onde os indivíduos tendem a usar um conjunto de estratégias padrão, independentemente da situação em si.

De um ponto de vista desenvolvimental, a investigação científica parece ser ainda escassa na resposta a questões importantes para a compreensão deste fenómeno, nomeadamente na identificação daquelas que poderão ser as principais estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos em cada fase do seu ciclo de vida (Jenzer et al., 2019) e o grau de eficácia dessas estratégias. Todavia, num dos poucos estudos longitudinais realizados sobre esta temática, Wingo e col. (2015) destacam que a capacidade de os indivíduos lidarem ativamente com situações stressoras (*coping* ativo) parece aumentar consideravelmente dos 17 aos 24 anos, estabilizando posteriormente. Nesta continuidade, Bouteyre e col. (2007) defendem a importância do envolvimento em atividades de lazer, do suporte emocional e da aceitação, como algumas das estratégias mais eficazes nesta fase do ciclo de vida, em que predominam as preocupações com o futuro, com a vida académica, e com as relações amorosas. Estes autores propõem assim, a existência de uma relação direta entre a diminuição das sensações de ansiedade e *stress*, bem como o aumento da perceção de qualidade de vida aquando da utilização das estratégias supramencionadas.

Flannery e col. (2018), num estudo realizado com o intuito de investigar as alterações relativas às estratégias de *coping* na adultez emergente, propõem que estratégias como o *coping* ativo, o suporte emocional, a ventilação emocional e o planeamento são tendencialmente mais estáveis em indivíduos do género feminino. No que respeita à utilização destas estratégias pelo género masculino estes autores mencionam que, apesar de não se tratar de uma utilização tão marcada, estas diferenças esbatem-se com o amadurecimento, tornando-se transversais em ambos os géneros. Por fim, ainda no que refere a esta investigação, importa destacar o papel dado ao humor, como uma das estratégias mais utilizadas pelo género masculino no enfrentamento de determinadas situações.

Em contraponto, estudos como os de Dias e col. (2015) revelam que, em determinados grupos sociais, o uso de substâncias, a negação e o desinvestimento comportamental constituem uma realidade na gestão de situações potencialmente stressoras, associando este fenómeno a níveis socioeconómicos mais baixos e de escolaridade inferior.

Em paralelo, a literatura tem sugerido que a utilização de dimensões mais adaptativas do *coping* parece estar associada a níveis de positividade mais elevadas, bem como a uma gestão mais eficaz das circunstâncias do quotidiano (Scheiler & Carver, 1985).

Orientação Positiva para a Vida (OPV)

A Orientação Positiva da Vida, ou positividade, incorpora o que de comum têm a satisfação com a vida, o otimismo e a autoestima, e é conceptualizada como uma tendência disposicional dos indivíduos para olhar para a vida presente, para o passado e o para futuro com um olhar mais edificante e otimista (Caprara et al., 2009). Conduz a uma adaptação bem-sucedida a diferentes ambientes e desafios, o que influencia/direciona o modo como os indivíduos encaram a sua própria existência (Alessandri, 2008; Caprara, 2009 & Caprara et al, 2009). Está ainda relacionada com uma maior predisposição dos indivíduos à adoção de estratégias de *coping* mais adaptativas ao longo do seu desenvolvimento nos diferentes contextos (Smith & Kirby, 2011).

A investigação recente tem vindo a sublinhar o papel preponderante desta dimensão no quotidiano dos seres humanos. Níveis mais elevados de positividade parecem estar significativamente associados a uma melhor saúde física e mental, favorecendo, entre outros, a diminuição dos níveis de *distress* psicológico, e potenciando níveis mais elevados de satisfação nas relações intra e interpessoais (Lyubomirsky et al., 2005), assim como de bem-estar físico, psicológico e emocional (Alessandri, 2008; Caprara, 2009; Caprara et al., 2009).

Ademais, para que melhor se perceba a interação entre estes fenómenos e o seu contributo para um melhor funcionamento individual e relacional, importa refletir acerca das três principais dimensões associadas à OPV, das quais se destacam, como anteriormente mencionado, o otimismo, a autoestima e a satisfação com a vida (Lyubomirsky et al., 2005).

No que à dimensão autoestima diz respeito, importa fundamentalmente considerar a importância que o grau de aceitação que cada indivíduo tem sobre si mesmo representa na sua vida, parecendo este indicador estar associado a uma escolha mais eficaz de estratégias de *coping* na persecução dos seus objetivos (Smith & Kirby, 2011). Por esse motivo, segundo Caprara (2009), níveis mais elevados de autoestima parecem estar diretamente associados a níveis igualmente elevados de bem-estar e saúde mental.

Relativamente ao otimismo, Seligman (2011) refere nos seus estudos a existência de uma relação estreita entre este fenómeno de olhar a vida de forma positiva e venturosa, com níveis de depressão mais baixos, melhor produtividade académico/laboral, realçando ainda um aumento da qualidade das relações afetivas. Neste sentido, este autor aponta para a existência de uma relação bidirecional entre o pensamento positivo/otimista e o bem-estar físico e

mental dos indivíduos. Scheier e Carver (1985) referem ainda esta subdimensão da OPV como fundamental para uma gestão mais equilibrada das possíveis situações problema do dia-a-dia. Ademais, referem que indivíduos otimistas parecem deter uma sensibilidade distinta na seleção de estratégias de *coping* mais adaptativas.

Por fim, no que concerne à dimensão satisfação com a vida, esta dimensão consiste essencialmente no balanço abrangente e positivo que os indivíduos fazem acerca da sua própria vida (relações próximas, rotinas, hábitos), em função da sua perceção de bem-estar/felicidade (Caprara, 2009).

De um ponto de vista desenvolvimental, apesar de recente, a investigação tem demonstrado uma certa estabilidade no que respeita aos níveis de positividade ao longo da vida. Todavia é de ressaltar que este mesmo constructo é, como já referido, altamente condicionado pelos níveis de otimismo e autoconceito, tornando-o assim altamente idiossincrático (Alessandri, 2008). Importa ainda destacar que Scheier e Carver (1993) sugerem nos seus estudos que, apesar desta robustez, é no período correspondente à adultez emergente que se registam as maiores oscilações emocionais, havendo, por isso, uma maior predisposição para flutuações no que diz respeito aos níveis de positividade.

Estas variáveis parecem tratar-se, por isso, de questões centrais na vida dos seres humanos, quando o propósito se trata de uma vida plena e saudável (Yildiz, 2017). Parece, portanto, essencial analisar a contribuição das diferentes estratégias de *coping*, juntamente com medidas mais disposicionais como a OPV, quer para indicadores de funcionamento mais negativo, como o *distress* psicológico, quer para indicadores de funcionamento mais positivo, como o bem-estar. A análise das relações entre estas variáveis, em específico, numa fase do ciclo de vida marcada pela exploração e pela preparação para os desafios da vida adulta, ajudará a identificar potenciais fatores protetores e de risco para a saúde mental dos adultos emergentes.

