FERNANDO MONTEIRO LOPES DE SOUSA

A NATUREZA E A ESTRUTURA DO CONTÍNUO DA SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Orientador: Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da vida

Lisboa

2015

FERNANDO MONTEIRO LOPES DE SOUSA

A NATUREZA E A ESTRUTURA DO CONTÍNUO DA SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias sob o despacho reitoral nº 163/2016 com a seguinte composição de Júri:

Presidente-Professora Doutora Bárbara Nazaré

Arguente: Professora Doutora Neuza Silva

Orientador: Professor Doutor Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2015

"Não devemos permitir que alguém saia da nossa presença

sem se sentir melhor e mais feliz".

Madre Teresa de Calcutá

À Memória do meu pai

Pedro Lopes de Sousa

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Américo Baptista pelo rigor, incentivo e objetividade demonstrados ao longo do curso.

Aos meus pais por me trazerem à existência e pelo amor incondicional.

À minha família Teresa Sousa (esposa), Pedro Gabriel Sousa e Hugo Miguel Sousa (filhos) pelo amor, companheirismo e compreensão sem os quais seria impossível chegar ao fim desta etapa da minha vida com sucesso.

Aos meus irmãos e familiares pelo apoio, respeito e admiração.

Aos amigos e colegas Alice Morais, Ana Catarina Navalho, Maik Castro Mara Correia, Mariana Costa e Orlando Antunes pela partilha de experiencias, incentivo e acima de tudo pela amizade e companheirismo ao longo do mestrado.

A todos os professores com os quais tive o privilégio de aprender e partilhar os momentos de alegria, mas também de angústia e receios.

Aos professores Isabel Santos e João Pedro Oliveira, pelos conselhos, entusiasmo e curiosidades transmitidos ao longo do curso.

A todos os que tornaram possível este estudo, através da participação em todo o processo de investigação.

RESUMO

A saúde mental foi descrita durante muito tempo como a ausência de psicopatologias. Os conceitos de saúde mental mudaram nos anos mais recentes. Existe hoje um consenso crescente de que a saúde mental não é somente a ausência de doença mental, mas inclui também a presença de sentimentos positivos (bem-estar emocional) e funcionamento positivo na vida individual (bem-estar psicológico) e vida comunitária (bem-estar social). A presente investigação teve como objetivo avaliar a natureza e a estrutura fatorial da Escala Contínuo da Saúde Mental Reduzida (MHC-SF) em estudantes universitários. Participaram no estudo 269 indivíduos, sendo que 102 eram do sexo masculino (37,9%) e 167 do sexo feminino (62,1%), que preencheram um questionário de dados demográficos e as escalas Contínuo de Saúde Mental Reduzida, Satisfação com a Vida, Afetividade Positiva e Negativa e de Felicidade Subjetiva. Os resultados da análise de eixos principais mostraram uma estrutura de três fatores: Bem-estar Psicológico, Bem-estar Social e Bem-estar Emocional, com uma Variança total explicada de 60,5%, sendo que o primeiro fator o Bem-estar Psicológico explica 40,5% da Variança, o segundo fator o Bem-estar Social 12,3% e o terceiro fator, o Bem-estar Emocional 7,7% da Variança. A escala do contínuo da saúde mental versão reduzida apresentou boas qualidades psicométricas e correlações positivas com as escalas de satisfação com a vida, felicidade subjetiva. Com a escala de afetividade positiva e negativa as correlações foram positivas com afetividade positiva e negativas com afetividade negativa.

Palavras-chave: Natureza, Estrutura, Contínuo de Saúde Mental, Estudantes Universitários.

Abstract

Mental health was describe for a long time as absence of psycopathologies. But in the recent years the concept of mental health changed. Today there is a growing consensus that mental health is not only the absence of mental illness, but also include the presence of positive feelings (emotional well-being) and positive functioning in individual life (psycological well-being) and communitarian life (social well-being). The present investigation had as goal to evaluate the factorial nature and structure of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) in universitarian students. In this study participated 269 indivíduals, 102 males (37,9%) e 167 females (62,1%) who fulfiiled a socio-demographic questionnaire and the scales of Mental Health Continuum Short Form, Satisfaction with Life, Positive and Negative Affect and Subjective Happiness Scale. The analysis results of the main axes showed a three factors structure: Psycological well-being, Social well-being and Emotional well-being, with a total explained variation of 60,5%. The first factor (Psycological well-being) explaines 40,5% of the variation; the second factor (Social well-being) explaines 12,3% and the third factor (Emotional well-being) explaines 7,7%. The Scale of Mental Health Continuum Short Form showed good psychometrics qualities and positives correlations with the satisfaction scales with life, subjective happiness. With the positive and negative affectivity scale, the correlations were positive with positive affectivity and negatives with negative affectivity.

Key-words: Nature, Structure, Mental Health Continuum, Universitarian students.

Índice Geral

INTRODUÇÃO ---------- 9

CAPÍTULO I – O BEM-ESTAR SUBJETIVO---------- 13

1.1. A Perspetiva Hedónica---------- 14

1.2. As Componentes afetivas do Bem-estar Subjetivo---------- 16

1.2.1. A Dimensão Cognitiva do Bem-estar Subjetivo---------- 17

1.2.2. A Dimensão Emocional do Bem-estar Subjetivo---------- 18

1.3. A Teoria do Bem-estar: Abordagem Base-Topo e Topo-Base---------- 21

CAPÍTULO II – O CONTÍNUO DA SAÚDE MENTAL---------- 22

2.1. O Modelo compreensivo de Keyes---------- 25

2.1.1. Bem-estar Psicológico---------- 26

2.1.2. Bem-estar Social---------- 27

2.1.3. Bem-estar Emocional---------- 28

CAPÍTULO III – CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO---------- 29

3.1. Objetivos e Hipóteses---------- 30

3.2. Caraterização da Amostra---------- 30

3.3. Medidas---------- 31

3.3.1. Questionário de Dados Demográficos---------- 31

3.3.2. Escala do Contínuo da Saúde Mental Reduzida---------- 31

3.3.3. Escala de Satisfação com a Vida---------- 33

3.3.4. Escala de Felicidade Subjetiva---------- 33

3.3.5. Escala de afetos Positivos e Negativos---------- 34

3.4. Procedimento---------- 35

CAPÍTULO IV – RESULTADOS---------- 36

4.1. Análise em componentes principais---------- 37

4.2. Análise Fatorial Exploratória---------- 37

4.3. Qualidades Psicométricas---------- 38

4.4. Análise de Diferenças entre os sexos---------- 39

4.5. Análises de Correlações---------- 40

4.6. Análises de Correlações – Sexo Masculino---------- 41

4.7. Análise de Correlações – Sexo Feminino---------- 42

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO---------- 45

CONCLUSÃO---------- 48

BIBLIOGRAFIA---------- 51

APÊNDICE I---------- 63

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra por sexos---------- 31

Tabela 2. Gráfico da análise fatorial de acordo com o corte eigenvalue---------- 37

Tabela 3. Análise fatorial Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF)------- 38

Tabela 4. Variança Total explicada---------- 38

Tabela 5. Diferenças entre médias do sexo masculino e feminino---------- 39

Tabela 6. Matriz de Correlações Bivariadas entre Continuum da Saúde Mental, Satisfação com a vida, Felicidade Subjetiva e dimensões da Afetividade---------- 40

Tabela 7. Matriz de Correlações Bivariadas entre Continuum da Saúde Mental, Satisfação com a vida, Felicidade Subjetiva e dimensões da Afetividade em participantes do sexo masculino---------- 42

Tabela 8. Matriz de Correlações Bivariadas entre Continuum da Saúde Mental, Satisfação com a vida, Felicidade Subjetiva e dimensões da Afetividade em participantes do sexo feminino---------- 44

INTRODUÇÃO

Nós os seres humanos temos como meta alcançar o bem-estar e felicidade (Buss, 2000). Nas últimas décadas tem-se atestado uma explosão na investigação sobre a felicidade e bem-estar subjetivo (Lyubomirsky & Lepper, 1999; Urza, Cortés, Veja, Prieto & Tapia, 2009) e atualmente este interesse estende-se desde as áreas de gestão até à saúde mental (Steel, Schmidt & Shultz, 2008). O bem-estar subjetivo é um conceito multidimensional que inclui uma componente afetiva e outra cognitiva (Campbell, Converse & Rodgers, 1976; Diener, 1984; Veenhoven, 1984; Lucas, Diener, & Suh, 1996; Pavot & Diener, 2013). Segundo Diener (1984), a forma como as pessoas sentem e pensam acerca da sua própria vida é composta por duas dimensões: os afetos e a cognição. Os afetos envolvem sentimentos vivenciados pelo indivíduo, tanto positivos como negativos (Bradburn, 1969). Os afetos positivos e afetos negativos são caracterizados como a intensidade e a frequência com que as pessoas vivenciam as emoções (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). Indivíduos com altos scores de afetos positivos experienciam episódios intensos e frequentes de prazer. Eles se consideram alegres, entusiasmados e confiantes. Diferentemente, indivíduos com altos níveis de afetos negativos experienciam repetidamente episódios intensos de desprazer. De modo geral, essas pessoas percebem-se como tristes, desanimadas e preocupadas (Watson, 2005).

Pavot & Diener, (1993); Lucas, Diener & Suh, (1996), referiram que as componentes afetivas do bem-estar podem ser definidos como estados e emoções representativos da forma como o indivíduo vivencia os acontecimentos no momento imediato. Portanto, refere-se a respostas de curta duração, a estados corporais e motivações menos conscientes. A afetividade demonstrou ser tão importante que motivou o estudo das características associadas a maiores e menores níveis destas emoções e estados de humor. A frequência com que alguém vivencia afetos positivos e negativos contribui mais para a perceção de felicidade ou infelicidade do que a intensidade dos afetos (Lyubomirsky, King, & Diener, (2005). Diener, Sandvik e Larsen (1985), verificaram que a intensidade e frequência das emoções diferem entre sexos e deferem por idades. Concluíram ainda que as mulheres e a população mais jovem relatam maior afetividade negativa do que positiva. De acordo com (Zanon & Hutz, 2010), esta descoberta aponta uma tendência maior das mulheres vivenciarem emoções de irritação, preocupação e raiva do que os homens.

A componente cognitiva refere-se à satisfação que envolve o sujeito, remendo-o para uma avaliação da sua própria vida. Este processo cognitivo remete para manifestações agregadas à vida emocional, mas também engloba uma avaliação do sucesso que o ser

humano crê ter alcançado para concretizar o seu objetivo (Pavot & Diener 2013). É definida como a avaliação global que o individuo faz da sua qualidade de vida e de acordo com os seus próprios critérios (Pavot & Diener,1993; Pavot & Diener 2008). Portanto, reflete o bem-estar a longo prazo, onde são determinantes as circunstâncias da vida, valores e objetivos pessoais (Pavot & Diener, 1993). Por conseguinte, a satisfação com a vida é a avaliação cognitiva da vida como um todo e estudos demonstram que existem variáveis, como características demográficas, estilos de coping, relações interpessoais, traços de personalidade, a persecução de objetivos, mantém uma correlações não significativas ou moderadas com o bem-estar subjetivo (Kim-Prieto, Diener, Tamir, Scollon, & Diener, 2005); Myers & Diener, 1995). Por outro lado, estudos demonstram que os fatores afetivos e cognitivos estão relacionados, podendo ser avaliadas separadamente, entretanto poderão assumir diferenças ao longo do tempo quanto à sua estabilidade temporal (Eid e Diener, 2004), o que irá diversificar nos fatores preditores e consequências do estado de bem-estar (Luhmann, Hawkley, Eid & Cacioppo, 2012).

Diener (2006); Lyubomirsky & Lepper, (1999), consideram a felicidade como indicador do bem-estar subjetivo. Sendo, neste sentido, confundível com outras medidas deste tipo. Veenhoven (1984) refere que felicidade, satisfação com a vida, qualidade de vida, bem-estar, denotam o mesmo significado e são utlizados como sinónimos. Felicidade pode significar prazer, satisfação com a vida, emoções positivas, vida plena, ou sensação de contentamento entre outros (Diener et al., 2003). De acordo com (Diener, 1984), a Felicidade ou Bem-estar é um conceito abrangente, que pode ser descrito como a motivação subjacente ao comportamento humano. Neste contexto existem duas correntes de estudo: o bem-estar hedónico e o bem-estar eudaimónico. A corrente hedónica centra-se importância das emoções. Aqui insere-se o modelo do Bem -estar Subjetivo, que salienta a influência dos níveis de Afetividade e de Satisfação com a vida no bem-estar (Diener, 2009). Por outro lado, a corrente eudaimónica refere-se à importância do nível de funcionamento pessoal, significado e auto-realização dos indivíduos, aqui inserem-se os modelos do Bem-estar Psicológico e do Bem-estar Social (Keyes, 2002; Ryff & Singer, 2008). A separação empírica entre as duas correntes é controversa (Kashdan, Biswas-Diener & King, 2008; Fave, Brdar, Freire, Vella-Brodrick & Wissing, 2011), tendo surgido recentemente o Contínuo da Saúde Mental, um modelo onde a presença ou ausência de saúde mental resulta de maiores níveis de emoções positivas, Bem-estar psicológico e Bem-estar social (Keyes, 2002). Assim, a partir da perspetiva do contínuo da saúde mental, Keyes (2002) operacionaliza a saúde mental como

um síndrome composto por sintomas de emoções e funcionamento positivos. O seu modelo compreensivo combina três dimensões da saúde mental, uma dimensão hedónica que inclui sintomas de Bem-estar emocional, e duas dimensões do funcionamento positivo eudaimónico, referentes a sintomas de Bem-estar psicológico e Bem-estar social (Keyes, 2002). São três as componentes nucleares desta definição: bem-estar, funcionamento efetivo na vida individual, e funcionamento efetivo na vida em comunidade, que todos juntos compõem a saúde mental. Esta definição baseia-se em duas antigas tradições nos estudos sobre bem viver (Deci & Ryan, 2008; Ryff,1989): a tradição hedónica que diz respeito aos sentimentos de felicidade e a tradição eudaimónica que foca o funcionamento geral na vida privada e social (Keyes,1998; Waterman,1993).