No seguimento de tudo o que foi anteriormente realçado, compreende-se não só a pertinência como a importância das temáticas exploradas para o bem-estar dos adultos emergentes, pelo que, nesse sentido, se desenhou este estudo, tendo por principais objetivos:

1. Analisar as principais fontes de *stress* percebidas pelos participantes neste estudo, assim como as estratégias de *coping* mais utilizadas para lidar com situações de *stress*;
2. Analisar os níveis de bem-estar e de *distress* psicológico e explorar eventuais diferenças em função do género dos participantes;

3. Analisar o papel da orientação positiva para a vida e das estratégias de *coping* na predição do bem-estar e do *distress* psicológico.

2. Método

2.1 Participantes

De modo a estimar o tamanho mínimo recomendado para a amostra deste estudo, permitindo um efeito significativo, recorreu-se ao programa G*Power (Faul et al., 2007). Assim, considerando as estratégias de análise de dados, um nível de significância de 0,05, uma potência de 0,80 e um tamanho de efeito médio (Cohen, 1988), percebeu-se a necessidade de uma amostra mínima de 139 participantes.

Assim, de modo a garantir a fiabilidade dos resultados obtidos, definiram-se como critérios de inclusão a necessidade dos participantes: 1) pertencerem à fase do desenvolvimento da adultez emergente (18-25 anos); 2) residirem em território português; 3) conseguirem ler e escrever português.

Participaram neste estudo 282 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos ($M = 21.88$, $DP = 1.79$), dos quais 240 eram do sexo feminino (85.1 %) e 42 do sexo masculino (14.9.2 %). Destes indivíduos, 4 completaram o 3º Ciclo (1.4%), 122 o Ensino Secundário (43.3%), 140 a Licenciatura (49.6%) e 16 o Mestrado (5.7%). Relativamente ao estado civil dos participantes, 98.6% dos indivíduos ($N = 278$) encontram-se solteiros, mantendo-se a grande maioria dos mesmos sem filhos ($N = 277$; 98.2%). Por fim, no que respeita ao nível socioeconómico 64.9% ($N = 183$) dos indivíduos descreveu como médio.

Tabela 1.

Caraterização sociodemográfica da amostra ($N = 282$).

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Amplitude</i>
Género					
Feminino	240	85.1			
Masculino	42	14.9			
Idade			21.88	1.79	18-25
Nível socioeconómico					
Baixo	8	2.8			
Médio-baixo	58	20.6			

Médio	183	64.9
Médio-alto	31	11.0
Alto	2	0.7
Habilitações académicas		
3º ciclo	4	1.4
Secundário	122	43.3
Licenciatura	140	49.6
Mestrado	16	5.7
Tem filhos		
Não	277	98.2
Sim	5	1.8
Estado civil		
Solteiro	278	98.6
Casado	4	1.4

2.2 Medidas

Para a seguinte investigação foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

Questionário Sociodemográfico.

A utilização deste instrumento visou a recolha de um conjunto de informações sociodemográficas referentes à população em análise, permitindo analisar variáveis como a idade, género, naturalidade, estado civil, orientação sexual, nível socioeconómico, habilitações académicas e profissão atual.

Escala de positividade (Positivity Scale) (Caprara et al., 2012; Cruz et al., 2016).

Instrumento constituído por 8 itens, que avalia as 3 principais dimensões teóricas relacionadas com o constructo da Orientação Positiva para a Vida (Autoestima; Otimismo e Satisfação com a Vida). Esta é uma medida que utiliza uma escala de *Likert*, de modo a orientar os participantes em 5 níveis de resposta, desde “*Discordo Totalmente*” a “*Concordo Totalmente*”. O score de cada participante poderá oscilar entre um total de 8 e 40 pontos, sendo que quanto maior for o resultado obtido pelo participante, maiores serão os níveis de

orientação positiva para a vida (Caprara et al. 2012). Na amostra atual, a consistência interna, avaliada com recurso ao alfa de Cronbach, foi de .89.

Brief COPE (Carver, 1997; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O BCOPE, é constituído por 14 subescalas, com 2 itens cada, num total de 28 questões, com 4 níveis de resposta (escala de *Likert* desde, “*Nunca Utilizo*” a “*Utilizo Muitas Vezes*”), com objetivo de avaliar de forma diferenciada as estratégias de *coping* utilizadas habitualmente pelos indivíduos (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

As 14 subescalas supramencionada, são: “*Coping ativo*”; “*Planear*”; “*Utilizar suporte instrumental*”; “*Utilizar suporte social e emocional*”; “*Religião*”; “*Reinterpretação Positiva*”; “*Autoculpabilização*”; “*Aceitação*”; “*Expressão de Sentimentos*”; “*Negação*”; “*Autodistração*”; “*Desinvestimento Comportamental*”; “*Uso de substâncias (medicamentos/álcool)*” e “*Humor*”. O somatório dos itens de cada subescala permite obter um *score* “individual” de cada uma das 14 subescalas, cujos valores deveram oscilar entre 2 e 8 pontos (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)

Para o seguinte estudo os valores de consistência interna foram os seguintes: planeamento ($\alpha = .54$); *coping* ativo ($\alpha = .61$); negação ($\alpha = .52$); uso de substâncias ($\alpha = .87$); suporte emocional ($\alpha = .80$); suporte instrumental ($\alpha = .79$); desinvestimento comportamental ($\alpha = .80$); ventilação emocional ($\alpha = .30$); reavaliação positiva ($\alpha = .80$); humor ($\alpha = .87$); aceitação ($\alpha = .60$); religião ($\alpha = .79$); autoculpabilização ($\alpha = .81$) e autodistração ($\alpha = .60$).

A Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EDAS-21) – versão Portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Instrumento constituído por 21 itens, que se propõem a avaliar a totalidade dos sintomas de depressão, ansiedade e *stress*. Esta é uma versão mais curta da escala original, construída por Lovibond e Lovibond (1995), com 42 itens, dirigida a indivíduos com mais de 17 anos.

Cada dimensão desta escala é constituída por 7 itens (ansiedade – item 1 a 7; *stress* – item 8 a 14 e depressão – item 15 a 21), utilizando uma escala de *Likert*, com 4 níveis de resposta desde, “*Não se aplicou nada a mim*” a “*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*” (Lovibond e Lovibond, 1995).

As pontuações das subescalas podem ser interpretadas de acordo com diferentes níveis de severidade (Lovibond, & Lovibond, 1995). Para tal, os valores obtidos através da escala

reduzida de 21 itens têm que ser multiplicados por dois. Os valores de referência são os seguintes: 1) Ansiedade: normal (0-6), ligeira (7-9), moderada (10-14), severa (15-19), e extremamente severa (20-42); *Stress*: normal (0-10), ligeiro (11-18), moderado (19-26), severo (27-34), e extremamente severo (35-42); Depressão: normal (0-9), ligeira (10-12), moderada (13-20), grave (21-27), e extremamente grave (28-42).

Para esta escala, os resultados de cada domínio são determinados pela soma dos resultados dos 7 itens, num mínimo de 0 e num máximo de 21 (Lovibond e Lovibond, 1995). Na amostra atual os valores de consistência interna são: ansiedade ($\alpha = .90$); depressão ($\alpha = .92$) e *stress* ($\alpha = .90$).

Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF) – versão Portuguesa (Fonte et al., 2019).

O MHC-SF consiste num questionário breve para a avaliação da saúde mental positiva, baseado em 14 itens que avaliam as três principais dimensões de saúde mental – o bem-estar psicológico, emocional e social (Fonte et al., 2019).

No que diz respeito à dimensão psicológica esta inclui 6 itens (autonomia, autoaceitação, propósito na vida, crescimento pessoal, domínio ambiental e relação com os outros), já a dimensão emocional inclui 3 itens (felicidade, satisfação e interesse na vida), e por fim, a dimensão social abarca 5 itens (aceitação dos outros, integração social, coerência social, contribuição social e crescimento social) (Fonte et al., 2019).

Este inventário utiliza uma escala de tipo *likert* de 6 pontos que varia de “*Nunca*” a “*Todos os dias*”, de modo a orientar os participantes nas suas respostas (Fonte et al., 2019).

Foram identificados elevados níveis de consistência interna para as subescalas bem-estar emocional ($\alpha = .91$); bem-estar social ($\alpha = .86$) e bem-estar psicológica ($\alpha = .89$), bem como para o total da escala ($\alpha = .93$).

2.3 Procedimentos

Para a presente investigação foi desenhado um inquérito *online*, cujo objetivo residia na recolha de dados dos participantes, selecionados tendo por base os critérios de inclusão e exclusão acima referidos.

Este inquérito esteve disponível online entre os meses de dezembro de 2021 e março de 2022 no *Qualtrics survey*, preservando a identidade dos participantes (não foram utilizadas questões que possam identificar diretamente o participante – e.g. nome ou e-mail).

O formulário disponibilizado aos participantes era constituído por diferentes secções, iniciando com a nota do consentimento informado, (onde foram abordados os objetivos do estudo e as questões da confidencialidade), seguindo-se o questionário sociodemográfico e os restantes instrumentos descritos anteriormente, cujo tempo de resposta era de, aproximadamente, 20 minutos.

Os participantes foram recrutados através de contactos formais e/ou informais, tendo sido utilizadas fundamentalmente plataformas como o *Instagram* e o *Facebook*, como meio de divulgação do estudo.

De modo a garantir a qualidade dos dados, foram aplicados procedimentos de proteção contra amostras potencialmente enviesadas, através da inclusão de itens de validade como, “Assinale a opção” “Concordo Completamente” e “Assinale a resposta”, com objetivo de identificar respostas ao inquérito dadas potencialmente ao acaso, ou com baixo nível de atenção e/ou esforço.

Não foi fornecida qualquer compensação financeira pela participação. Após a recolha dos dados e a sua inserção na base de dados realizou-se o procedimento de limpeza dos dados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

2.4 Estratégia de análise de dados

Para o tratamento e análise de dados, foi utilizado o *software* IBM SPSS *Statistics* versão 28. Posteriormente foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis em estudo. De modo a verificar as diferenças entre géneros no bem-estar e *distress* psicológico, foram realizadas duas MANOVAs (*Multivariate Analysis of Variance*), depois de analisados os pressupostos de normalidade multivariada e de homogeneidade da matriz de variâncias-covariâncias. Relativamente à normalidade multivariada, embora diversos autores defendam a robustez da MANOVA a violações deste pressuposto quando os grupos em análise são relativamente grandes (Marôco, 2010; Pek et al., 2018; Pestana & Gageiro, 2020), procedeu-se à validação deste pressuposto através da inspeção gráfica dos resíduos. O pressuposto da homogeneidade da matriz de variâncias-covariâncias foi avaliado com o teste *M* de Box. No caso do bem-estar, a homogeneidade não foi rejeitada ($M = 12.08$; $F(6, 30107.49) = 1.96$; $p = .068$), tendo sido rejeitada para o *distress* psicológico ($M = 13.86$; $F(6, 30107.49) = 2.25$; $p = .036$). De acordo com Finch (2005), a MANOVA não-paramétrica tem maior potência e menor erro tipo I do que o teste paramétrico em quase todos os casos em que a homogeneidade das variâncias não se verifica. Como tal, para o *distress* psicológico optou-

se por realizar, também, uma MANOVA não-paramétrica, conforme descrito em Marôco (2010). No entanto, como os resultados obtidos foram coincidentes com os do procedimento paramétrico, optou-se por apenas reportar este último.

Apenas foram detetados efeitos estatisticamente significativos do género sobre o *distress* psicológico, pelo que, neste caso, procedeu-se à realização posterior de ANOVAs (*Analysis of Variance*), para cada uma das variáveis dependentes. Como, para a dimensão ansiedade, o teste de Levene para a homogeneidade das variâncias revelou a violação deste pressuposto ($F(1, 280) = 21.02; p = .003$), realizou-se a ANOVA com recurso à estatística F de Welch, que é robusta a violações da homogeneidade de variâncias (Pestana & Gageiro, 2020). Tanto nos testes de Levene, como nas ANOVAS, os valores de p foram ajustados com recurso a correções de Bonferroni, multiplicando-os pelo número de análises realizadas.

Para analisar o papel da orientação positiva para a vida e das estratégias de *coping* na predição do bem-estar e do *distress* psicológico, controlando o efeito da idade e do género, realizou-se uma regressão linear múltipla hierárquica. Analisaram-se os pressupostos do modelo, nomeadamente, a existência de uma relação linear entre as variáveis, bem como o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros, tendo-se validado os três primeiros por inspeção visual dos resíduos e o último com a estatística de Durbin-Watson ($d \approx 2 (\pm 0.4)$), conforme descrito em Marôco (2010). A medida VIF (*Variance Inflation Factor*), não revelou problemas relacionados com a multicolinearidade, já que $VIF < 10$, para todas as variáveis independentes (Myers, 1986).

Considerou-se um nível de significância de .05.

3. Resultados

3.1 Análise Descritiva das Variáveis em Estudo

De modo a dar resposta ao primeiro objetivo realizaram-se análises descritivas das principais fontes de *stress* identificadas e das estratégias de *coping* utilizadas. Foram também analisados os níveis médio de bem-estar, *distress* psicológico e OPV.

Relativamente às principais fontes de *stress* identificadas, observou-se que, dos 282 elementos da amostra, 4 (2.84%) não indicaram qualquer fator de *stress*, 33 (11.70%) apenas indicaram um fator e 39 (13.83%) apenas indicaram dois fatores.

Conforme se pode verificar, pela consulta da Tabela 2, do total de 729 respostas apresentadas, as questões relacionadas com os estudos constituíram o maior fator de *stress*,

tendo surgido em 210 (28.81%) das respostas, seguido das relações interpessoais, que surgiu em 171 (23.46%) das respostas. A pressão social constituiu o menor fator de *stress* da amostra, já que apenas surgiu em 5 respostas (0.69%).

Tabela 2.
Fatores de Stress.