De acordo com a tradição hedónica, o bem-estar é composto por felicidade e a experiência de emoções agradáveis. A Saúde mental é aumentada através da maximização de sentimentos positivos, agradáveis, minimizando sentimentos negativos, desagradáveis. Pesquisas sobre o bem-estar emocional reflete este aspeto afetivo da tradição hedónica. Como complemento de um balanço positivo de efeitos agradáveis ou desagradáveis, o bem-estar emocional inclui uma avaliação cognitiva da satisfação com a vida em geral (Diener,Suh,Lucas,&Smith,1999;Keyes,2009). A dimensão Bem-estar emocional representa a componente hedónica da saúde mental. É constituído por um conjunto de sintomas que refletem a presença ou ausência de sentimentos positivos sobre a vida (Keyes, 2002) assemelhando-se aos conceitos de Afeto Positivo e Satisfação com a vida.

A tradição eudaimónica considera o funcionamento geral na vida e é medida usando-se dois modelos multidimensional: bem-estar psicológico e bem-estar social, que refletem como os indivíduos vêem a si próprios na vida (Keyes,2002). A dimensão Bem-estar psicológica baseia-se no conceito de funcionamento positivo segundo o modelo dos 6 fatores de Ryff (Keyes, 2002). Este modelo da auto-realização fundamenta-se na perspetiva eudaimónica de Aristóteles, segundo a qual, cada individuo tem como principal objetivo de vida alcançar o seu verdadeiro potencial (Ryff & Singer, 2008; Ryff, 2013). Segundo Keyes (2006), além destas componentes privadas, os indivíduos estão inseridos em comunidades e estruturas sociais com tarefas e desafios sociais diversos, os quais, contribuem também para a sua avaliação do bem-estar. Este constructo insere-se numa perspetiva eudaimónica (Keyes, 2002) do bem-estar e consiste na avaliação do indivíduo acerca das suas circunstâncias, funcionamento social (Keyes, 1998) e de relação com os outros (Keyes, 2006). Tomando em conta as abordagens hedónica e eudaimónica, a saúde mental positiva pode ser definida como

a presença do bem-estar emocional, psicológico, e social (Keyes, 2002), de acordo com a definição da OMS (2004).

A presente investigação teve como objetivo avaliar a estrutura fatorial da escala Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), em uma amostra significativa de estudantes universitários, onde foram colocadas as seguintes hipóteses: (H1) - É esperado confirmar a estrutura de três fatores: Bem-estar Emocional, Bem-estar Psicológico e Bem-estar Social, (H2) - É esperado que as três subescalas, Bem-estar Emocional, Bem-estar Psicológico e Bem-estar Social tenham propriedades adequadas ao estudo original. (H3) - É esperado que este estudo confirme a validade convergente do MHC-SF, com subescalas de bem-estar social, psicológico e emocional, correlacionando positivamente com as medidas de satisfação com a vida, felicidade subjetiva e afetos positivos e correlaciona negativamente com a afetividade negativa, (H4) - Não é esperado encontrar diferenças estatisticamente significativas entre os sexos no que diz respeito às medidas do Bem-estar Psicológico, Bem-estar Social, Bem-estar Emocional, Satisfação com a vida, Felicidade Subjetiva, Afetividade Positiva e (H5) - É esperado encontrar diferenças estatisticamente significativas na variável afetividade negativa entre homens e mulheres.

As hipóteses foram testadas numa amostra de conveniência de 269 estudantes do ensino universitário. Os participantes preencheram um protocolo com as medidas Escala do Contínuo da Saúde Mental reduzida (Keyes, 2005), Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), Escala de Felicidade Subjetiva (Lyubormirsky & Lepper, 1999) e Escala de afetividade Positiva e Negativa (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

O trabalho foi e elaborado de acordo com as normas de publicação da American Psychological Association (APA) e composto por cinco capítulos. O primeiro capítulo inicia-se a revisão da literatura sobre o bem-estar subjetivo, no capítulo 2, o modelo do contínuo da saúde mental. No capítulo 3 encontram-se expostos os objetivos, as hipóteses, medidas e procedimentos utilizados. Os métodos estatísticos, as tabelas, e a discrição dos resultados encontram-se no capítulo 4. No capítulo 5 são discutidos os resultados tendo em conta os estudos anteriores. Na conclusão são recapitulados os objetivos e as hipóteses e as limitações dos estudos.

CAPÍTULO I: O BEM-ESTAR SUBJETIVO

1.1. A PERSPETIVA HEDÓNICA

De acordo com (Christopher, 1999; Ryff,1989), a investigação científica na área da psicologia sempre deu mais ênfase à infelicidade e o sofrimento do ser humano, em vez da ênfase sobre as causas e consequências do seu funcionamento positivo.

Com o intuito de provocar uma mudança Seligmam & Csikszentmihalyi, (2000), publicaram um artigo que viria a incentivar o aparecimento de uma nova área científica que foi a psicologia positiva. Esta nova área científica veio a debruçar-se no estudo dos processos e condicionalismos que contribuem para a felicidade, o funcionamento ótimo das instituições, grupos e pessoas, trazendo uma compreensão mais global da forma como o ser humano funciona (Gable & Haidt, 2005). Por não ser consensual a felicidade assume uma vasta gama de formas, que podem ir desde a maneira como fazemos uma avaliação da vida como um todo incluindo os seus aspetos significativos, (Averill & More, 1993), até a felicidade conseguida por se ter preenchido os objetivos e necessidades mais prementes (Emmons,2003), ou então, a felicidade alcançada como um equilíbrio entre os dois afetos: positivos e negativos (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002).

Sendo a felicidade um tema em constante estudo, no sentido de haver novas explicações, (Schueller & Seligmam, 2010) sugeriram três abordagens que explicam a felicidade: a primeira são as emoções positivas e prazer; a segunda o envolvimento, e por fim o significado. De acordo com estes autores as pessoas que conseguem conjugar essas três características são seriam mais felizes, embora que em relação à satisfação com a vida os fatores com maior peso são o envolvimento e o significado.

Para Dalle Fave, Brdar, Freire, Vella-Brodrick, & Wissing, (2011), apesar das diferenças entre estudos e as várias perspetivas, a psicologia positiva tem vindo a investigar a felicidade dando ênfase a duas perspetivas diferentes: a perspetiva hedónica e a eudaimónica. A perspetiva hedónica teve a sua origem entre os anos (435-366 A.C.) nas escolas de Aristuppus e Epicurus (321-270 A.C). De acordo com a ética hedónica, a ação do individuo tem como base motivacional a busca do prazer e evitamento da dor, tentando assim alcançar uma vida feliz (O'Keefe, 2009). A sua origem etimológica na palavra hedonê no grego cujo significado é "Prazer" e dela deriva o termo hedonismo. Hedonismo é uma corrente filosófica defensora da "Boa Vida", através da maximização do prazer e minimização da dor, sendo que a felicidade é vista como a totalidade dos momentos em que a pessoa alcança esta experiência hedónicas (Petersom, Park & seligmam, 2005; Ryan & Deci, 2001).

Com o passar do tempo, os filósofos cristãos teceram críticas sobre esta perspetiva, tendo em conta a sua incompatibilidade com a doutrina do afastamento pecado, (Seligman, 2005). O hedonismo foi recuperado no século VIII pela corrente utilitarista, levando assim ao inicio do estudo da experiência individual e coletiva do bem-estar. Nos primórdios do século XX, começaram a ser desenvolvidos os primeiros estudos empíricos com ênfase no bem-estar hedónico (Diener et al., 2009). Em detrimento da perspetiva eudaimónica, nos primeiros tempos predominou a perspetiva hedónica. Surgiram então, vários filósofos que estudaram a felicidade do ponto de vista eudaimónico. Aristóteles defendia que as pessoas tentam viver de acordo com o seu daimom verdadeiro eu (Aristóteles 1993), em busca de uma vida com significado. Portanto, para (Dalle Fave, Wissing, Brdar, Vella-Broderick, & freire, 2013; Watermam, Schwartz, & Conti, 2008), a eudaimonia sendo um estado subjetivo engloba sentimentos que estão presentes quando se busca a autorrealização. Na década de oitenta, baseado na perspetiva eudaimónica aparece o conceito de bem-estar psicológico, dando ênfase à capacidade humana de superar os desafios existenciais, tendo em conta as várias dimensões do funcionamento psicológico (Keyes e al., 2002).

Para (Ryff & Singer, 2008), através de estudos, este bem-estar psicológico está associado a vários indicadores de um funcionamento positivo ao nível da identidade, regulação emocional, estratégias de coping, cognições, traços de personalidade, comparação social, objetivos pessoais, acontecimentos de vida e correlação com fatores neurobiológicos. É nesta perspetiva que aparece o modelo multidimensional, onde sugere seis dimensões psicológicas: autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do meio, propósito de vida e crescimento pessoal (Keys e al., 2002; Ryff & Keys, 1995). Um deles foi promovido como o melhor indicador de bem-estar, porque pode ser melhor medido e está fortemente relacionado com o bem-estar emocional mais do que a intensidade (Diener & Larsen, 1993, & Pavot & Sandvik, 1991).

Uma segunda conceção primária, que ganhou relevo entre os sociólogos, dá enfase à satisfação com a vida como o indicador-chave do bem-estar psicológico. Tendo sido visto como um componente cognitivo, a satisfação com a vida foi visto como complemento da felicidade, a dimensão que mais afeta o funcionamento positivo (Andrews & Withey, 1976; Bryant & Veroff, 1982; Campbell, Converse, & Rodgers, 1976). Outros estudos relacionaram o bem-estar com satisfação com a vida e questões específicas sobre renda, trabalho, relações sociais e vizinhança (Andrews, 1991; Diener, 1984).

Da mesma maneira, as medidas de satisfação com a vida foram geradas com a preocupação de ter aplicações práticas em resultados da investigação, não a explicação do significado essencial de bem-estar (Sauer & Warland, 1982). As pesquisas sobre qualidade de vida a têm demonstrado com bases em dados vagos, em vez de se basear num quadro conceptual claro (Headey, Kelley & Wearing , 1993). A distinção entre os conceitos da felicidade hedónica e eudaimónica por Waterman (1993), fornece uma exceção notável neste clima largamente sem teorias. Do ponto de vista de (Ryff, 1985, 1989a) a ausência de formulações com base em teorias de bem-estar é intrigante dada a existência de muitos relatos sobre funcionamento positivo que há nos subcampos da psicologia. A Psicologia do desenvolvimento, as tendências de vida básica do Buhler (1935), os estágios psicossocial de Erikson (1959), as mudanças de personalidade de Neugarten (1973) articulam o bem-estar como trajetórias do crescimento contínuo através do ciclo de vida.

Os Psicólogos clínicos oferecem ainda mais descrições de bem-estar através da conceção de auto-actualização de Maslow (1968), a formulação de maturidade de Allport (1961), a representação de pessoa totalmente funcional de Rogers (1961) e o relato sobre individuação de Jung (1933). A literatura sobre saúde mental, que tipicamente elabora o fim negativo do funcionamento psicológico, no entanto inclui uma exposição sobre saúde positiva (Birren & Renner, 1980; Jahoda, 1958).

A junção dessas várias estruturas de funcionamento positivo serviu como fundamentação teórica para gerar o modelo multidimensional de bem-estar (Ryff, 1989b) no qual estão incluídos seis componentes distintos de funcionamento psicológico positivo. A combinação destas dimensões engloba uma amplitude de bem-estar que inclui avaliações positivas de si mesmo e a vida passada (auto-aceitação), um sentido de continuidade do crescimento e desenvolvimento como pessoa (crescimento pessoal), a crença de que a vida é proposital e significativa (propósito na vida), a posse de relações de qualidade com os outros (relações positivas com os outros), a capacidade de gerir eficazmente a vida e o mundo circundante (domínio ambiental) e um senso de autodeterminação (autonomia), (Ryff & Keys 1995).

1.2. AS COMPONENTES AFETIVAS DO BEM-ESTAR SUBJETIVO

Nas palavras de Diener & Oishi, (2002), ligado ao conceito de hedonia, nos anos 70, apareceu um outro conceito que é o bem-estar subjetivo, que abarca várias dimensões: a dimensão cognitiva, a satisfação com a vida e a dimensão emocional constituída por afeto positivo e reduzido afeto negativo, sendo que a satisfação com a vida corresponde a uma

avaliação cognitiva holística da vida, ou seja, no seu todo, o afeto positivo tem a ver com o número de vezes que a pessoa experiencia as emoções positivas, e o afeto negativo com a frequência das emoções negativas. Pavot & Diener, (1993), Lucas, Diener & Suh, (1996), referem que as componentes afetivas do bem-estar podem ser definidos como estados e emoções representativos da forma como o indivíduo vivencia os acontecimentos no momento imediato. Portanto, refere-se a respostas de curta duração, a estados corporais e motivações menos conscientes. A afetividade demonstrou ser tão importante que motivou o estudo das características associadas a maiores e menores níveis destas emoções e estados de humor.

1.2.1. A DIMENSÃO COGNITIVA DO BEM-ESTAR SUBJETIVO

O bem-estar subjetivo engloba dois conceitos, o da satisfação com a vida e o das experiências afetivas ou emocionais. O bem-estar subjetivo é um conceito multidimensional que inclui uma componente afetiva e outra cognitiva (Campbell, Converse & Rodgers, 1976; Diener, 1984; Veenhoven, 1984; Lucas, Diener, & Suh, 1996; Pavot & Diener, 2013). Estudos demonstram que os fatores afetivos e cognitivos estão relacionados, podendo ser avaliadas separadamente, entretanto poderão assumir diferenças ao longo do tempo quanto à sua estabilidade temporal (Eid e Diener, 2004), o que irá diversificar nos fatores preditores e consequências do estado de bem-estar (Luhmann, Hawkley, Eid & Cacioppo, 2012). A componente cognitiva refere-se à satisfação que envolve o sujeito, remendo-o para uma avaliação da sua própria vida. Este processo cognitivo remete para manifestações agregadas à vida emocional, mas também engloba uma avaliação do sucesso que o ser humano crê ter alcançado para concretizar o seu objetivo (Pavot & Diener 2013).

Existe a necessidade de uma avaliação global da felicidade que inclui também a componente cognitiva do bem-estar subjetivo, e esta avaliação foi incentivada com o desenvolvimento da escala de satisfação com a vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin,1985). É definida como a avaliação global que o individuo faz da sua qualidade de vida e de acordo com os seus próprios critérios (Pavot & Diener,1993; Pavot & Diener 2008). Portanto, reflete o bem-estar a longo prazo, onde são determinantes as circunstâncias da vida, valores e objetivos pessoais (Pavot & Diener, 1993).