	<i>N</i>	%
Relações interpessoais	171	23.5
Próprio	70	9.6
Problemas de saúde	25	3.4
Estudos	210	28.8
Atividade profissional/Trabalho	91	12.5
Situação financeira/Dinheiro/Custo de vida	32	4.4
Gestão	16	2.2
Futuro	47	6.5
Stressores globais	27	3.7
Pressão social	5	0.7
Outros	35	4.8
Total de respostas	729	100

Tal qual figura na Tabela 3, no total das 282 respostas o *coping* ativo ($M = 4.00$; $DP = 1.34$) apresenta-se juntamente com o planeamento ($M = 3.99$; $DP = 1.40$), a aceitação ($M = 3.80$; $DP = 1.37$), a reavaliação positiva ($M = 3.66$; $DP = 1.59$), a ventilação emocional ($M = 3.18$; $DP = 1.47$) e o humor ($M = 3.07$; $DP = 1.90$) como as estratégias mais utilizadas pelos indivíduos em estudo. Ademais, no que refere aos níveis médios de *distress* psicológico, destaca-se a ansiedade ($M = 5.63$; $DP = 5.23$).

Tabela 3.*Analises descritivas das variáveis em estudo.*

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Amplitude</i>
Escala de Positividade	282	29.31	5.90	9 - 40
Brief Cope				
Ativo	282	4.00	1.34	0 - 6
Planeamento	282	3.99	1.40	0 - 6
Suporte Instrumental	282	3.27	1.70	0 - 6
Suporte Emocional	282	3.31	1.68	0 - 6
Religião	282	1.39	1.67	0 - 6
Reavaliação Positiva	282	3.66	1.59	0 - 6
Auto Culpa	282	3.00	1.80	0 - 6
Aceitação	282	3.80	1.37	0 - 6
Ventilação Emocional	282	3.18	1.47	0 - 6
Negação	282	1.29	1.33	0 - 5
Auto Distração	282	3.49	1.65	0 - 6
Desinv Comportamental	282	1.29	1.45	0 - 6
Uso de Substâncias	282	0.60	1.30	0 - 6
Humor	282	3.07	1.90	0 - 6
EDAS - 21				
Stress	282	8.57	4.99	0 - 21
<i>Stress*2</i>		17.14	9.98	0 - 42
Ansiedade	282	5.63	5.23	0 - 21
<i>Ansiedade*2</i>		11.26	10.46	0 - 42
Depressão	282	6.24	5.24	0 - 21
<i>Depressão*2</i>		12.50	10.48	0 - 42
MHC-SF				
Emocional	282	12.95	3.00	4 - 18
Social	282	17.20	5.51	5 - 30
Psicológica	282	26.18	6.11	10 - 36

3.2 Diferenças no nível de Bem-estar e do *Distress* Psicológico em função do género

De modo a responder ao segundo objetivo, verificou-se que, na amostra, os participantes do género feminino apresentam níveis de bem-estar superiores, com exceção do bem-estar emocional (ver Tabela 4). Todavia, quando se consideram as três dimensões em simultâneo, não foram identificados efeitos significativos do género ($\Lambda = .99$; $F(3, 278) = 1.36$, $p = .256$; $\eta_p^2 = .014$).

Tabela 4.

Diferenças no nível de Bem-estar em função do género.

Subescalas	Género Masculino ($n = 42$) $M(DP)$	Género Feminino ($n = 240$) $M(DP)$
Bem-estar Emocional	13.29 (3.48)	12.92 (2.91)
Bem-estar Social	16.45 (5.96)	17.32 (5.43)
Bem-estar Psicológico	26.14 (6.05)	26.18 (6.13)

No que diz respeito ao *distress* psicológico, o efeito do género foi significativo ($\Lambda = .95$; $F(3, 278) = 5.16$, $p = .002$; $\eta_p^2 = .053$). De facto, verifica-se que, quando se analisam as variáveis dependentes em separado, o género tem um efeito estatisticamente significativo no *stress* e na ansiedade, com o género feminino a apresentar maiores níveis destas dimensões do que o género masculino (ver Tabela 5). No entanto, apesar de, na amostra selecionada, o género feminino também apresentar maiores níveis de depressão, esta diferença não se revelou estatisticamente significativa.

Tabela 5.*Diferenças no nível de Distress Psicológico em função do género*

Subescalas	<i>Género Masculino</i> (<i>n</i> =42) <i>Média (DP)</i>	<i>Género Feminino</i> (<i>n</i> =240) <i>Média (DP)</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>F</i>	η_p^2
Depressão	5.38 (4.72)	6.39 (5.32)	1	280	1.32	.005
Stress	6.81 (4.09)	8.88 (5.08)	1	280	6.28*	.022
Ansiedade	3.14 (3.33)	6.07 (5.38)	1	83.87	22.27*	.040

Nota: Para a ansiedade foi considerada a estatística *F* de Welch.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

3.3 Papel da orientação positiva para a vida e das estratégias de *coping* na predição do bem-estar e do *distress* psicológico

Para analisar o papel da orientação positiva para a vida e das estratégias de *coping* na predição do bem-estar e do *distress* psicológico, controlando o efeito da idade e do género, realizou-se uma regressão linear múltipla hierárquica, para cada uma das dimensões do *coping* e do bem-estar. Na realização de cada regressão, consideraram-se três blocos. No primeiro, a idade e o género entraram no modelo como variáveis independentes, para controlar o efeito destas variáveis. No segundo, entrou a positividade e, no terceiro, as estratégias de *coping*.

No que diz respeito ao bem-estar emocional, no bloco 1, o modelo não se revelou estatisticamente significativo ($F(2, 279) = 1.41, p = .246, R^2 = .010$), tendo a idade e o género explicado apenas 1% da variância do bem-estar emocional. A introdução da positividade no modelo, passou a explicar uma variância adicional de 50.8%, sendo este aumento significativo ($F(1, 278) = 293.40, p < .001$). Ao acrescentar as estratégias de *coping* no modelo, este passou a explicar uma variância adicional de 6.6%, sendo este aumento significativo ($F(14, 264) = 3.00, p < .001$). Este modelo, com todas as variáveis independentes incluídas, foi estatisticamente significativo e explicou uma variância total de 58.5% ($F(17, 264) = 21.85, p < .001, R^2 = .585$). No modelo final, o género, a positividade,

o planeamento, a autculpabilização, o desinvestimento comportamental e o uso de substâncias revelaram-se preditores significativos de bem-estar emocional (ver Tabela 6), sendo que apenas a positividade e o planeamento constituem preditores positivos deste construto.

Relativamente ao bem-estar social, no bloco 1, o modelo não se revelou estatisticamente significativo ($F(2, 279) = 0.52, p = .595, R^2 = .004$), tendo a idade e o género explicado apenas 4% da variância do bem-estar social. A introdução da positividade no modelo, passou a explicar uma variância adicional de 30.6%, sendo este aumento significativo ($F(1, 278) = 123.17, p < .001$). Ao acrescentar as estratégias de *coping* neste modelo, este passou a explicar uma variância adicional de 5.6%, sendo este aumento não significativo ($F(14, 264) = 1.68, p = .060$). Este modelo, com todas as variáveis independentes incluídas, foi estatisticamente significativo e explicou uma variância total de 36.6% ($F(17, 264) = 8.97, p < .001, R^2 = .366$). No modelo final, a positividade e a utilização de suporte instrumental, revelaram-se preditores positivos e significativos de bem-estar social (ver Tabela 6).