Por detrás desta avaliação existem processos cognitivos que são determinantes. Para Schwarz e Strack (1991), ela é influenciada por fatores contextuais que determinam a informação cognitiva acessível ao indivíduo durante a resposta. Sugerem que embora útil, a subjetividade desta avaliação não permite aferir tendências básicas ou características que expliquem consistentemente os níveis de satisfação. Por outro lado, em (Diener, Scollon,

Oishi, Dzokoto e Suh, 2000) a ideia defendida é de que apesar de global e vaga, esta avaliação poderá levar a uma maior liberdade para as pessoas recorrerem às suas próprias normas, crenças e perspetivas de vida, fazendo sobressair as tendências disposicionais que a influenciam.

De acordo com Tay & Diener (2011), mesmo sendo subjetiva existem evidências de universalidade mas também estabilidade temporal moderada (Schimmack, Diener & Oishi, 2002) nos níveis de satisfação individuais e da sociedade (Diener et al., 2012), e ainda, uma forte determinação genética (Stubbe, Posthuma, Boomsma & DeGeus, 2005). Portanto, a satisfação com a vida é a avaliação cognitiva da vida como um todo. Estudos demonstram que existem variáveis, como características demográficas, estilos de coping, relações interpessoais, traços de personalidade, a persecução de objetivos, mantém uma correlações não significativas ou moderadas com o bem-estar subjetivo (Kim-Prieto, Diener, Tamir, Scollon, & Diener, 2005); Myers & Diener, 1995). Assim, pode ser considerada que a avaliação cognitiva é um processo dinâmico que depende da satisfação momentânea do individuo com domínios específicos da vida, mas também, da forma como o indivíduo perceciona a vida na sua totalidade (Diener et al., 2000; Pavot & Diener, 2008). Quanto maiores forem os níveis de Satisfação com a vida, maior é a probabilidade de experienciar sentimentos de gratitude (McCullough et al., 2004), de evitar comportamentos de risco e também para potenciar os acontecimentos de vida dos indivíduos, como casar e ter filhos, e diminuir a tendência para o divórcio, desemprego, iniciar um novo emprego ou para mudar de morada (Luhmann et al., 2013).

1.2.2. A DIMENSÃO EMOCIONAL DO BEM-ESTAR SUBJETIVO

Segundo Diener (1984), o bem-estar tem em leve em conta a forma como as pessoas sentem e pensam acerca da sua própria vida e reúne duas dimensões: os afetos e a cognição. Os afetos envolvem sentimentos vivenciados pelo indivíduo, tanto positivos como negativos (Bradburn, 1969). Os afetos positivos e afetos negativos são caracterizados como a intensidade e a frequência com que as pessoas vivenciam as emoções (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). Indivíduos com altos scores de afetos positivos experienciam episódios intensos e frequentes de prazer. Eles se consideram alegres, entusiasmados e confiantes. Diferentemente, indivíduos com altos níveis de afetos negativos experienciam repetidamente episódios intensos de desprazer. De modo geral, essas pessoas percebem-se como tristes, desanimadas e preocupadas (Watson, 2005).

Evidências apontam para uma tendência estável no modo de perceber e vivenciar afetos (Diener & Larsen, 1984). Pessoas com altos scores de afetos positivos podem sentir-se tristes, magoadas ou culpadas em alguns momentos da vida, ou seja, vivenciarão afetos negativos. Contudo, passado algum tempo há um retorno aos níveis anteriores de afetos (Diener, 1994). Gadermann & Zumbo (2007) demonstraram que algumas pessoas apresentam flutuações de humor positivo e negativo durante o tempo, enquanto outras pessoas são aparentemente mais estáveis. Essas variações podem estar relacionadas com os traços de personalidade (Gadermann & Zumbo, 2007). Grandes oscilações de humor podem ocorrer em curtos intervalos de tempo, no entanto, a maior parte do tempo as pessoas apresentam níveis estáveis de perceção de seus afetos (Lyubomirsky, King, & Diener, (2005).

A frequência com que alguém vivencia afetos positivos e negativos contribui mais para a perceção de felicidade ou infelicidade do que a intensidade dos afetos (Lyubomirsky, King, & Diener, (2005). Isto que dizer que pesa mais na balança hedónica vivenciar várias vezes durante a vida emoções de alegria, de baixa ou média intensidade, do que vivenciar raramente poucas emoções positivas de alta intensidade. Esta relação também é válida para os afetos negativos.

Bradburn (1969), ao desenvolver instrumentos que medissem a saúde mental através das emoções, verificou duas dimensões afetivas independentes: a Afetividade Positiva e a afetividade negativa. Demonstrou através das suas investigações que a diminuição ou eliminação de estados negativos, não corresponde ao aumento de estados positivos (Diener, 1984). Sendo assim, ele propôs que avaliar a discrepância entre estas duas dimensões hedónicas, constitui um bom indicador dos sentimentos de bem-estar do indivíduo (Bradburn, 1969).

Diener, Sandvik e Larsen (1985), verificaram que a intensidade e frequência das emoções diferem entre sexos e deferem por idades. Concluíram ainda que as mulheres e a população mais jovem relatam maior afetividade negativa do que positiva. Por outro lado, nos jovens adultos, esta intensidade emocional pode ter origem na sua maior orientação para o prazer (Peterson, Park & Seligman, 2005), e nas mulheres, esta relação é explicada pela influência de maiores níveis na dimensão de personalidade Neuroticismo (Gutiérrez, Jimínnez, Hernández & Puente, 2005).

Os refinamentos conceituais e metodológicos foram edificados sobre esta operacionalização inicial de bem-estar. Por exemplo, a independência do postulado de sentimento positivo e negativo foi relacionada com a incapacidade de distinguir entre a

intensidade e a frequência do sentimento (Diener, Larsen, Levine, & Emmons, 1985). A frequência do sentimento positivo e negativo tende a interagir negativamente, mesmo quando as correlações de intensidade são geralmente positivas. As relações conflituantes suprimem a associação entre sentimento positivo e negativo, criando assim a ilusão de que os componentes são independentes (Diener & Larsen, 1993; Diener, Sandvik, & Pavot, 1991).

Eid & Diener (1999) demonstram que a afetividade constitui um constructo multidimensional com estabilidade temporal e boa capacidade preditiva para estados emocionais futuros. De acordo com (Kuppens et al., 2006) as suas dimensões são universais, embora seja identificada uma significativa diferença no perfil emocional entre culturas (Biswas-Diener et al., 2005; Kuppens et al., 2006).

Na sua grande parte, a população apresenta menor frequência de emoções negativas do que positivas (Biswas-Diener, Vitterso & Diener, 2005). Para Eid & Diner, (1999); Kuppens et al., (2006) estas características sugerem que a afetividade constitui um traço psicológico, o qual predispõe o indivíduo para reagir positivamente (Diener, 2009). Uma outra hipótese alternativa sugerida, prossupõe que os estados emocionais são influenciados por traços básicos de personalidade (Costa & McCrae, 1980).

Vivenciar uma emocionalidade positiva tem demonstrado benefícios diversos para o funcionamento físico e psicológico, independentemente da sua origem. Está associada à tendência para formar uma perspetiva positiva dos acontecimentos de vida (Tugade & Fredrickson, 2004), a experienciar sentimentos de pertença, uma menor tendência para o isolamento, e ainda, a obter maior suporte social (Mauss et al., 2011) e sucesso profissional (Boehm & Lyubormirsky, 2008). De acordo com (Fredrickson & Levenson, 1998; Cohn,

Fredrickson, Brown, Mikels & Conway, 2009), experienciar uma emocionalidade positiva ajuda a suprimir as emoções negativas, aumenta a satisfação com a vida, a resiliência e evita sintomas depressivas (Tugade & Fredrickson, 2004; Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008).

Para Cohen, Doyle, Turner, Alper & Skoner, (2003), no que diz respeito à saúde, maior Afetividade Positiva está associada a uma menor incidência de doenças e à diminuição de sintomas de doença como a gripe, também se relaciona com menores níveis de cortisol, maior qualidade do sono e uma prática mais frequente de exercício físico. No sentido oposto, a Afetividade Positiva está relacionada com um menor sucesso académico (Nickerson, Diener & Schwarz, 2011). A importância da emocionalidade positiva despoletou assim, o

aparecimento de muitas teorias ou modelos hedónicos da felicidade, onde o bem-estar subjetivo foi incorporado como um elemento indispensável para a felicidade.

1.3. TEORIA DO BEM-ESTAR: ABORDAGEM BASE-TOPO E TOPO-BASE

Segundo Diener, (2009), o conceito de bem-estar subjetivo assenta numa entidade multidimensional que incorpora diversas componentes que manifestam alguns padrões de relação entre eles, com influência de variáveis internas e externas. O modelo de bem-estar da abordagem topo-base atribui relevância a fatores intrínsecos ao individuo, enquanto a teoria base-topo remete para a importância dos fatores externos que predizem e influenciam a felicidade (Pavot & Diener 2013). Este modelo assume que as experiências globais do individuo são representadas por somatório dos eventos positivos e negativos, juntamente com as emoções sentidas em diversos momentos do dia-a-dia. Se estas experiências forem predominantemente positivas, o individuo vivenciará maior bem-estar subjetivo (Pavot & Diener, 2013).

Tendo em conta que esta teoria faz a referência de que o processo é intrínseco ao indivíduo diversos investigadores analisaram que os afetos resultam dos traços da personalidade (Costa & McCrae, 1980; Heady, Veenhoven & Wearing, 1991), e outros autores têm proposto que o que influencia são os processos cognitivos (Diener & Biswas-Diener, 2008); Robinson & Compton, 2008). De acordo com o modelo topo-base, as experiencias do dia-a-dia podem exercer um efeito transitório, mas os indivíduos tendem a retornar ao ponto inicial (Headey, 2008).

Por outro lado, a abordagem base-topo é simplesmente o somatório de muitos pequenos prazeres, um acumular de momentos felizes. Portanto, um individuo avalia se é feliz, se vivenciar constantes situações positivas. Esta abordagem demonstra a visão que existe um pressuposto de diferentes necessidades humanas universais e básicas, e que a satisfação, ou a insatisfação viabiliza o estado de felicidade (Diener 1984).

Conclui-se então, que as teorias baseadas nos fatores base-topo defendem que é desenvolvido pelo sujeito um sentimento global de bem-estar subjetivo através do somatório de bem-estar em alguns domínios específicos, como o trabalho, casamento, família. Por outro lado, as teorias de topo-base postulam que os sujeitos têm uma predisposição para interpretar as experiências de vida positiva ou negativamente (Diener, Suh, Lucas,& Smith, 1999; Galinha, 2008; Heady et al., 1991). Percebe-se assim que, as teorias base-topo centram-se nos fatores externos ao indivíduo, e as teorias topo-base nos fatores internos.

CAPÍTULO II - CONTÍNUO DA SAÚDE MENTAL

Os conceitos de saúde mental mudaram nos anos mais recentes. A saúde mental foi descrita durante muito tempo como a ausência de psicopatologias. Hoje, a Organização Mundial da Saúde considera a saúde mental como um estado positivo que é definido como "um estado de bem-estar em que o indivíduo concretiza as suas próprias habilidades, consegue lidar com os stresses normais da vida, consegue trabalhar produtivamente e frutuosamente, e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade" (OMS,2004,p12).

São três as componentes nucleares desta definição: bem-estar, funcionamento efetivo na vida individual, e funcionamento efetivo na vida em comunidade, que todos juntos compõem a saúde mental. Esta definição baseia-se em duas antigas tradições nos estudos sobre bem viver (Deci & Ryan, 2008; Ryff,1989): a tradição hedónica que diz respeito aos sentimentos de felicidade e a tradição eudaimónica que foca o funcionamento geral na vida privada e social (Keyes,1998; Waterman,1993).

De acordo com Keyes (2009), na tradição hedónica, o bem-estar é composto por felicidade e a experiência de emoções agradáveis. A Saúde mental é aumentada através da maximização de sentimentos positivos, agradáveis, minimizando sentimentos negativos, desagradáveis. Pesquisas sobre o bem-estar emocional reflete este aspeto afetivo da tradição hedónica. Como complemento de um balanço positivo de efeitos agradáveis ou desagradáveis, o bem-estar emocional inclui uma avaliação cognitiva da satisfação com a vida em geral (Diener,Suh,Lucas,&Smith,1999).

A tradição eudaimónica considera o funcionamento geral na vida e é medida usando-se dois modelos multidimensional: bem-estar psicológico e bem-estar social, que refletem como os indivíduos vêem a si próprios na vida (Keyes,2002). Ryff (1989) desenvolveu um modelo de bem-estar psicológico que inclui seis dimensões, baseado no trabalho de humanísticas e psicólogos, tais como Jung (1933), Maslow (1963), Allport (1961) e Rogers (1961).

Estas dimensões (auto-aceitação, crescimento pessoal, propósito de vida, relacionamentos positivos com os outros, autonomia, e domínio do ambiente; Ryff (1989) refletem os desafios que os indivíduos encontram à medida que lutam para concretizar seu potencial. Além disso, esta avaliação do funcionamento geral da vida privada, o funcionamento geral deveria ser medido também na área da vida em comunidade (OMS, 2004). Entretanto, Keyes (1998, 2002) propôs um modelo de bem-estar baseado no trabalho de sociólogos como Durkheim e Marx. Este modelo tem cinco dimensões (integração social, contributo social, coerência social, atualização social, e aceitação social; Keyes, (1998) foca-

se na avaliação da sua vida pública e social. Tomando em conta as abordagens hedónica e eudaimónica, a saúde mental positiva pode ser definida como a presença do bem-estar emocional, psicológico, e social (Keyes, 2002), de acordo com a definição da OMS (2004).

A abordagem patogénica da saúde foi uma das mais dominantes na história da sociedade. De acordo com esta perspetiva, a saúde equivale à ausência de doença, sendo por isso necessário o desenvolvimento de estratégias para reduzir a doença e a mortalidade (Keys, 2007; Keyes et al., 2010). Ao nível da saúde mental, durante décadas esta perspetiva motivou a investigação e prática clínica para a avaliação, compreensão e tratamento da doença mental (Seligman et al., 2004). Porém, com o aumento da longevidade, a sociedade assistiu a uma maior prevalência das doenças físicas e perturbações mentais, associadas ao envelhecimento. Assim, as estratégias da saúde pública passaram a direcionar-se para a prevenção da doença (Keys, 2007).

No que diz respeito à saúde mental, esta abordagem sugere que, uma população é mentalmente mais saudável, quanto melhor a prevenção da doença nas populações de risco e o desenvolvimento de tratamentos eficazes (Keyes, 2007). Foi a investigação no âmbito das estratégias preventivas, que levou à descoberta dos recursos e qualidades dos indivíduos como mecanismos de ação protetora da doença mental (Seligman, 2000). Além da ênfase nos aspetos patológicos, tornou-se essencial compreender os aspetos positivos do ser humano, levando ao desenvolvimento da psicologia positiva (Seligman, 2000). Desde então, a instauração da Psicologia Positiva como disciplina científica tem contribuído para uma mudança de paradigma, ao valorizar e promover o estudo das características do bem-estar, recursos e qualidades do individuo (Duckworth et al., 2005).

Atualmente, a organização mundial de saúde reconhece a saúde mental como um estado de bem-estar, no qual o individuo conhece as suas capacidades, está capaz de lidar com stressores de vida normais, de trabalhar produtivamente e de contribuir para a sua comunidade (Herrman, Saxena, Moodie & Walker, 2005).

A importância de estudar o nível de saúde mental ótima (Westerhof & Keyes, 2010) levou à descoberta de dois fatores relacionados mas independentes, a saúde e doença mental (Keyes, 2005; Keyes et al., 2008; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2011). Sugere-se a existência de um contínuo, ou dimensão unipolar, que vai da presença à ausência de doença mental, e separadamente, um contínuo que vai da presença até à ausência de saúde mental (Westerhof & Keyes, 2010). Assim, a saúde mental vai além da ausência de doença,

podendo definir-se como o conjunto de emoções, pensamentos e comportamentos necessários para ter uma boa vida (Provencher & Keyes, 2011).

2.1 Modelo do Contínuo da Saúde Mental de Keyes

O estudo do bem-estar e da saúde mental baseia-se em duas tradições: o bem-estar hedónico, referente à importância da experiência afetiva e satisfação do indivíduo (Diener, 2009), e o bem-estar eudaimónico, centrando-se na importância da auto-realização (Waterman, Schwartz & Conti, 2008) e das motivações individuais (Ryan, & Deci, 2001).

No entanto, esta divisão em duas correntes da felicidade tem sido controversa. Em Keyes et al. (2002) é defendido que o bem-estar hedónico e o eudaimónico formam dois constructos com correlações fortes e algumas sobreposições, mas que se mantêm empiricamente distintos. Porém, são identificadas fragilidades nesta diferenciação e propõe-se o estudo da felicidade como um processo dinâmico (Kashdan et al., 2008). No mesmo sentido, também se sugere que embora formem conceitos diferenciados a sua contribuição deve ser analisada em conjunto, permitindo compreender as suas diferenças e sinergias (Seligman, 2005; Gallagher et al., 2009; Fave et al., 2011).

Assim, a partir da perspetiva do contínuo da saúde mental, Keyes (2002) operacionaliza a saúde mental como um síndrome composto por sintomas de emoções e funcionamento positivos. O seu modelo compreensivo combina três dimensões da saúde mental, uma dimensão hedónica que inclui sintomas de Bem-estar Emocional, e duas dimensões do funcionamento positivo eudaimónico, referentes a sintomas de Bem-estar Psicológico e Bem-estar Social (Keyes, 2002).

De acordo com o modelo, a amplitude deste contínuo vai da presença de saúde mental completa, descrita como Florescer, até à de saúde mental incompleta ou Definhar. Um diagnóstico categorial de Florescer implica experienciar emoções positivas, um bom funcionamento psicológico e social. No polo oposto, um diagnóstico de Definhar, está associado a uma vida descrita como vazia e estagnada, com sentimentos de desespero. Para Keyes (2002), existem também indivíduos que não estão a florescer nem a definhar na vida, situando-se em níveis moderados de saúde mental.

A maioria dos indivíduos encontra-se num estado de saúde mental moderado. Verificasse que os níveis de sintomas positivos não variam significativamente com a faixa etária (Westerhof & Keyes, 2010) e, no que se refere à diferença entre géneros, embora tenha sido detetada por Keyes (2002), não foi replicada em Westerhof e Keyes (2010). Porém, os níveis de saúde mental diferem significativamente com o nível de escolaridade, sendo os

indivíduos com mais escolaridade quem relata um melhor funcionamento psicológico (Westerhof & Keyes, 2010).

Além destes fatores, estudos com amostras constituídas por gémeos, têm detetado a influência de fatores hereditários (Keyes et al., 2010; Gigantesco et al., 2011). Em Keyes et al. (2010) observou-se que o nível de saúde mental é refletido por um único fator genético, o qual influencia as três dimensões do modelo, com maior incidência sobre os níveis de Bem-estar psicológico. Esta dimensão é aquela que melhor reflete a propensão individual para experienciar saúde mental (Keyes et al., 2010) e a que apresenta maior hereditariedade (Gigantesco et al., 2011).

Assim como esperado, este constructo da saúde mental está associado às componentes do modelo do Bem-estar Subjetivo. Quem está em Florescer apresenta menores níveis de Afetividade Negativa e maiores níveis de Afetividade Positiva. A relação inversa verifica-se nos indivíduos nas categorias de saúde moderada e a Definhar (Diehl, Hay & Berg, 2010). Relativamente à relação entre saúde mental e Satisfação com a vida mantém-se pouco explorada.

Os estudos baseados neste modelo confirmam que níveis elevados de saúde mental funcionam como fator protetor. A saúde mental está associada a uma menor incidência das doenças crónicas relacionadas com o envelhecimento (Keyes, 2005a) e à diminuição do risco de doença mental (Keyes, Dhingra & Simoes, 2010). Como esperado, a categoria Florescer da saúde mental é particularmente importante na redução da incidência e consequências da doença mental (Keyes et al., 2010). Prevê-se também que, complementar a intervenção psicoterapêutica com técnicas que promovam estes sintomas positivos, poderá facilitar a recuperação em diversas patologias (Provencher & Keyes, 2011).

Existe um consenso crescente de que a saúde mental não é somente a ausência de doença mental, mas inclui também a presença de sentimentos positivos (bem estar emocional) e funcionamento positivo na vida individual (bem estar psicológico) e vida comunitária (bem estar social), (Lamers et al, 2010).

2.1.1 Bem-estar Psicológico

A dimensão Bem-estar psicológica está baseada no conceito de funcionamento positivo segundo o modelo dos 6 fatores de Ryff (1995). Este modelo da auto-realização fundamenta-se na perspetiva eudaimónica de Aristóteles, segundo a qual, cada individuo tem como principal objetivo de vida alcançar o seu verdadeiro potencial (Ryff & Singer, 2008; Ryff, 2013). A partir da ética Aristotélica, foram também reunidos conhecimentos das áreas

da psicologia do desenvolvimento, existencial, humanista e clínica. Da convergência destes conhecimentos resultou um modelo multidimensional de Bem-estar psicológico, composto por 6 dimensões representativas da saúde, bem-estar e funcionamento pleno (Ryff & Singer, 2008).

Assim, a realização pessoal é constituída pelas dimensões: 1) Aceitação de si, referente à avaliação do indivíduo sobre o nível de conhecimento e aceitação das suas próprias atitudes e características da personalidade; 2) Relações positivas com outros, dimensão baseada na capacidade para ter ou desenvolver relações íntimas e de confiança; 3) Crescimento pessoal, referente à noção das potencialidades individuais, procura de desafios e sensação de desenvolvimento contínuo (Keyes, 2007); 4) Objetivos de vida, dimensão centrada na busca de significado e direção na vida (Ryff & Singer 2008); 5) Domínio do meio, que se refere à capacidade do indivíduo para procurar, adaptar e criar um contexto que seja adequado às suas necessidades e capacidades pessoais; e, 6) Autonomia, que consiste numa característica tendencialmente ocidental (Ryff, 2013) e que se refere às qualidades individuais de autodeterminação e capacidade para se reger pelos seus próprios padrões e valores internos (Keyes, 2007; Ryff & Singer 2008).

De acordo com a dimensão do Bem-estar psicológico na saúde mental, indivíduos com um bom nível de funcionamento, tendem a gostar de si próprios, a estabelecer relações próximas e de confiança, a avaliar o seu desenvolvimento pessoal positivamente, a atribuir uma direção à sua vida, a adaptar o ambiente às suas necessidades e, a apresentar maior grau de independência (Keyes, 2002).

2.1.2 Bem-estar Social

Keyes (1998) veio salientar que as perspetivas hedónica e eudaimónica estavam centradas apenas em aspetos individuais do bem-estar. Segundo o autor, além destas componentes privadas, os indivíduos estão inseridos em comunidades e estruturas sociais com tarefas e desafios sociais diversos, os quais, contribuem também para a sua avaliação do bem-estar (Keyes, 2006).

Partindo deste pressuposto propôs um modelo multidimensional do funcionamento social positivo, desenvolvido a partir de teorias da sociologia clássica e da psicologia social (Keyes, 1998). Este constructo insere-se numa perspetiva eudaimónica (Keyes, 2002) do bem-estar e consiste na avaliação do indivíduo acerca das suas circunstâncias, funcionamento social (Keyes, 1998) e de relação com os outros (Keyes, 2006).

Segundo o autor, a saúde social pode avaliar-se 5 em principais sintomas: 1) Integração social, referente à avaliação que o individuo faz sobre a qualidade da sua relação com a sociedade e comunidade; 2) Aceitação social, que alude às atitudes, nível de conhecimento e de aceitação das diferenças entre indivíduos (Keyes, 2007); 3) Contribuição social, refere-se à crença de que constitui um membro essencial para a sociedade e capaz de contribuir com algo importante para o mundo (Keyes, 1998); 4) Atualização social, refere-se à crença no potencial das pessoas, grupos e sociedades para evoluir e crescer positivamente (Keyes, 2007); 5) Coerência social, consiste no interesse e procura de significado sobre a qualidade, organização e funcionamento da sociedade e vida social (Keyes, 1998; Keyes, 2007).

De acordo com as 5 dimensões do modelo, indivíduos socialmente saudáveis apreciam a sociedade e costumes em que estão inseridos, contribuem e sentem-se seguros na sua comunidade, possuem recursos sociais e levam uma vida pessoal coerente (Keyes, 1998). São conhecidas características sociodemográficas que influenciam as oportunidades e capacidades necessárias ao Bem-estar social, nomeadamente a idade e o nível educacional. A idade tem uma relação heterogénea com os níveis de bem-estar (Keyes, 1998; Westerhof & Keyes, 2010) enquanto o aumento do nível educacional está associado a um aumento do sucesso em lidar eficazmente com os desafios sociais (Keyes, 1998).

2.1.3 Bem-estar Emocional

A dimensão Bem-estar emocional representa a componente hedónica da saúde mental. É constituído por um conjunto de sintomas que refletem a presença ou ausência de sentimentos positivos sobre a vida (Keyes, 2002) assemelhando-se aos conceitos de Afeto Positivo e Satisfação com a vida. Estes sintomas incluem experienciar regularmente ânimo, alegria, interesse pela vida, calma, tranquilidade, sensação de estar cheio de vida e ainda, uma satisfação com a maioria dos aspetos da vida (Keyes, 2007). Apesar se relacionar com medidas de Afetividade Positiva e Satisfação com a vida, o Bem-estar emocional constitui uma dimensão independente (Keyes, 2002). Embora não contemple a ausência de emocionalidade negativa, recentemente foi sugerida a importância desta dimensão afetiva para o modelo de saúde mental (Gallagher, Lopez & Preacher, 2009).

CAPÍTULO 3: CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

3.1. Objetivos e Hipóteses

A presente investigação teve como objetivo avaliar a estrutura fatorial da escala do contínuo da saúde mental - versão reduzida (MHC-SF), em uma amostra de estudantes universitários.

(H1): É esperado confirmar a estrutura de três fatores: Bem-estar Emocional, Bem-estar Social e Bem-estar Psicológico.

(H2): É esperado que as três subescalas do MHC-SF, Bem-estar Emocional, Bem-estar Psicológico e Bem-estar Social tenham propriedades adequadas ao estudo original.

(H3) É esperado que este estudo confirme a validade convergente do MHC-SF, com subescalas de bem-estar social, psicológico e emocional, correlacionando positivamente com as medidas de satisfação com a vida, felicidade subjetiva e afetos positivos e correlaciona negativamente com a afetividade negativa.

(H4) É esperado não encontrar diferenças entre os sexos estatisticamente significativas no que diz respeito às medidas do Bem-estar Psicológico, Bem-estar Social, Bem-estar Emocional, Satisfação com a vida, Felicidade Subjetiva e Afetividade Positiva.

(H5) É esperado encontrar diferenças estatisticamente significativas na variável afetividade negativa entre homens e mulheres.

3.2. Caraterização da Amostra

No presente estudo foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por 269 indivíduos, 102 do sexo masculino (37,9%) e 167 do sexo feminino (62,1%). Todos os participantes frequentavam o ensino superior e verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, no que se diz respeito aos anos de escolaridade, onde os participantes do sexo feminino evidenciaram ter mais anos de escolaridade em relação ao sexo masculino. (Tabela 1)

Por outro lado, verificou-se ainda diferenças estatisticamente significativas na distribuição dos cursos onde estavam matriculados. Os indivíduos do sexo masculino estavam matriculados maioritariamente nos cursos das áreas das ciências e tecnologias (64%) e gestão (51,4%), enquanto os participantes do sexo feminino estavam distribuídos pelos cursos das ciências sociais (77,8%) e ciências da saúde (55,2%). (Tabela 1)

No que se refere ao estado civil, 252 (93,7%) estavam solteiros, 15 (5,6%) casados ou em união de facto e 2 (0,7%) divorciados ou separados.

Quanto à religião, 160 (59,5%) eram católicos, 74 (27,5%) sem religião e 35 (13,0%) pertenciam a outras religiões. A maioria dos participantes 79,9% era de origem caucasiana e 20,1% de origem africana.