Já no que concerne ao bem-estar psicológico, no bloco 1, o modelo não se revelou estatisticamente significativo ($F(2, 279) = 1.99, p = .139, R^2 = .014$), tendo a idade e o género explicado apenas 1.4% da variância do bem-estar psicológico. A inclusão da positividade no modelo, passou a explicar uma variância adicional de 40.8%, sendo este aumento significativo ($F(1, 278) = 196.02, p < .001$). Ao introduzir as estratégias de *coping* no modelo, este passou a explicar uma variância adicional de 7.8%, sendo este aumento significativo ($F(14, 264) = 2.92, p < .001$). Este modelo, com todas as variáveis independentes incluídas, foi estatisticamente significativo e explicou uma variância total de 49.9% ($F(17, 264) = 15.49, p < .001, R^2 = .499$). No modelo final, a positividade, e o desinvestimento comportamental demonstram ser preditores significativos de bem-estar psicológico (ver Tabela 6), todavia, apenas o primeiro se revelou um preditor positivo deste construto.

Quanto à depressão, no bloco 1, o modelo revelou-se estatisticamente significativo ($F(2, 279) = 3.37, p = .036, R^2 = .024$), tendo a idade e o género explicado apenas 2.4% da variância da mesma. A entrada da positividade no modelo, passou a explicar uma variância adicional de 32.8%, sendo este aumento significativo ($F(1, 278) = 140.456, p < .001$). Ao adicionar as estratégias de *coping* no modelo, este passou a explicar uma variância adicional de 18.7%, sendo este aumento significativo ($F(14, 264) = 7.66, p < .001$). Este modelo, com todas as variáveis independentes incluídas, foi estatisticamente significativo e explicou uma

variância total de 53.9% ($F(17, 264) = 18.31, p < .001, R^2 = .539$). No modelo final, a positividade, a autoculpabilização, o desinvestimento comportamental e o uso de substâncias revelaram-se preditores significativos da depressão (ver Tabela 7), sendo que apenas a autoculpabilização o desinvestimento comportamental e o uso de substâncias constituem preditores positivos deste construto.

Respetivamente à ansiedade, no bloco 1, o modelo revelou-se estatisticamente significativo ($F(2, 279) = 9.38, p < .001, R^2 = .063$), tendo a idade e o género explicado apenas 6.3% da variância. A introdução da positividade no modelo, passou a explicar uma variância adicional de 9.2%, sendo este aumento significativo ($F(1, 278) = 30.26, p < .001$). Ao acrescentar as estratégias de *coping* no modelo, este passou a explicar uma variância adicional de 22.6%, sendo também este igualmente significativo ($F(14, 264) = 6.89, p < .001$). Este modelo, com todas as variáveis independentes incluídas, foi estatisticamente significativo e explicou uma variância total de 38.1% ($F(17, 264) = 9.58, p < .001, R^2 = .381$). No modelo final, o género, a autoculpabilização, a negação, a autodistração e o uso de substâncias revelaram-se preditores positivos e significativos de ansiedade nesta fase do desenvolvimento (ver Tabela 7).

Por fim, no que respeita ao *stress*, no bloco 1, o modelo revelou-se estatisticamente significativo ($F(2, 279) = 6.87, p = .001, R^2 = .047$), tendo a idade e o género explicado apenas 4.7% da variância desta variável. No entanto, a introdução da positividade no modelo, passou a explicar uma variância adicional de 8.5%, sendo este aumento significativo ($F(1, 278) = 27.26, p < .001$). Ao acrescentar as estratégias de *coping* no modelo, este passou a explicar uma variância adicional de 22.5%, sendo este aumento significativo ($F(14, 264) = 6.60, p < .001$). Este modelo, com todas as variáveis independentes incluídas, foi estatisticamente significativo e explicou uma variância total de 35.7% ($F(17, 264) = 9.63, p < .001, R^2 = .357$). No modelo final, apenas, a autoculpabilização, a autodistração e o uso de substâncias se revelaram preditores positivos e significativos do construto em análise (ver Tabela 7).

Tabela 6.*Regressão Hierárquica para previsão do bem-estar.*

	Bem-estar Emocional		Bem-estar Social		Bem-estar Psicológico	
	β	t	B	t	β	t
BLOCO 1						
Idade	0.09	1.51	0.02	0.37	0.12	1.99*
Género	-0.32	-0.63	0.06	0.97	0.01	0.17
R^2	.010		.004		.014	
BLOCO 2						
Idade	0.01	0.36	-0.04	-0.74	0.05	1.10
Género	-0.09	-2.03*	0.02	0.43	-0.03	-0.70*
Positividade	0.79	17.13***	0.56	11.09***	0.64	14.00***
R^2	.518***		.310***		.422***	
ΔR^2	.508***		.306***		.408***	
BLOCO 3						
Idade	-0.01	-0.19	-0.02	-0.39	0.03	0.63
Género	-0.09	-2.05*	-0.01	-0.25	-0.05	-1.06
Positividade	0.54	10.02***	0.44	6.60***	0.49	8.26***

<i>Coping</i> Ativo	-0.11	-1.91	-0.06	-0.81	-0.09	-1.37
Planeamento	0.12	2.06*	-0.03	-0.48	0.08	1.36
Suporte Instrumental	0.01	0.07	0.21	2.36*	-0.02	-0.25
Suporte Emocional	0.07	1.00	-0.06	-0.70	0.10	1.28
Religião	-0.07	-0.13	0.10	1.89	-0.00	-0.04
Reavaliação Positiva	0.10	1.78	0.02	0.22	0.08	1.27
Autoculpabilização	-0.14	-2.79**	-0.07	-1.12	-0.08	-1.40
Aceitação	-0.01	-0.09	-0.06	-1.03	-0.10	1.80
Ventilação Emocional	-0.01	-0.18	0.02	0.23	0.04	0.71
Negação	0.04	0.79	0.07	1.17	-0.01	-0.16
Autodistração	-0.03	-0.58	-0.05	-0.83	0.01	0.24
Desinv.Comportamental	-0.11	-2.09*	-0.11	-1.61	-0.16	-2.70**
Uso de Substâncias	-0.10	-2.18*	-0.03	-0.47	-0.02	-0.43
Humor	0.02	0.49	0.01	0.13	0.02	0.41
R^2	.585***		.366***		.499***	
ΔR^2	.066***		.056		.078***	

Nota: Género: 0 – feminino e 1 – masculino

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabela 7.*Regressão Hierárquica para previsão do distress psicológico.*

	Depressão		Ansiedade		Stress	
	β	t	β	t	β	t
BLOCO 1						
Idade	-0.14	-2.32*	-0.15	-2.63**	-0.16	-2.71**
Género	0.06	1.01	0.19	3.27*	0.14	2.35*
R^2	.024		.063***		.047**	
BLOCO 2						
Idade	-0.08	-1.57	-0.12	-2.16*	-0.13	-2.26*
Género	0.10	2.01*	0.21	3.79**	0.16	2.80**
Positividade Total	-0.58	-11.85***	-0.31	-5.51***	-0.29	-5.22***
R^2	.351***		.155***		.132***	
ΔR^2	.328***		.092***		.085***	
BLOCO 3						
Idade	-0.04	-0.86	-0.07	-1.32	-0.08	-1.49
Género	0.06	1.38	0.13	2.37*	0.08	1.54
Positividade Total	-0.35	-6.28***	-0.08	-1.25	-0.06	-.90

<i>Coping</i> Ativo	-0.04	-0.72	-0.07	-0.94	0.02	0.30
Planeamento	-0.07	-1.11	0.08	1.16	0.03	0.41
Suporte Instrumental	0.05	0.71	-0.03	-0.34	0.07	0.75
Suporte Emocional	-0.08	-1.13	-0.03	-0.40	-0.09	-0.97
Religião	0.04	0.94	0.01	0.16	-0.00	0.07
Reavaliação Positiva	0.12	1.92	0.00	0.03	-0.00	-0.03
Autoculpabilização	0.22	4.15***	0.19	2.95**	0.26	4.13***
Aceitação	0.02	0.45	-0.00	-0.04	0.01	0.18
Ventilação Emocional	0.01	0.13	0.08	1.27	0.06	0.89
Negação	0.03	0.61	0.20	3.17**	0.11	1.69
Autodistração	0.09	1.87	0.13	2.23*	0.15	2.54*
Desinv.Comportamental	0.17	2.91**	0.11	1.62	0.10	1.46
Uso de Substâncias	0.20	4.14***	0.13	2.22*	0.16	2.87**
Humor	0.00	0.08	-0.01	-0.21	-0.05	-0.85
R^2		.539***		.381***		.357***
ΔR^2		.187***		.226***		.225***

Nota: Género: 0 – Masculino e 1 – Feminino;

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

4. Discussão

Esta investigação, alicerçada empiricamente nos fundamentos base da psicologia positiva, teve como principal objetivo analisar o papel das diferentes estratégias de *coping* e da OPV, quer no *distress* psicológico, como no bem-estar de um grupo de adultos emergentes Portugueses.

Numa primeira análise, tendo como orientação o primeiro objetivo: “*Analisar as principais fontes de stress percebidas pelos participantes assim como as estratégias de coping mais utilizadas para lidar com situações de stress*”, verificou-se que as questões relacionadas com o percurso académico, mais particularmente com os “*Estudos*” constituem a principal fonte de *stress* para os indivíduos em análise. Paralelamente, também as questões associadas às relações interpessoais e à vida profissional parecem determinantes para estes sujeitos. Estes resultados vão ao encontro das investigações realizadas por Foster e col. (2008) e Matud e col. (2020), uma vez que também estas questões são transversalmente apontadas por estes autores como stressores preponderantes nesta fase do ciclo de vida. Não obstante, no que concerne ainda à análise das fontes de *stress*, importa refletir que as questões relacionadas com a sexualidade e com a incerteza face ao futuro (pessoal e profissional), apesar de mencionadas em estudos contemporâneos como centrais nesta fase do desenvolvimento (Anikko et al, 2019; Maia & Dias, 2020), parecem significativamente menos valorizadas por este grupo de adultos emergentes. Este resultado poderá estar relacionado, entre outros fatores, com a desejabilidade social – associada principalmente às questões relacionadas com a sexualidade – temática que a literatura aponta como sensível para esta fase do desenvolvimento (Arnett, 2001). Ressalvar também a própria interpretação dos resultados, como um possível critério para estas conclusões dada a dificuldade associada à codificação de algumas respostas de carácter mais abrangente (e.g. problemas na relação). Neste sentido, de modo a evitar este constrangimento, seria importante que em investigações futuras fosse pedido diretamente aos participantes que descrevessem com mais detalhe as suas fontes de *stress*.

Ainda no que refere ao primeiro objetivo, verificou-se que as estratégias de *coping* mais utilizadas por este grupo de adultos emergentes dizem respeito ao: *coping* ativo; planeamento; aceitação; reavaliação positiva; autodistração e suporte emocional. Estes resultados vão parcialmente ao encontro das investigações de Bouteyere e col. (2007); Flannery e col. (2018) e Wingo e col. (2005), que indicam o *coping* ativo, a aceitação; o planeamento e o suporte emocional como centrais nesta faixa etária. Já as estratégias de

evitamento e de uso de substâncias são as menos reportadas. Estes resultados podem estar mais uma vez associados à deseabilidade social, especialmente no que refere a utilização de substâncias, assim com à baixa heterogeneidade da amostra, uma vez que mais de 90% dos indivíduos em estudo detêm habilitações académicas iguais ou superiores ao ensino secundário. Este indicador demonstra-se preponderante nesta análise uma vez que, segundo Dias e col. (2015), a utilização de estratégias desta natureza (uso de substâncias, desinvestimento, etc.) estão comumente associadas a níveis de escolaridade mais baixos.

Relativamente ao segundo objetivo: “*Analisar os níveis de bem-estar e distress psicológico e explorar eventuais diferenças em função do género dos participantes*” verificou-se que os níveis de bem-estar emocional, social e psicológico figuram significativamente abaixo dos valores médios de bem-estar reportados no estudo de validação do instrumento para Portugal (Fonte et al., 2020), o que poderá estar relacionado de acordo com as investigações de Dias (2016) com o facto dos participantes em análise pertencerem a uma fase do desenvolvimento em que a perceção de bem-estar poderá estar comprometida. No que concerne à análise dos valores de *distress* psicológico, estes parecem acompanhar a tendência já verificada nas subdimensões do bem-estar, uma vez que apesar de registarem valores de *stress* ligeiros, estes indivíduos possuem valores de ansiedade e de depressão moderados, considerando os valores de referência de Lovibond e Lovibond (1995).

Ao explorar eventuais diferenças em função do género, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas ao nível do bem-estar. Já no que refere ao *distress* psicológico os indivíduos de género masculino apresentam níveis de ansiedade e *stress* significativamente mais baixos. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Matud e col. (2020) que apontam o sofrimento psicológico, o *stress* crónico, a angústia psicológica (componentes do *distress* psicológico), como mais elevados no género feminino, assim como níveis mais baixos de autoestima.