Tabela 1 - Caracterização da Amostra por sexos

	Total da Amostra N= 269				
	Sexo				
	Masculino (N= 102)		Feminino (N= 167)		
	N	M (DP)	N	M (DP)	Sig
Idade	102	22,26 (5,515)	167	22,88 (5,140)	0.35
Anos de Escolaridade	102	14,01 (1,777)	167	14,62 (1,925)	0.01
	N	%	N	%	χ^2
Áreas de Estudo					
Ciências Sociais	22	22,2%	77	77,8%	
Ciências da Saúde	15	44,1%	19	55,9%	
Ciências e Tecnol.	16	64,0%	9	36,0%	
Gestão	18	51,4%	17	48,6%	
Outras		40,8%	45	59,2%	
	102		167		0.01

3.3 Medidas

3.3.1 Questionário de dados demográficos

Para proceder à caracterização sócio-demográfica da amostra, foi utilizado um questionário de dados demográficos constituído por 9 questões, nomeadamente, qual o estabelecimento de ensino frequentado, sexo, estado civil, idade, profissão, número de anos de escolaridade, curso, religião e etnia.

3.3.2 Escala do Contínuo da Saúde Mental Versão Reduzida

O bem-estar emocional, social e psicológico foi avaliado pela escala do contínuo da saúde mental versão reduzida (MHC-SF: Keyes, 2005) versão para adultos com idade superior a 18anos. Este instrumento consiste num formato reduzido do MHC-LF, uma medida de avaliação contínua e diagnóstico categorial de estados de saúde mental positiva (Keyes, 2005b).

A escala é constituída pelos 14 itens mais representativos de sintomas referente às três facetas da saúde mental. Tem um formato de resposta tipo Likert de 6 pontos, variando de 0 ("nunca") a 5 ("todos os dias") com uma amplitude que varia entre 0 (frequência mínima de sintomas de saúde mental positiva) e 70 (frequência máxima de sintomas de saúde mental positiva).

Esta prova é composta por 3 subescalas, nas quais cada item é o protótipo de uma dimensão do constructo de bem-estar avaliado: Bem-estar emocional, composto por 3 itens (1,2,3) com uma amplitude entre 0 e 15; Bem-estar social, constituído por 5 itens (4, 5, 6, 7, 8) com uma amplitude que varia entre 0 e 25; e o Bem-estar psicológico, composto por 6 itens (9, 10, 11, 12, 13, 14) e uma amplitude entre 0 e 35.

No estudo das propriedades psicométricas do instrumento tem demonstrado boas qualidades psicométricas (Keyes et al., 2008); (Lamers, S.M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E.T., Klooster, P.M. & Keys C.L.M., 2010).

A análise da estrutura interna do MHC-SF através de uma análise fatorial exploratória com rotação Oblimin demonstra a presença de 3 fatores que explicam 58% da variância. Também a análise fatorial confirmatória demonstrou que o modelo de 3 fatores apresenta o melhor ajustamento (χ^2=269., df=62; GFI=.96; RMSEA=.06) (Keyes et al., 2008) e explica 56.90% da variância (χ^2=109.6, df=74; CFI=.99; GFI=.82; RMSEA=.03) (Lamers et al., 2010).

No estudo da precisão da prova pelo cálculo da consistência interna, os índices alpha de Cronbach têm apresentado valores adequados para a escala total, com coeficientes entre .74 (Keyes et al., 2008) e .89 (Lamers, 2010). A subescala Bem-estar emocional mostra consistentemente valores adequados de consistência interna com valores entre .73 (Keyes et al., 2008) a .83 (Lamers, 2010) seguindo-se a subescala Bem-estar psicológico com valores que variam entre aceitáveis .67 (Keyes et al., 2008) e adequados .83 (Lamers, 2010). A subescala Bem-Estar-Social apresenta a menor consistência interna, com os coeficientes variando entre valores baixos .59 (Keyes et al., 2008) e adequados .74 (Lamers, 2010). Relativamente à análise da estabilidade temporal, demonstrou estabilidade adequada em 3 aplicações de follow-up com intervalos de tempo entre 3 a 9 meses (Lamer, et al., 2010).

O estudo da validade tem demonstrado evidências de validade convergente e discriminante (Keyes et al., 2008; Lamer et al., 2010). O MHC-SF apresenta correlações moderadas e positivas com as medidas de bem-estar e correlações significativas fracas ou moderadas para as restantes provas (Keyes et al., 2008; Lamer et al., 2010). De salientar que a

Afetividade Positiva apresenta consistentemente correlações mais fortes e positivas com as subescalas do MHC-SF (Keyes et al., 2008), principalmente com o Bem-estar emocional e psicológico (Lamers et al., 2010).

Neste trabalho, a medida apresentou valores de adequados de consistência interna para todas as escalas com coeficientes alpha de .83 para o Bem-estar emocional, .78 para o Bem-estar social e de .82 no Bem-estar psicológico.

3.3.3 Escala de Satisfação com a Vida

A satisfação com a vida foi avaliada pela medida escala de satisfação com a vida (SWLS: Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985), constituída por 5 itens com um formato de resposta tipo Likert de 7 pontos, variando de 1 ("Discordo totalmente*"*) a 7 ("Concordo totalmente") e com uma amplitude que varia de 5 (satisfação mínima) a 35 (satisfação máxima).

No que se refere às qualidades psicométricas, a versão inglesa demonstrou evidências de fidelidade e sensibilidade. A análise fatorial exploratória remete para 1 fator que explica 66% da variância da prova, confirmando a sua unidimensionalidade (Diener et al., 1985).

A fidelidade, medida pelo alpha de Cronbach, tem apresentado valores adequados de consistência interna (α=.87) (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Através do teste-reteste a prova tem apresentado valores moderados a altos de estabilidade temporal, com um coeficiente de .82 num intervalo de 2 meses entre a primeira e a segunda aplicação (Diener et al., 1985) e uma correlação de .54 num intervalo de 4 anos (Pavot & Diener, 1993). Relativamente à validade, tem demonstrando evidências de validade convergente (Diener et al.,1985; Lucas et al., 1996) e discriminante (Lucas et al., 1996).

Na análise de fatores que podem enviesar a prova, é de salientar a influência da desejabilidade social (Pavot & Diener, 1993; Brajša-Žgnec et al., 2011), diferenças culturais, circunstâncias de vida e estados de humor no momento da prova (Diener et al., 2012).

3.3.4 Escala de Felicidade Subjetiva

A felicidade subjetiva foi avaliada pela escala de felicidade subjetiva (SHS: Lyubomirsky & Lepper, 1999). Este instrumento é uma medida global da felicidade subjetiva, que avalia uma categoria do bem-estar como fenómeno psicológico global, considerando a definição de felicidade desde a perspetiva de quem responde (Lyubomirsky & Lepper, 1999).

Contém quatro itens com resposta tipo Likert de 7 pontos, variando de 1 (“Não muito feliz”) e 7 (“Muito feliz”). O resultado obtém-se mediante o somatório das pontuações obtidas dividido pelo número total de itens (Lyubomirsky & Lepper, 1999).

Enquanto todo o conteúdo temático dos itens pede a quem responde caraterizar-se a se mesmo usando intervalos absolutos e intervalos relativos aos pares, entretanto outros itens oferecem uma breve discrição sobre indivíduos felizes e infelizes e pedem aos entrevistados que respondam até que ponto cada caraterização os descreve (Lyubomirsky & Lepper, 1999).

A fidelidade, medida pelo alpha de Cronbach, tem apresentado valores adequados de consistência interna que variam entre .79 e .94 (M=.86), (Lyubomirsky & Lepper, 1999). Através do teste-reteste os valores variam de .55 a .90 (M=.72) num espaço de tempo de três semanas a um ano. Quanto à validade convergente os resultados revelam correlações substanciais que variam entre .52 e .72 (M=.62) , entre a escala de felicidade subjetiva com medidas de felicidade ((Lyubomirsky & Lepper, 1999).

3.3.5 Escala de Afetividade Positiva e Negativa

A afetividade positiva e a afetividade negativa foram avaliadas pela escala de afetividade positiva e negativa (PANAS: Watson, Clark & Tellegen, 1988). Este instrumento de autorresposta é constituído por 20 itens, com um formato de resposta tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 (“Nada ou muito ligeiramente”) e 5 (“Extremamente”). Os itens dividem-se em duas dimensões: a Afetividade Positiva composta por 10 itens (1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17,19) com uma amplitude que varia entre 10 (mínimo de afetividade positiva) e 50 (máxima afetividade positiva); e a Afetividade Negativa constituída por 10 itens (2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 e 20) cuja amplitude varia entre 10 (mínimo de afetividade negativa) e 50 (máxima afetividade negativa).

No que se refere às qualidades psicométricas, tem apresentado propriedades adequadas. A estrutura interna da prova estudada através da análise confirmatória compõe um modelo ajustado (χ^2=689.8, df=156; RCFI=.94; SRMR=.05; RMSEA=.06) que apresenta dois fatores latentes, confirmando as duas dimensões afetivas independentes (Crawford & Henry, 2004).

A fidelidade, quando medida pelo alpha de Cronbach tem demonstrado bons níveis de consistência interna em ambas as dimensões, com valores de .89 para a Afetividade Positiva e de .85 para a Afetividade Negativa (Crawford & Henry, 2004). Relativamente à validade, demonstra evidências de validade convergente e discriminante (Crawford & Henry, 2004).

3.4. Procedimento

Com o objetivo de avaliar o comportamento emocional, foi pedido aos participantes que respondessem o mais honestamente possível às questões que lhes foram colocadas no protocolo de avaliação. O protocolo foi aplicado pelo próprio investigador entre os meses de Outubro de 2014 e Maio de 2015.

Antes do preenchimento do protocolo, os participantes foram informados sobre os objetivos da investigação, quais os critérios de inclusão para a amostra, nomeadamente serem estudantes universitários, e ainda que a participação era voluntária e podiam desistir a qualquer Foram ainda informados de que todos os dados e respostas facultados eram confidenciais e seriam utilizados apenas para análise estatística no âmbito da investigação. Após a recolha do protocolo, além do agradecimento pela participação na investigação, os participantes ficaram a saber que caso desejassem alguma informação acerca do estudo poderiam fazê-lo junto do investigador.

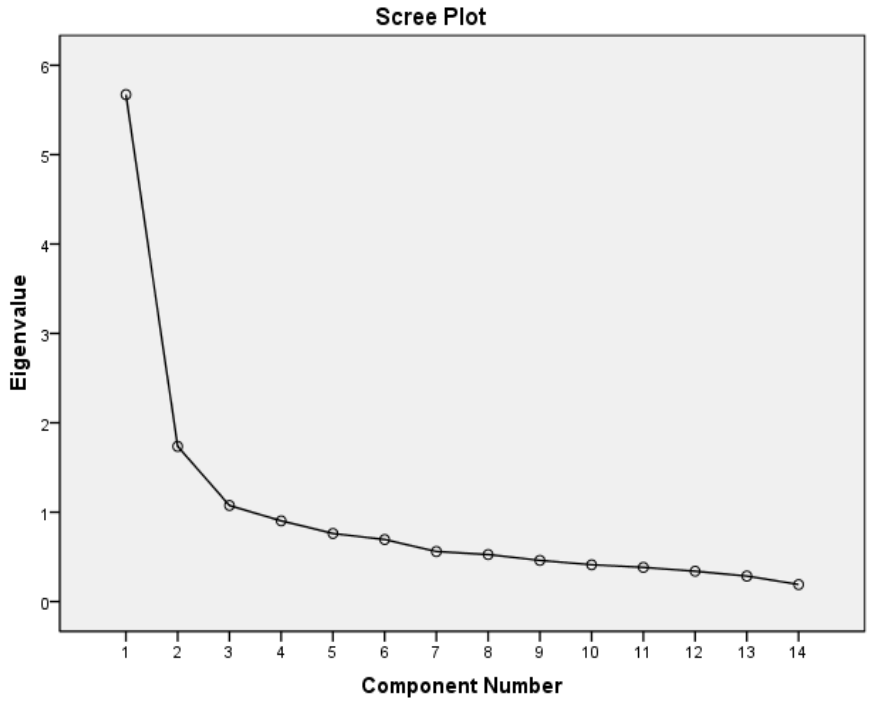
Posteriormente foi elaborada a base de dados e a introdução dos questionários válidos. A análise e os procedimentos foram realizados através do software SPPS Statistics 18.0 para o sistema operativo Windows.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1. Análise em componentes principais (ACP)

Os 14 itens da escala do contínuo da saúde mental reduzida foram submetidos a uma análise fatorial que de acordo com o corte eigenvalue habitual de 1,0 (Damásio, 2012), apresentou uma estrutura de três fatores. (Tabela 2)

Tabela 2.



4.2. Análise Fatorial Exploratória

Foi realizada uma análise fatorial através da rotação matriz dos componentes, através do método Varimax para investigar se a solução das três dimensões propostas por (Corey Keyes, 2008; Lamers et al, 2010) seria aplicada com a versão portuguesa do questionário Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF), e tendo por objetivo extremar o valor dos coeficientes que se relacionam cada variável com os fatores retidos, de modo que cada variável possa ser associada a um fator. Quanto maior o valor do coeficiente em termos absolutos, que se relaciona uma variável com um componente, maior será a relação entre ambos. (Tabela 3)

Tabela 3. Análise fatorial da Escala do Contínuo da Saúde Mental - Versão Reduzida (MHC-SF)

	Factores		
	1	2	3
10. Que sentiu bem a gerir as suas responsabilidades da sua vida	.81		
13. Confiante em pensar e exprimir as suas ideias e opiniões	.70		
14. Que a sua vida tem uma direção e significado	.64		
12. Que teve experiências que o desafiaram a crescer e tornar-se uma pessoa melhor	.62		
9. Que gosta da maioria das facetas da sua personalidade	.62		
11. Que tem relações carinhosas e de confiança com os outros	.57		
6. Que a nossa sociedade se está a transformar num lugar melhor para pessoas parecidas consigo		.83	
8. Que o modo como a sociedade funciona lhe faz sentido		.82	
7. Que as pessoas são basicamente boas		.75	
4. Que tinha algo importante para contribuir para sociedade		.53	
5. Que pertence a um grupo (como uma associação ou coletividade)		.49	
3. Satisfeito			.85
1. Feliz			.85
2. Interessado na vida			.62

Nota: Método de Rotação: Varimax com normalização de Kaiser. A Rotação convergiu em 5 interações.