Por fim, no que respeita ao terceiro e último objetivo: “*Analisar o papel da orientação positiva para a vida e das estratégias de coping na predição de bem-estar e distress psicológico*”, verificou-se que, controlando o efeito da idade e do género, a variável positividade associa-se positiva e significativamente com todas as subdimensões do bem-estar. Este resultado permite-nos concluir que níveis mais elevados de OPV estão diretamente relacionados com uma perceção tendencialmente mais positiva de bem-estar geral – com especial destaque para o bem-estar emocional. Já no que refere ao *distress*

psicológico (depressão, ansiedade e *stress*) a variável OPV associa-se de forma significativa com a depressão, contudo negativamente, permitindo-nos inferir que níveis de positividade mais baixos parecem estar associados a estados depressivos mais elevados. Estes resultados, vão ao encontro das investigações de Alessandri (2008); Caprara (2009); Caprara e col. (2009) e Lyubomirsky e col. (2005) que, apesar de não terem como foco nos seus estudos esta fase do desenvolvimento em específico, enfatizam tal qual os nossos resultados o papel determinante da OPV (autoestima, otimismo e satisfação com a vida) na saúde mental dos indivíduos (níveis mais baixos de *distress* e mais elevados de bem-estar).

Por sua vez, quando interpretados os resultados referentes à relação entre a utilização de estratégias de *coping* e o bem-estar, verificou-se uma associação significativamente positiva entre o bem-estar emocional e o planeamento, bem como entre o bem-estar social e o suporte instrumental, sendo que o planeamento e o suporte instrumental constituem estratégias de *coping* ativo. Contrariamente, estratégias como a autculpabilização, o desinvestimento comportamental e o uso de substâncias, parecem associar-se significativamente e de forma negativa com o bem-estar emocional, existindo também uma associação negativa significativa entre o desinvestimento comportamental e o bem-estar psicológico. Estes resultados apresentam-se em conformidade com as investigações de Bouteyere e col. (2007); Compas e col. (2001); Flannery e col. (2018) e Wingo e col. (2015), o que nos permite concluir que a utilização das estratégias de *coping* supramencionadas (estratégias de evitamento) estão associadas a níveis de bem-estar mais baixos. Em concordância, a literatura tem sugerido também que a utilização de estratégias como o planeamento e o suporte instrumental estão associadas a um melhor funcionamento social e a níveis de bem-estar mais elevados (Bouteyere et al., 2007; Lazarus et al., 1984).

Ao analisar o papel das estratégias de *coping* no *distress* psicológico, verificou-se que a autculpabilização e o uso de substâncias surgem como preditores positivos de todas as dimensões de *distress* psicológico, a autodistração como preditora de *stress* e ansiedade, o desinvestimento comportamental como preditor de depressão e a negação como preditora de ansiedade. Estes resultados vão ao encontro da literatura, cujo resultado mais sólido e consistente acerca do *coping* relaciona-se com os efeitos adversos na saúde mental e no ajustamento psicológico da utilização de estratégias de evitamento (Blalock & Joiner, 2000; Chao, 2011; Melodia et al., 2020).

Em suma, os resultados desta investigação permitem sublinhar o papel preponderante da positividade e da utilização de determinadas estratégias de enfrentamento (e.g. planeamento,

suporte instrumental, *coping* ativo) na persecução da saúde mental deste grupo de adultos emergentes. Ademais, permite asseverar os níveis de bem-estar e *distress* psicológico nesta fase do desenvolvimento, comparativamente com aquilo que são os valores médios de referência, sugerindo, portanto, aquelas que poderão ser as principais áreas de atuação e intervenção clínica. Paralelamente, este estudo contribuiu também para o enriquecimento da investigação científica no que concerne a questões aparentemente ainda pouco exploradas como é o caso da OPV.

Contudo, esta investigação apresenta algumas limitações, das quais se destacam a fraca heterogeneidade da amostra, pelo que se teria tornado benéfico a recolha numa amostra de maiores dimensões e mais equilibrada em relação ao género, escolaridade e atividade profissional/académica. Importa igualmente ressaltar os conhecimentos que alguns participantes detêm sobre a prática psicológica (estudo em psicologia) – o que poderá ter levado a uma maior familiarização com os constructos e medidas em análise. Ademais, importa considerar o fator desejabilidade social associado às dimensões em análise, pelo que, em estudos futuros, sugerimos a aplicação de uma medida de desejabilidade social de modo a controlar mais eficazmente esta dimensão. Numa fase mais avançada da investigação percebemos também que poderia ter sido interessante uma análise que contivesse um paralelismo direto entre as fontes de *stress* e as estratégias de *coping* utilizadas para cada um desses mesmos stressores. Outra limitação diz respeito aos baixos valores de alfa de algumas subescalas do Brief-COPE, especificamente a ventilação emocional, o planeamento e a negação. É, portanto, necessário ler com maior atenção os resultados relativos a estas estratégias. No entanto, foi decidido manter todas as subescalas em análises e discutir os seus resultados uma vez que o valor alfa é afetado pelo número de itens que compõem cada subescala. Não se espera que as subescalas com apenas dois itens tenham os mesmos valores de consistência interna que as escalas mais longas ou não-abreviadas (Kato, 2015; Ziegler et al., 2014).

Por fim, no que refere às implicações para a prática clínica, acreditamos que esta investigação detém um potencial clínico bastante positivo, dado o carácter situacional e idiossincrático associado a estas questões, permitindo-nos para além de uma perceção atual acerca daquelas que são as principais fontes de *stress* nos adultos emergentes, considerar a situação pós-pandémica que atravessamos. Estas informações podem possibilitar uma intervenção clínica mais informada sobre as mesmas, na medida em que os resultados tendem a elucidar sobre quais as principais estratégias de enfrentamento comumente

utilizadas por estes indivíduos, orientando o clínico sobre como potenciar a adoção de estratégias mais adaptativas nas diferentes esferas das vidas destes jovens emergentes.

Referências Bibliográficas

- Alessandri, G. (2008). An empirical test of the theory of positivity. Results from cross sectional, longitudinal and genetic data. Unpublished Ph. D. Dissertation, “Sapienza”, University of Rome, Italy.
- Anniko, M. K., Boersma, K., & Tillfors, M. (2019). Sources of stress and worry in the development of stress-related mental health problems: A longitudinal investigation from early-to mid-adolescence. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(2), 155-167. <https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1549657>
- Arnett, J. J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development*, 8(2), 133-143. <https://doi.org/10.1023/A:1026450103225>
- Arnett, J. J. (2010). Emerging adulthood (s). *Bridging cultural and developmental approaches to psychology: New syntheses in theory, research, and policy*, 255-275. <https://doi.org/doi:10.5195/jyd.2007.359>
- Batra, S. (2013). The psychosocial development of children: Implications for education and society—Erik Erikson in context. *Contemporary Education Dialogue*, 10(2), 249-278. <https://doi.org/10.1177/0973184913485014>
- Bell, S., & Lee, C. (2008). Transitions in emerging adulthood and stress among young Australian women. *International journal of behavioral medicine*, 15(4), 280-288. <https://doi.org/10.1080/10705500802365482>
- Bishop, G. D. (1994). Health psychology: integrating mind and body. Singapore: Allyn and Bacon.
- Blalock, J. A., & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive therapy and research*, 24(1), 47-65. <https://doi.org/10.1023/A:1005450908245>

- Bouteyre, E., Maurel, M., & Bernaud, J.L. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*, 23, 93–99. <https://doi.org/10.1002/smi.1125>
- Brown, G. K., & Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53–63. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(87\)90006-6](https://doi.org/10.1016/0304-3959(87)90006-6)
- Caprara, G. V., Fagnani, C., Alessandri, G., Steca, P., Gigantesco, A., Sforza, L. L. C., & Stazi, M. A. (2009). Human optimal functioning: The genetics of positive orientation towards self, life, and the future. *Behavior genetics*, 39(3), 277-284. <https://doi.org/10.1007/s10519-009-9267-y>
- Caprara, G. V. (2009). Positive orientation: Turning potentials into optimal functioning. *The Bulletin of the European Health Psychologist*, 11(3), 46-48. <https://doi.org/10.1037/a0026681>
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G., & Abela, J. (2012) The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, 24(3), 701-712. <https://doi.org/10.1037/a0026681>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Chao, R. C. L. (2011). Managing stress and maintaining well-being: Social support, problem-focused coping, and avoidant coping. *Journal of Counseling & Development*, 89(3), 338-348. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00098.x>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge Academic.

- Compas, B. E., Boyer, M. C., Stanger, C., Collier, R. B., Thomsen, A. H., Duon, L. M., et al. (2006). Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1132–1142. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1132>
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87–127. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Cruz, J. F., Teixeira, R., Sofia, R., & Ferreira, M. J. (2016). "Adaptação, aplicação e validação da Escala de Positividade: Evidência adicional em contextos desportivos.". In *Actas do 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses: 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses*, Lisboa, Portugal, 18-26. Lisboa, Portugal: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Dias, M. F. L. (2016). *Confiança interpessoal e bem-estar subjetivo na adultez* (Doctoral dissertation).
- Dias, P. C. A., Rodriguez, J. A. G. del C., & López-Sánchez, C. (2015). Adaptação da Escala de Estratégias de Coping na adolescência numa amostra portuguesa. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 11–20. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150003>
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. Recuperado de <http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/review.html>. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6_2
- Diener, E., Scollon, C. N. & Lucas, R. E. (2003). The involving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_4
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

- Ferreira, M., J. (2011). *A qualidade da experiência subjetiva e o envelhecimento: Relações como o bem-estar e solidão* (Dissertação de Doutoramento). Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Finch, H. (2005). Comparison of the Performance of Nonparametric and Parametric MANOVA Test Statistics when Assumptions Are Violated. *Methodology*, 1(1), 2738. <https://doi.org/10.1027/1614-1881.1.1.27>.
- Flannery, K. M., Vannucci, A., & Ohannessian, C. M. (2018). Using time-varying effect modeling to examine age-varying gender differences in coping throughout adolescence and emerging adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 62(3), S27-S34. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.09.027>
- Fonte, C., Silva, I., Vilhena, E., & Keyes, C. L. (2020). The Portuguese Adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form for Adult Population. *Community mental health journal*, 56(2), 368-375. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00484-8>
- Foster, H., Hagan, J., & Brooks-Gunn, J. (2008). Growing up fast: Stress exposure and subjective “weathering” in emerging adulthood. *Journal of health and social behavior*, 49(2), 162-177. <https://doi.org/10.1177/002214650804900204>
- Galinha, I., & Ribeiro, J. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, saúde e doenças*, 6(2), 203-214.
- Hanson, R. (2017). *Brain happiness settings: New brain science contentment, calmness and trust*. (Trans.: K. Atakay). İstanbul: OkuyanUs. <https://doi.org/10.7596/taksad.v9i1.2395>
- Jenzer, T., Read, J. P., Naragon-Gainey, K., & Prince, M. A. (2019). Coping trajectories in emerging adulthood: The influence of temperament and gender. *Journal of personality*, 87(3), 607-619. <https://doi.org/10.1111/jopy.12419>
- Kato, T. (2015). Frequently used coping scales: A meta-analysis. *Stress and Health*, 31(4), 315–323. <https://doi.org/10.1002/smi.2557>
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>

- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics (6ª edição)*. ReportNumber.
- Matud, M. P., Díaz, A., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2020). Stress and Psychological Distress in Emerging Adulthood: A Gender Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2859. <https://doi.org/10.3390/jcm9092859>
- Melodia, F., Canale, N., & Griffiths, M. D. (2020). The role of avoidance coping and escape motives in problematic online gaming: A systematic literature review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-27. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00422-w>

- McConnell, J. V. (1974). *Understanding human behavior: An introduction to psychology*. Holt, Rinehart & Winston.
- Myers, R.H. (1986). *Classical and Modern Regression with Applications*. Duxbury Press.
- Novo, R. (2005). Bem-estar e psicologia: conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 20, 183-203.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862004000100001&lng=pt&tlng=es
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribution to the Adaptation study of the Portuguese Adaptation of the Lovibond and Lovibond Depression Anxiety Stress Scales (EADS) with 21 items. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862004000200007&lng=pt&tlng=en.
- Paludo, S. D. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 17(36), 9-20. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2007000100002>
- Pek, J., Wong, O., & Wong, A. (2018). How to Address Non-normality: A Taxonomy of Approaches, Reviewed, and Illustrated. *Frontiers in Psychology*, 9(2104). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02104>
- Pereira, A. S., Willhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. D. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 3767-3777. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. M. (2020). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS (6ª edição, 2ª impressão)*. Edições Sílabo.
- Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in

- Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, 136, 110186.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186>
- 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.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), 26-30.
<https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10770572>
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219- 247.
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>
- Seligman, M., E., P. (2011) *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.1.5>
- Sheldon, K. M., & Ryan, R. M. (2011). Positive psychology and self-determination theory: A natural interface. In *Human autonomy in cross-cultural context* (pp. 33-44). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9667-8_2
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Theoretical basis of subjective well-being, psychological well-being and well-being at work/Bases teoricas de bem-estar subjetivo,

- bem-estar psicologico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24(2), 201-210. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>
- Smith, C. A., & Kirby, L. D. (2011). The role of appraisal and emotion in coping and adaptation. *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*, 195-208.
- Sumner, R., Burrow, A. L., & Hill, P. L. (2014). *Identity and Purpose as Predictors of Subjective Well-Being in Emerging Adulthood*. *Emerging Adulthood*, 3(1), 46–54. <https://doi.org/10.1177/2167696814532796>
- Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., & Van Slyke, D. A. (1997). Development and validation of the pain response inventory for children. *Psychological Assessment*, 9(4), 392–405. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.392>
- Wingo, A. P., Baldessarini, R. J., & Windle, M. (2015). Coping styles: Longitudinal development from ages 17 to 33 and associations with psychiatric disorders. *Psychiatry research*, 225(3), 299-304. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.021>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Luxemburgo: World Health Organization.
- Yildiz, M. A. (2017). Pathways to positivity from perceived stress in adolescents: multiple mediation of emotion regulation and coping strategies. *Current Issues in Personality Psychology*, 5(4), 272-284. <https://doi.org/10.5114/cipp.2017.67894>
- Ziegler, M., Kemper, C. J., & Kruey, P. (2014). Short scales - Five misunderstandings and ways to overcome them. *Journal of Individual Differences*, 35(4), 185–189. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000148>