Como se pode verificar as saturações das variáveis em cada fator são superiores ao mínimo exigido de .40

Após a rotação, a matriz dos componentes apresentou uma variância total explicada de 60.5%., salientando assim os fatores associados a cada uma das varáveis, sendo que o primeiro fator o Bem-estar Psicológico explica 40,5% da Variança, o segundo fator o Bem-estar Social 12,3% e o terceiro fator, o Bem-estar Emocional 7,7% da Variança. (Tabela 4)

Tabela 4. Variança Total explicada

Fator	Após Rotação					
	Total	% de Variância	% Cumulativa	Total	% de Variância	% Cumulativa
1	5,671	40,510	40,510	3,192	22,804	22,804
2	1,736	12,399	52,910	2,794	19,956	42,760
3	1,075	7,680	60,590	2,496	17,830	60,590

4.3. Qualidades Psicométricas e Consistência Interna

Foi analisada a consistência interna e, tendo em conta a segunda hipótese, a confiabilidade interna foi alta para as três subescalas do MHC-SF. O primeiro fator, o Bem-estar psicológico (alfa = .82), o segundo fator, Bem-estar Social (alfa = .78) e o terceiro, Bem-estar emocional (Alfa = .83). Com estes resultados, no que diz respeito às qualidades

psicométricas, nomeadamente a fidelidade, permitem afirmar que a medida apresentou uma boa consistência interna.

4.4. Análise de diferenças entre os sexos

O teste paramétrico t-student para amostras independentes foi utilizado para avaliar a significância das diferenças entre médias das variáveis em estudo, para categorias sexo masculino versus sexo feminino.

Tabela 5. Diferenças entre médias do sexo masculino e feminino

	Masculino		Feminino			
	M	*DP*	*M*	*DP*	*T*	*Sig.*
Saúde mental						
Bem-estar Psicológico	21.57	4.67	21.51	5.15	.101	.24
Bem-estar Social	13.22	5.21	11.80	5.27	2.15	.88
Bem-estar emocional	11.35	2.34	10.90	2.75	1.37	.08
Satisfação com a vida	24.97	4.83	24.01	5.06	1.53	.24
Felicidade Subjetiva	18.09	2.39	17.83	2.58	.84	.77
Afetividade						
Positiva	35.41	6.48	33.58	6.65	2.21	.82
Negativa	17.27	5.82	18.90	6.87	-1.99	.03*

*p<.05

De acordo com os valores obtidos através do Test T, para as medidas (Bem-estar Psicológico (t (269)=.101; p=.24), Bem-estar Social (t (269)=2.15; p=.88), Bem-estar Emocional (t (269)=1.37; p=.08), Satisfação com a vida (t (269)=1.53; p=.24), Felicidade Subjetiva (t (269)=.84; p=.77) e Afetividade Positiva (t (269)=2.21; p=.82) como o p< .05, valor inferior a qualquer dos valores encontrados, significa que em relação a estas medidas não existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo masculino e feminino.

No que se refere ainda aos resultados do teste t-student, foi observada diferença significativa entre os sexos para a dimensão afetividade negativa (t (269)= -1.99; p=0.03), demonstrando assim que as mulheres apresentaram em média, níveis mais elevados de afeto negativo (M= 18.90; DP= 6.87) do que os homens, respetivamente (M=17.27; DP= 5.82).

4.5. Análise de Correlações

Para estudar a relação entre as varáveis foi feita uma matriz de correlações que se apresenta na tabela 6.

Os três fatores estavam inter-relacionados. A correlação foi mais alta entre o Bem-estar Psicológico e Bem-estar Emocional (r = .63, p<.01), seguida da correlação entre o Bem-estar Psicológico e Bem-estar Social (r = .47, p<.01), e da correlação entre o Bem-estar Social e Bem-estar Emocional (r = . 45, p<.01).

Em relação às outras medidas os três fatores, bem-estar psicológico, bem-estar social e bem-estar emocional correlacionam positivamente com as mediadas de Satisfação com a vida, Felicidade subjetiva, Afetividade Positiva e como seria de esperar correlacionam negativamente com a afetividade negativa. Por outro lado, em relação às outras medidas, a correlação mais alta foi entre o Bem-estar Psicológico e afetividade Positiva (r = .66, p<.01), seguida da correlação entre o Bem-estar Emocional e afetividade Positiva (r = .62, p<.01), e da correlação entre Bem-estar Emocional e Felicidade Subjetiva (r= .57, p<.01).

Tabela 6. Matriz de Correlações Bivariadas entre Continuum da Saúde Mental, Satisfação com a vida, Felicidade Subjetiva e dimensões da Afetividade.

	BEP	**BES**	**BEE**	**SCV**	**FS**	**AP**	**AN**
BEP							
BES	.47**						
BEE	.63**	.45**					
SCV	.49**	.31**	.56**				
FS	.48**	.30**	.57**	.50**			
AP	.66**	.47**	.65**	.50**	.47**		
NA	-.32**	-.21**	-.38**	-.41**	-.32**	-.30**	

** p< .01

Nota: BEP-Bem-estar psicológico, BES-Bem estar social, BEE-Bem estar emocional, SCV-Satisfação com a vida, FS-Felicidade subjetiva, AP- Afetividade positiva, NA- Afetividade negativa.

4.6. Análise de correlações – Sexo masculino

Seguidamente, procedeu-se à análise dos resultados em participantes do sexo masculino. Para medir o tipo e a intensidade das relações entre as variáveis, foi outra vez utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 7).

Com exceção da afetividade negativa, os resultados demonstraram correlações estatisticamente significativas, positivas e de intensidade entre moderada entre as variáveis, com exceção da associação entre o bem-estar social e felicidade subjetiva, onde não existe correlação. A correlação mais forte observada ocorre entre o Bem-estar Psicológico e afetividade positiva.

O bem-estar psicológico apresentou correlações positivas de intensidade moderada com a Afetividade positiva, ($r= .74$, $p<.01$), Bem-estar emocional ($r= .69$, $p<.01$), Satisfação com a vida ($r= .52$, $p<.01$), Bem-estar social ($r= .51$, $p<.01$) e com a felicidade subjetiva ($r=.38$, $p<.01$).

No que se refere à dimensão bem-estar social foram identificadas relações significativas positivas de intensidade moderada com a afetividade positiva ($r=.50$, $p<.01$), com Bem-estar emocional ($r= .42$, $p=<.01$) e Satisfação com a vida ($r= .33$, $p<.01$). Por outro lado, a dimensão do Bem-estar Social não correlaciona com Felicidade Subjetiva ($r= .18$) e Afetividade Negativa ($r= -.00$).

Relativamente à dimensão Bem-estar emocional nos participantes do sexo masculinos correlacionou positivamente e com intensidade moderada com a Afetividade Positiva ($r= .68$, $p<.01$), Satisfação com a vida ($r= .57$, $p<.01$) e Felicidade Subjetiva ($r= .50$, $p<.01$).

No que se diz respeito à dimensão satisfação com a vida nos participantes masculinos correlacionou-se positivamente com intensidade moderada com a afetividade positiva ($r= .53$, $p<.01$), com a felicidade subjetiva ($r= .36$, $p<.01$) e correlaciona negativamente de intensidade moderada com a Afetividade Negativa ($r= -.25$, $p=<.01$).

A dimensão felicidade Subjetiva apresentou correlação positiva de intensidade moderada com a Afetividade Positiva ($r= .37$, $p<.01$) e uma correlação negativa de intensidade fraca com Afetividade negativa ($r= -.25$, $p<.05$).

Além das correlações anteriores, A dimensão Afetividade Positiva correlaciona fraca e negativamente com a Afetividade Negativa ($r= -.23$, $p<.05$)

Tabela 7. Matriz de Correlações Bivariadas entre Continuum da Saúde Mental, Satisfação com a vida, Felicidade Subjetiva e dimensões da Afetividade em participantes do sexo masculino.

	BEP	BES	BEE	SCV	FS	AP	NA
BEP							
BES	.51**						
BEE	.69**	.42**					
SCV	.52**	.33**	.57**				
FS	.38**	.18	.50**	.36**			
AP	.74**	.50**	.68**	.53**	.37**		
NA	-.34**	-.00	-.38**	-.25**	-.25*	-.23*	

* p < .05, ** p < .01

Nota: BEP-Bem-estar psicológico, BES-Bem estar social, BEE-Bem estar emocional, SCV-Satisfação com a vida, FS-Felicidade subjetiva, AP- Afetividade positiva, NA-Afetividade negativa.

4.7. Análise de correlações – Sexo feminino

Seguidamente procedeu-se à análise do padrão de resultados em participantes do sexo feminino. Para analisar as relações entre as varáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Na tabela 8 encontram-se as correlações das variáveis em estudo referentes aos participantes do sexo feminino.

Da análise da matriz de correlações pode-se observar que excluindo a dimensão Afetividade Negativa, todas as outras variáveis apresentam correlações estatisticamente significativas entre si, com sentido positivo e grau moderado, contrariamente aos resultados dos participantes do sexo masculino, onde não há correlação entre algumas variáveis e existem correlações com intensidade mais fraca. Salienta-se novamente a correlação positiva e mais forte entre o Bem-estar Psicológico e Afetividade positiva.

Em participantes do sexo feminino o Bem-estar Psicológico associou-se positivamente de intensidade moderada com a Afetividade positiva, (r= .62, p<.01), Bem-estar emocional (r= .60, p<.01), com a Felicidade Subjetiva (r= .53, p<.01), Satisfação com a vida (r= .48, p<.01) e com o Bem-estar Social (r=.45, p<.01).

No que se refere à dimensão bem-estar social foram identificadas relações significativas positivas de intensidade moderada com Bem-estar Emocional (r=.45, p<.01), com Afetividade Positiva (r= .44, p=<.01), Felicidade Subjetiva (r= .35, p<.01) e Satisfação com a vida (r= .29, p<.01). Contrariamente aos participantes do sexo masculino, nos participantes do sexo feminino existem correlações entre a dimensão Bem-estar Social com a Felicidade Subjetiva e Afetividade Negativa.

Relativamente à dimensão Bem-estar emocional nos participantes do sexo masculinos correlacionou positivamente e com intensidade moderada com a Afetividade Positiva (r= .64, p<.01), Felicidade Subjetiva (r= .59, p<.01) e Satisfação com a vida (r= .55, p<.01). No que se diz respeito à dimensão satisfação com a vida nos participantes masculinos correlacionou-se positivamente com intensidade moderada com a felicidade subjetiva (r= .58, p<.01), com a afetividade positiva (r= .47, p<.01),e correlaciona negativamente de intensidade moderada com a Afetividade Negativa (r= -.48, p=<.01).

A dimensão felicidade Subjetiva apresentou correlação positiva de intensidade moderada com a Afetividade Positiva (r= .53, p<.01) e uma correlação negativa de intensidade moderada com Afetividade negativa (r= -.34, p<.01). Além das correlações anteriores, A dimensão Afetividade Positiva correlaciona negativamente de intensidade moderada com a Afetividade Negativa (r= -.33, p<.01).

Tabela 8. Matriz de Correlações Bivariadas entre Continuum da Saúde Mental, Satisfação com a vida, Felicidade Subjetiva e dimensões da Afetividade em participantes do sexo feminino.

	BEP	BES	BEE	SCV	FS	AP	NA
BEP							
BES	.45**						
BEE	.60**	.45**					
SCV	.48**	.29**	.55**				
FS	.53**	.35**	.59**	.58**			
AP	.62**	.44**	.64**	.47**	.53**		
NA	-.31**	-.29**	-.38**	-.48**	-.34**	-.33**	

** p< .01

Nota: BEP-Bem-estar psicológico, BES-Bem-estar social, BEE-Bem-estar emocional, SCV-Satisfação com a vida, FS-Felicidade subjetiva, AP-Afetividade positiva, NA- Afetividade negativa.

CAPÍTULO V: DISCUSSÃO

Tendo como base o estudo anteriormente realizado para a população holandesa por Lamers, et al. (2010) ficou demonstrado que a versão portuguesa da escala contínuo da saúde mental-versão reduzida (MHC-SF), através da Análise Fatorial Confirmatória (CFA) apresentou uma estrutura tridimensional, com uma variância total explicada de 60.5%, sendo que o primeiro fator o Bem-estar psicológico explica 40,5% da Variança, o segundo fator o Bem-estar social 12,3% e o terceiro fator, o Bem-estar emocional 7,7% da Variança, com valores de saturação superiores para todos os itens em relação ao estudo original, variando entre .49 e .85.

No que se refere às qualidades psicométricas os valores de confiabilidade (Alfa de Cronbach), no presente a confiabilidade interna foi alta para as três subescalas do MHC-SF. O primeiro fator, o Bem-estar psicológico (alfa = .82), o segundo fator, Bem-estar social (alfa = .78) e o terceiro, Bem-estar emocional (Alfa = .83). Considerando o estudo anterior realizado com a população holandesa, os resultados na investigação atual através da Análise Fatorial Confirmatória (CFA) e as correlações entre as subescalas com aspetos correspondentes do bem-estar e funcionamento permitem afirmar que a escala contínuo da saúde mental-versão reduzida apresenta uma boa estrutura fatorial, uma boa consistência interna e validade convergente.

Em relação às correlações entre as variáveis verificou-se que os indicadores do bem-estar estão relacionados entre si, sugerindo avaliar algo em comum, no entanto com caraterísticas diferentes. Por outro lado, verificou-se também que a afetividade positiva e as dimensões da saúde mental, o bem-estar psicológico, bem-estar social e bem-estar emocional destacaram-se por terem as correlações mais elevadas.

Keys et al. (2008) descreveu a relação entre o Bem-estar emocional e a Afetividade positiva e pode sugerir que a dimensão do Bem-estar emocional mede aquilo a que se propõe, tendo em conta que se baseia em caraterísticas do afeto positivo e pretende ser representativa das emoções prazerosas ou do bem-estar hedónico.

Verificou-se também que a correlação mais elevada foi entre a afetividade positiva e a dimensão eudaimónica, bem-estar psicológico, confirmando assim de acordo com Lamers et al. (2010), de que contrariamente ao esperado foi detetada uma correlação significativa entre afetividade positiva e sintomas de bem-estar psicológico.

Os resultados encontrados sugerem que mais emoções e estados de humor positivos estão fortemente relacionados com um funcionamento psicológico positivo e saudável. De acordo com Gallagher et al., (2009), estudos anteriores demonstram que a afetividade positiva

associa-se a todos os seis fatores do Bem-estar Psicológico de Ryff, e também numa perspetiva hedónica, a emocionalidade positiva é frequentemente identificada como componente do bem-estar (Fredrickson, 2008).

É de salientar que as associações da Afetividade positiva com o Bem-estar psicológico e Bem-estar emocional são mais elevadas nos participantes do sexo masculino em relação aos do sexo feminino.

Em relação às outras medidas a escala MHC-SF composta por estes três fatores, o bem-estar psicológico, bem-estar social e bem-estar emocional tal como esperado correlaciona positivamente com as mediadas de Satisfação com a vida, Felicidade subjetiva e negativamente com a afetividade negativa.

Apesar de terem sido encontradas correlações positivas que permitem afirmar que o bem-estar está associado com a satisfação com a vida, felicidade subjetiva e afetividade positiva, no que diz respeito à afetividade negativa formam encontradas correlações negativas, o que permite concluir que o bem-estar está associado a menos emoções negativas, ou seja quanto menos forem experienciadas emoções negativas maior será o bem-estar.

No que diz respeito às diferenças entre os participantes do sexo masculino e feminino de acordo com os valores obtidos através do Test T, para as medidas (Bem-estar psicológico, Bem-estar social, Bem-estar emocional, Satisfação com a vida, Felicidade subjetiva e Afetividade positiva e Afetividade negativa), existem diferenças estatisticamente significativas apenas para a dimensão afetividade negativa, demonstrando assim que as mulheres apresentaram em média, níveis mais elevados de afeto negativo. De acordo com (Zanon & Hutz, 2010), esta descoberta aponta uma tendência maior das mulheres vivenciarem emoções de irritação, preocupação e raiva do que os homens.

CONCLUSÃO

O presente trabalho de investigação teve como objetivo avaliar a estrutura fatorial da escala do contínuo da saúde mental - versão reduzida (MHC-SF), em uma amostra de estudantes universitários.

No que se refere às hipóteses colocadas inicialmente foram confirmadas assim como eram esperadas. A escala do contínuo da saúde mental - versão reduzida (MHC-SF) confirmou uma estrutura de três fatores de Bem-estar Emocional, Psicológico e Social (H1).

As três subescalas, Bem-estar emocional, Bem-estar Psicológico e Bem-estar social têm uma validade interna alta, similar a descoberta no estudo original na Holanda (Lamers et al. (2010) (H2), que permite afirmar que a versão portuguesa da escala MHC-SF pode ser utilizada para investigação na população portuguesa.

Este estudo confirma a validade convergente do MHC-SF, com subescalas de bem-estar social, psicológico e emocional, correlacionando positivamente com as medidas de satisfação com a vida, felicidade subjetiva e afetos positivos e negativamente com a afetividade negativa (H3).

O Teste T para amostras independentes como era esperado não confirma diferenças estatisticamente significativas entre as medidas Bem-estar psicológico, Bem-estar social, Bem-estar emocional, Satisfação com a vida, Felicidade subjetiva, Afetividade positiva (H4).

Por outro lado, o Teste T confirma diferenças estatisticamente significativas na variável afetividade negativa entre os participantes do sexo masculino e feminino (H5).

Ficou assim demonstrado que o bem-estar está associado positivamente com a satisfação com a vida, felicidade subjetiva e afetividade positiva, ou seja, quanto maiores forem os níveis de satisfação com a vida, perceção da felicidade subjetiva e de emoções positivas experienciadas maior será o nível de bem-estar psicológico, social e emocional. Contrariamente, quanto menores níveis de emoções negativas forem experienciadas maiores serão os níveis de bem-estar.

Através deste estudo ficou confirmado que existem diferenças estatisticamente significativas para a dimensão afetividade negativa, demonstrando assim que as mulheres apresentaram em média, níveis mais elevados de afeto negativo do que os homens.

No que se refere às limitações do estudo, uma das limitações tem a ver com a especificidade da amostra que embora seja representativa requer cuidados na generalização dos resultados. A faixa etária também pode ter alguma influência tendo em conta que os jovens adultos apresentam segundo vários estudos níveis de afetividade e satisfação com a

vida diferentes de outras faixas etárias, principalmente em relação aos adultos com a vida já feita em termos familiares, profissionais etc.

Por outro lado, de acordo com alguns autores, os resultados podem ser influenciados devido a uma certa sobreposição entre os componentes da Afetividade e do Continuum de Saúde mental, em termos conceptuais.

BIBLIOGRAFIA

Abbe, A., Tkach, C., & Lyubormirsky, S. (2003). The art of living by dispositionally happy people. *Journal of Happiness Studies, 4*, 385-404.

Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth I personality.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Andrews, F. M. (1991). Stability and chang in levels and structure of subjective weel-being. *Social Indicators Research, 25,* 1-30.

Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of Well-Being: American's Perceptions of Life Quality.* New York: Plenum Press.

Averill, J., & More, T. (1993). Happiness. In M. Lewis & Haviland, J. (Eds.). *Handbook of emotions.* New York: The Guilford Press.

Aristóteles. (1993). *Etica nicomáquea= Etica eudamia*. Madri: Editorial Gredos.

Birren, J.E., & Renner, V.J. (1980). Concepts and issues of mental health ande aging. In J.E. Birren & R.B. Sloane (Eds.), *Handbook of mental health and aging* (pp. 3-33). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Biswas-Diener, R., Vittersø, J. & Diener, E. (2005). Most people are pretty happy, but there is cultural variation: the inughuit, the amish, and the maasai. *Journal of Happiness Studies, 6*,205-226. doi: 10.1007/s10902-005-5683-8

Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being* (1st ed.). Chicago: Aldine Publishing Company.

Brajša-Žgnec, A., Ivanović, D. & Lipovčan, L. K. (2011). Personality traits and social desirability as predictors of subjective well-being. *Psihologijske teme*, 20 (2), 261-276

Bryant, F.B., & Veroff, J. (1982). The structure of psychological well-being: A sociohistorical analysis. *Journal of Personality and Social Psycology, 43,* 653-673.

Buller, C. (1935). The curve of life as studied in biographies. *Journal of Applied Psycology, 19,* 405-409.

Buss, D.M. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist, 55*, 15-23.

Boehm, J.K & Lyubomirsky, S. (2008). Does happiness promote career success? *Journal of Career Assessment*, 16, 101-116. doi: 10.1177/1069072707308140

Campbell, A., Converse, P.E., & Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life: evaluations, and satisfactions.* New York: Russell Sage Foundation.

Cardoso, N. C. F. L. (2011). *A Mulher em Múltiplos Papéis e os seus efeitos para o Bem-Estar Psicológico e Satisfação Marital* (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa).

Christopher, J. (1999). Situating psichological well-being: Exploring the cultural roots of its thory and research. *Journal of counseling and development, 77*,141-151.

Cohen, S., Doyle, W.J., Turner, R.B., Alper, C.M. & Skoner, D.P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65, 652-657. doi: 10.1097/01.PSY.0000077508.57784.DA

Cohn, M.A., Fredrickson, B.L., Brown, S.L., Mikels, J.A. & Conway, A.M. (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion, 9*,361-368. doi: 10.1037/a0015952

Costa, Jr., P. & McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well- being:happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, *38* (4), 668-678.

Crawford, J.R. & Henry, J. D. (2004).The positive and negative affect schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large nonclinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, *43* (3) 245-265

Dalle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. (2011). The eudaimónica and hedonic components of happiness. *Qualitative and Quantitative Findings.Social Indicators Research, 100*, 185-207.

Dalle Fave, A., Wissing, M., Vella-Broderick, D., & Freire, T. (2013). Cross-cultural perceptions of meaning and goals in adulthood: Their roots and relations with happiness.In A. Waterman (Ed.), *the best within us : Positive psychology perspectives on eudaimónica.Washington, DC: American Psycological Association.*

Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica,11* (2), 213-228.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2008). Hedonia, eudaimónica, and Well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies, 9* (1), 1-11.

de Lara Machado, W. (2010). *Escala de bem-estar psicológico: adaptação para o português brasileiro e evidências de validade* (Doctoral dissertation, Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

Diehl, M., Hay, E.L. & Berg, K.M. (2011). The ratio between positive and negative affect and flourishing mental health across adulthood. *Aging & Mental Health*, 15, 882-893. doi: 10.1080/13607863.2011.569488

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). Subjective well-being. In E. Diener (Ed). *The Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (pp.11-58). New York: Social Indicators Research Series.

Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. New York: Wiley & Sons.

Diener, E. & Larsen, R.J. (1984). Temporal stability and cross-situational consistency of behavioral, and cognitive responses.*journal of personality and Social Psychology, 47* (4), 871-883.

Diener, E. & Larsen, R.J. (1993). The experience of emotional well-being. In M. Lewis & J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 405-415). New York: Guilford Press.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffins, S. (1985). The satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49* (1), 71-75.

Diener, E., Larsen, R.J., Levine, S. & Emmons, R.A. (1985). Intensity and frequency: dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology,* 48 (5), 1253-1265.

Diener, E., Lucas, R.E. & Oishi, S. (2002). Subjective Well-Being: the science of happiness and life satisfaction In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds) *The Oxford Handbook of positive Psycology (pp. 63-73). New York: The* Oxford University Press. doi:10.1093/oxfordhb/9780195187243.001.0001

Diener, E., Sandvik, E. & Larsen, R.J. (1985). Age and sex effects for emotional intensity. *Developmental Psychology*, 21 (3), 542-546.

Diener, E., Sandvik, E. & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. *In Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Perspective,* Ed. F Strack, M Argyle, N Schwarz, pp. 119-139. New York: Pergamon.

Diener, E. Sandvik, E. & Pavot, W. (2009). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In E. Diener (Ed) *Assessing well-being: the collected works of Ed Diener.* (pp.213-231). Social Indicators Research Series. doi: 10.1007/978- 90-481-2354-4_10

Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology, 15,* 187-219.

Diener, E., Sandvik, E. & Larsen, R.J. (1985). Age and sex effects for emotional intensity. *Developmental Psychology, 21* (3), 542-546.

Diener, E. Lucas, R., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the Hedonic Treadmill: Revising the Adaptacion Theory of Well-Being. *American Psycologist, 61,* 305-315.

Diener, E., Scollon, C. N., Oishi, S., Dzokoto, V. & Suh, E.M. (2000). Positivity and the Construction of life satisfaction judgments:global happiness is not the sum of its parts. *Journal of Happiness Studies,* 1 (2), 159-176.

Diener, E., Fujita, F., Tay, L. & Biswas-Diener, R. (2012). Purpose, mood, and pleasure in predicting satisfaction judgments. *Social Indicators Research*, 105, 333-341. doi: 10. 1007/s11205-011-9787-8

Diener, E., Inglehart, R. & Tay, L. (2012). Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research* in press.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125* (2), 276-302.

Duckworth, A.L., Steen, T.A. & Seligman, M.E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology, 1, 629-653. doi:* 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154

Eid, M., & Diener, E. (2004). Global Judgments of Subjective Well-Being: Situational Variability and Long-term Stability. *Social Indicators Research, 65,* (3), 245-277.

Eid, M., & Diener, E. (1999). Intraindividual variability in affect: reliability, validity and personality correlates. *Journal of Personality and Social Psychology, 76,* (4), 662-676.

Emmons, R. (2003). Personal goals, life meaning, and virtue: wellsprings of positive life. In C. Keyes & J. Haidt (Eds), *Florishing: Positiv psychology and the life well-lived*. Washington,DC: American Psycological Association.

Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues, 1,* 18-164.

Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods, 4,*272-299. doi:10.1037/1082-989X.4.3.272

Fave, A. D., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D. & Wissing, M.P. (2011). The eudaimónica and hedonic components of happiness: qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research,* 100, 185-207. doi: 10.1007/s11205-010-9632-5

Fredrickson, B.L. & Levenson, R.W. (1998). Positive emotions speed recovery from the

Cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition & Emotion*, 12(2), 191-220.

Fredrickson, B.L., Cohn, M.A., Coffey, K.A., Pek, J. & Finkel, S.M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045-1062. doi: 10.1037/a0013262

Gable, S., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psycology? *Review of general Psycology, 9* (2), 103-110.

Gaderman, A. & Zumbo, B. D. (2007). Investigating the intra-individual variability and trajectories of subjective well-being. *Social Indicators Research, 81*, 1-33.

Gallagher, M.W., Lopez, S.J. & Preacher, K. (2009). The hierarchical structure of well-being. *Journal of Personality*, 77, 1025-1050. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00573.x

Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjectivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra : Quarteto Editora.

Gigantesco, A., Stazi, M.A., Alessandri, G., Medda, E., Tarolla, E. & Fagnani, C. (2011). Psychological well-being (pwb): a natural life outlook? An Italian twin study on heritability of PWB in young adults. *Psychological Medicine*, 41, 2637-2649. doi: 10. 1017/S0033291711000663

Gutiérrez, J. L., Jimínez, B.M., Hernández, E.G. & Puente, C.P. (2005). Personality and Subjective well-being: big five correlates and demographic variables. *Personality And Individual Differences, 38*, 1561-1569. doi:10.1016/j.paid.2004.09.015

Heady, B. W. (2008). Life Goals Matter to Happiness: A Revision of Set-Pointe Theory. *Social Indicators Research, 86,* 213-231.

Heady, B., Veenhoven, R. & Wearing, A. (1991). Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. *Social Indicators Research, 24*, 81-100.

Headey, B., Kelley, J., & Wearing, A. (1993). Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators research, 29,* 63-82.

Herrman, H. Saxena, S., Moodie, R. & Walker, L. (2005). Introduction: promoting mental health as a public health priority. In H. Herrman, S. Saxena & R. Moodie (Eds.). *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice* (pp 2- 15). Geneva: Publications of the World Health Organization.

Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul* (W. S. Dell & C. F. Baynes, Trans.). New York: Hartcourt, Brace & World.

Johoda, M. (1959). *Current concepts of positive mental health.* New York: basic Books.

Kashdan, T.B., Biswas-Diener, R. & King, L.A. (2008). Reconsidering happiness: the costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The journal of Positive Psychology*,3, 219-233. doi: 10.1080/17439760802303044

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

Keys, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43* (2), 207-222.

Keyes, C.L. (2005a). Chronic physical conditions and aging: is mental health a potential protective factor? *Ageing International*, 30, 88-104. doi: 10.1007/BF02681008

Keyes, C.L. (2005b). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73, 539- 548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539

Keyes, C.L. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: an introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10. doi: 10. 1007/s11205-005-5550-3

Keyes, C.L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95

Keys, C.L.M. (2009). The nature and importance of mental health in youth. In R. Gilman, M. Furlong,& E.S. Heubner (Eds.), Promoting Wellness in Children and Youth: A Handbook of Positive Psycology in the Schools (pp. 9-23). New York: Routledge.

Keyes, C.L., Dhingra, S.S. & Simoes, E.J. (2010). Change in level of positive mental health As a predictor of future risk of mental health. *American Journal of Public Health*, 100, 2366-2371. doi: 10.2105/AJPH.2010.192245

Keyes, C.L.; Myers, J.M. & Kendler, K.S. (2010). The structure of the genetic and environmental influences on mental well-being. *American Journal of Public Health*, 100 (12), 2379-2384.

Keyes, C.L.; Shmotkin, D. & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.doi: 10.1037//0022-3514.82.6.1007

Keyes, C.L. Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A. & Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental-health continuum-short form (MHC-SF) in setswana-speaking south africans. *Clinical psychology and psychotherapy*, 15, 181-192. doi: 10.1002/cpp.572

Kim-Prieto, C., Diener, , E., Tamir, M., Scollon, C., & Diener, M. (2005). Intergrating the diverse definitons of happiness: A time-sequential Framework of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies, 6,* 261-300.

Kline, P. (2000). The handbook of psychological testing (2nd ed.) London: Routleg. Knoef, M.,de Vos, K. (in press) The representativeness of LISS, an online probability panel.

Kuppens, P., Ceulemans, E., Timmerman, M.E., Diener, E. & Kim-Prieto, C. (2006). *Journal of cross-cultural psychology*, *37,* 491-515.

Lamers, S.M., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Klooster, P.M. & Keyes, C.L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110. doi: 10.1002/jclp.20741

Lamers, S.M., Westerhof, G.J., Kóvacs, V. & Bohlmeijer, E.T. (2012). Differential relationships in the association of the big five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 46, 517-524. doi: 10. 1016/j.jrp.2012.05.2012.

Lamers, S.M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E.T., Klooster, P.M. & Keys C.L.M. (2010). evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of Clicical Psycology, 00* (0), 1-12. doi: 10.1002/jclp.20741

Lucas, R.E., Diener, Ed. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71* (3), 616-628.

Luhmann, M., Hawkley, L., Eid, M. & Cacioppo, J. (2012). Times Frames ans the Distinction Between Affective and Cognitive Well-Being. *J. Res Pers. 46* (4), 431-441.

Luhmann, M., Lucas, R.E., Eid, M. & Diener, E. (2013).The prospective effect of life on life satisfaction events. *Social Psychological and Personality Science*, 4, 39-45. doi: 10.1177/1948550612440105

Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. Social Indicators Research, *46*, 137-155.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131,* 803–855.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9,* 111-131. doi:10.1037/1089-2680.9.2.111

Mauss, I.B., Shallcross, A.J., Troy, A.S., John, O.P., Ferrer, E., Wilhelm, F.H. & Gross, J.J. (2011). Don't hide your happiness! Positive emotion dissociation, social

connectedness,and psychological functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 738- 748. doi:10.1037/a0022410

Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). New York: van Nostrand.

McCullough, M.E., Tsang, J. & Emmonds, R.A. (2004). Intermediate affective terrain: links of grateful moods to individual differences and daily emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 295-309. doi: 10.1037/0022-3514.86.2.295

Myers, D., & Diener, E. (1995). Who is happy? *American Psycological society, 6* (1), 10-16.

Neugarten, B. L. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The Psycology of adult development and aging* (pp.311 -335). Washington, DC: American Psychological Association.

Nickerson, C., Diener, E. & Schwarz, N. (2011). Positive affect and college success. *Journal of Happiness Studies*, 12, 717-746. doi: 10.1007/s10902-010-9224-8

Nunes, C. H. S., Hutz, C. S., & Giacomoni, C. H. (2009). Associação entre bem estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Avaliação Psicológica,8* (1), 99-108.

O'Keefe, T. (2009). Action and responsibility In J. Warren (Ed.) *The Cambridge Companion to Epicureanism* (pp.142-157). Cambridge: Cambridge University Press.

Pavot, W. & Diener, E. (2013). Happiness Experienced: The Science of Subjective well-Being.In David, S., Boniwell, I. & Ayers, A.C. (Coord), *The Oxford Handbook of Happiness.* (pp. 134-151). Oxford, UK: Oxford University Press.

Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment, 5* (2), 164-172.

Pavot, W. & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 3, 137-152. doi:10.1080/17439760701756946

Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R. & Sandvik, E. (1991). Further validation of the with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *journal of Personality Assessment, 57,* 149-161.

Petersom, C., Park; Nansook, P., & Seligman, M. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The Full *versus* the empty life. *Journal of Happiness studies, 6,* 25-41.

Provencher, H.L. & Keyes, C.L. (2011). Complete mental health recovery: bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10, 57-69. doi: 10. 1108/17465721111134556

Retana-Franco, B., & Sánchez-Aragón, R. (2010). Rastreando en el passado formas de regular la felicidad, la tristeza, el amor, el enojo y el miedo, *Universitas Psychologica, 9,* 179- 197.

Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews Psychology, 52,* 141-166.

Ryff, C. D.(1985). Adult personality development and the motivation for personal growth. In D. Kleiber & Maehr (Eds.), *Advances in motivation and achievement: vol. 4. Motivation and adulthood* (pp. 55-92). Greenwich, CT: JAI Press.

Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: new directions in quest of successful aging. *International Journal of behavioral Development, 12,* 35-55

Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or os it? Explorations on the meaning of Psychological well-being. *Journal of personality and social psychology, 57* (6), 1069- 1081.

Ryff, C., & Keyes, L. (1995). The structure of psychological well-being: Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69* (4), 719-727.

Ryff, C. D., & Singer, B.H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimónica approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies, 9,* 13-39.

Ryff, C.D. (2013). Eudaimonic well-being and health:mapping consequences of selfrealization. In A.S. Waterman (Ed.), *The best within us: positive psychology perspectives on eudaimonia* (pp.77.98). Washignton, DC: American Psychological Association.

Robinson, M. D. & Compton, R. J. (2008). The happy mind in action: The cognitive basis of subjective well-being. In M. Eid & R. J. Larsen (eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 220-238). New York: Guilford Press.

Rogers, C. (1961). *On becoming a person.* Boston: Houghton Mifflin.

Sauer, W.J. & Warland, R. (1982). Morale ande life satisfaction. In D.J. Mangen & W.A. Peterson (Eds.), *Research* instruments in social gerontology: *vol. 1, Clinical and social psychology* (pp. 195-240). Minneapolis: University of Minnisota Press.

Seligman, M.E. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist,* 55, 5-14. Doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5

Seligman, M.E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies, 6,* 25-41.

Seligman, M., & Csikszentmihaly, M. (2000). Positive Psycology: An introduction. American

Psycologist,*5* (1), 5-14.

Seligman, M.E., Parks, A.C. & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions of Royal Society Biological Sciences,* 359, 1379-1381. doi: 10.1098/rstb.2004.1513

Schueller, S. M., & Seligman, M. E. P. (2010). Differential pursuit of pleasure, engagement, and meaning: Relationships to subjective and objective well-being. *Journal of Positive Psycology, 5*, 253-263.

Schimmack, U., Diener, E. & Oishi, S. (2002). Life-Satisfaction is a momentary judgment and a stable personality characteristic: the use of chronically accessible and stable sources.*Journal of Personality*, 70 (3), 345-384.

Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. Psychological Bulletin, *134*, 138-161.

Schwarz, N. & Strack, F. (1991). Evaluating one's life: a judgment model of subjective wellbeing. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Eds). *Subjective Well-Being: an interdisciplinary perspective* (pp. 27-48). Oxford: Pergamon Press.

Stubbe, J.H., Posthua, D., Boomsma, D.I. & DeGeus, E.J. (2005). Heritability of life satisfaction in adults: a twin-family study. *Psychological Medicine*, 35, 1581-1588. doi: 10.1017/S0033291705005374

Tay, L. & Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 354-365. doi: 10.1037/a0023779

Tugade, M.M. & Fredrickson, B.L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333 doi: 10.1037/0022-3514.86.2.320

Urzúa, A., Cortez, E., Vega, S., Prieto, L., & Tapia, K. (2009). Propriedades psicométricas del cuestionario de auto reporte de la calidad de vida KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos.Terapia psicológica, *27*, 83-93.

Van Dierendonck, D., Abarca, A. B., Díaz, D., Jiménez, B. M., Gallardo, I., Valle, C., & Carvajal, R. R. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema, 18* (3), 572-577.

Veenhoven, R. (1984). *Conditions ofHappinees.* Springer.

Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness eudaimónica and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and social Psychology,64*, 678-691.

Watson, D. (2005). Positive affective: the disposition to experience pleasurable emotional states. Em C. R. Snyder & S. J. Lopez, *handbook of positive psychology* (pp. 106-119). Nova Iorque: Oxford University Press.

Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. Journal of Personality and Social Psycology, *54* (6), 1063-1070.

Waterman, A., Schwartz, J., & Conti, R. (2008). The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimónica) for the under standing of intrinsic motivation.*Journal of Happiness Studies, 9,* 41-79.

Westerhof, G.J. & Keyes, C.L. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the life span. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119. doi: 10. 1007/s10804-009-9082-y

World Health Organization. (2004). Promoting mental Health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary Report). Geneva: WHO12 . Journal of Clinical Psychology, 2010.

Zanon, C. & Hutz, C. S. (2010). Relações entre bem-estar subjetiva, neuroticismo, ruminação, reflexão e sexo. *Gerais*: *Revista interinstitucional de Psicologia, 2* (2), 118-127.

.

APÊNDICE I

Versão: A. Baptista 2014 Data ____/___/_____

Solicitamos a sua colaboração para uma investigação que tem como objectivo estudar o comportamento emocional.

As suas respostas são confidenciais e anónimas, sendo submetidas a tratamento estatístico em grupo. Agradecemos a sua colaboração.

I - INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

1. Se é estudante qual a Instituição ou Estabelecimento de Ensino que frequenta: _____

_____

2. SEXO**:** ☐$_1$ Masculino ☐$_2$ Feminino

3. ESTADO CIVIL: ☐$_1$ Solteiro(a) ☐$_2$ Casado(a) / União de Facto ☐$_3$ Divorciado(a) / Separado(a) ☐$_4$ Viúvo

4. IDADE: _____ Anos 5. PROFISSÃO: _____

6. N.º ANOS DE ESCOLARIDADE: _____ 7. CURSO: _____

8. RELIGIÃO: _____ 9. ETNIA: _____

I I- Avalie como se sentiu durante o **último mês**. Utilize a escala de 0 a 5 para avaliar o grau com que sentiu o que está descrito em cada frase.

0	1	2	3	4	5
Nunca	Uma vez ou duas	Aproximadamente uma vez por semana	Aproximadamente duas ou três vezes por semana	Quase todos os dias	Todos os dias

1	Feliz ……..	0 1 2 3 4 5
2	Interessado na vida	0 1 2 3 4 5
3	Satisfeito	0 1 2 3 4 5
4	Que tinha algo importante para contribuir para a sociedade ….....	0 1 2 3 4 5
5	Que pertence a um grupo (como uma associação ou uma colectividade)	0 1 2 3 4 5
6	Que a nossa sociedade se está a transformar num lugar melhor para pessoas parecidas consigo	0 1 2 3 4 5
7	Que as pessoas são basicamente boas	0 1 2 3 4 5
8	Que o modo como a sociedade funciona lhe faz sentido	0 1 2 3 4 5
9	Que gosta da maioria das facetas da sua personalidade	0 1 2 3 4 5
10	Que se sentiu bem a gerir as responsabilidades da sua vida	0 1 2 3 4 5
11	Que tem relações carinhosas e de confiança com os outros …….	0 1 2 3 4 5
12	Que teve experiências que o desafiaram a crescer e tornar-se uma pessoa melhor ……..	0 1 2 3 4 5
13	Confiante em pensar e exprimir as suas ideias e opiniões	0 1 2 3 4 5
14	Que a sua vida tem uma direcção e significado	0 1 2 3 4 5

III. Seguidamente vai ler 5 afirmações com as quais pode concordar ou não. Utilize a escala de 1 a 7 para indicar a sua concordância com cada afirmação. Coloque uma cruz no número apropriado na linha à frente a cada afirmação. A escala de 7 pontos é a seguinte:

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Neutro, não concordo, nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente

1.	Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal …….....….....	1 2 3 4 5 6 7
2.	As minhas condições de vida são excelentes …….....……..…...	1 2 3 4 5 6 7
3.	Estou satisfeito com a minha vida ……...…….....	1 2 3 4 5 6 7
4.	Até ao momento tenho alcançado as coisas importantes que quero para a minha vida	1 2 3 4 5 6 7
5.	Se pudesse viver a minha vida de novo não mudaria quase nada …….....	1 2 3 4 5 6 7

IV - Responda a cada frase assinalando com uma cruz (X) o número que melhor corresponde ao seu grau de concordância com a frase. Utilize a escala de 1 a 7 apresentada por baixo de cada frase.

1. Normalmente, considero-me uma pessoa:

1	2	3	4	5	6	7
Não muito feliz						Muito feliz

2. Comparando-me com a maioria dos meus colegas, considero-me uma pessoa:

1	2	3	4	5	6	7
Menos feliz						Mais feliz

3. Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Gozam a vida, independentemente do que esteja a acontecer, tirando o máximo proveito de tudo. Até que ponto se identifica com esta descrição?

1	2	3	4	5	6	7
Nada						Muitíssimo

4. Algumas pessoas geralmente são muito felizes e mostram-no com o seu comportamento. Até que ponto se identifica com esta descrição?

1	2	3	4	5	6	7
Nada						Muitíssimo

V - Durante as **últimas quatro semanas** até que ponto sentiu os seguintes sentimentos. Utilize a escala de 1 a 5 e escreva o número que considera adequado à frente de cada palavra:

1	2	3	4	5
Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

1.	Interessado ……..…… _____	11.	Irritável ……...….. _____
2.	Aflito ……..…… _____	12.	Desperto ……..… _____
3.	Animado …..……..… _____	13.	Envergonhado ……. _____
4.	Perturbado ……..…. _____	14.	Inspirado ……. _____
5.	Forte …..…….. _____	15.	Nervoso …… _____
6.	Culpado ……..... _____	16.	Determinado …... _____

1	2	3	4	5
Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

7. Assustado ……. _____
8. Hostil …… _____
9. Entusiasmado ……... _____
10. Orgulhoso ……..….. _____
17. Atento…..…… _____
18. Trémulo …..... _____
19. Activo ……..….. _____
20. Medroso ……..… _____

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO