

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Cláudio Jorge Costa Pereira Monteiro

**CONTRIBUTO DA LITERACIA EM SAÚDE
MENTAL PARA A INTELIGÊNCIA
EMOCIONAL E O BEM-ESTAR NUMA
AMOSTRA DE ADOLESCENTES DA
POPULAÇÃO PORTUGUESA**

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento, sob a orientação científica da Professora Doutora Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale Dias e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Fevereiro de 2022

Resumo

A Literacia em Saúde Mental, a Inteligência Emocional e o Bem-Estar têm sido alvo de um crescente interesse pela comunidade científica. No entanto, poucas têm sido as pesquisas empíricas a avaliar a relação entre estes constructos, principalmente na adolescência.

Assim o presente estudo pretende contribuir para a investigação em torno das relações entre a Literacia em Saúde Mental, a Inteligência Emocional e o Bem-Estar, clarificando o potencial valor preditivo da Literacia em Saúde Mental face à Inteligência Emocional e ao Bem-Estar. Pretende-se ainda observar se os sujeitos da amostra diferem nos níveis de Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional e Bem-Estar tendo em conta as variáveis sociodemográficas.

Para tal, utilizou-se uma amostra de 341 adolescentes da população portuguesa (181 do sexo feminino e 160 do sexo masculino), entre os 15 e os 18 anos, que participaram no estudo respondendo aos seguintes instrumentos aferidos para a população portuguesa: Questionário Sociodemográfico (Maia de Carvalho, Vale-Dias, & Sieiro, 2019), Mental Health Literacy Questionnaire (Campos et al., 2016), Questionário de Inteligência Emocional - Versão para jovens (Candeias et al., 2013) e Mental health Continuum - Short Form (Matos et al., 2010).

Os resultados revelaram a existência de uma associação significativa e positiva entre todos os constructos avaliados, sendo a correlação entre a Inteligência Emocional e o Bem-Estar a mais forte e significativa. Verificou-se ainda que a Literacia em Saúde Mental exerce poder preditivo, positivo e estatisticamente significativo na Inteligência Emocional e no Bem-Estar. A pontuação de todas as escalas avaliadas revelou-se significativamente associada ao género dos participantes e, ainda, aqueles que frequentaram consultas de psicologia obtiveram pontuações mais baixas nas escalas de Inteligência Emocional e Bem-Estar.

Palavras-chave: Adolescência, Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional, Saúde Mental e Bem-Estar.

Abstract

Mental Health Literacy, Emotional Intelligence and Well-Being have been the subject of growing interest by the scientific community. However, there has been little empirical research evaluating the relationship between these constructs, especially in adolescence.

Therefore, this study aims to contribute to the research on the relationships between Mental Health Literacy, Emotional Intelligence and Well-Being, by clarifying the potential predictive value of Mental Health Literacy in relation to Emotional Intelligence and Well-Being. We also intend to observe whether the sample subjects differ in their levels of Mental Health Literacy, Emotional Intelligence and Well-Being considering the sociodemographic variables.

To this end, we used a sample of 341 adolescents from the Portuguese population (181 female and 160 male), between 15 and 18 years old, who participated in the study by answering the following instruments measured for the Portuguese population: Sociodemographic Questionnaire (Maia de Carvalho, Vale-Dias, & Siero, 2019), Mental Health Literacy Questionnaire (Campos et al., 2016), Emotional Intelligence Questionnaire – Youth Version (Candeias et al., 2013) and Mental health Continuum - Short Form (Matos et al., 2010).

The results revealed the existence of a significant and positive association between all the constructs assessed, with the correlation between Emotional Intelligence and Well-Being being the strongest and most significant. Mental Health Literacy was also found to exert positive and statistically significant predictive influence on Emotional Intelligence and Well-Being. The scores of all scales assessed were significantly associated with the participants' gender, and those who attended psychology appointments obtained lower scores in the Emotional Intelligence and Well-Being scales.

Keywords: Adolescence, Mental Health Literacy, Emotional Intelligence, Mental Health and Well-Being.

Agradecimentos

Aos meus pais pelo apoio constante e incondicional, que nos momentos menos bons, sempre acreditaram que eu estava no caminho certo;

Aos amigos e irmãos que Coimbra me deu e que levo para a vida;

À orientadora Professora Doutora Maria da Luz Vale Dias pela dedicação, disponibilidade e partilha de conhecimento;

À Doutora Mariana pelas palavras, ajuda e disponibilidade neste percurso;

Às colegas que ajudaram na recolha da amostra quando tal parecia impossível;

Às instituições e aos alunos pela disponibilidade em colaborar neste estudo numa altura de pandemia;

A todos o meu muito obrigado, levo Coimbra na alma e no Coração.

“No mundo atual, não basta ser inteligente, esperto e estar preparado para competir. É preciso ter calma, empatia e persistir diante das frustrações para conseguir viver bem no amor, ser feliz com a família e vencer no mercado de trabalho.”

Daniel Goleman

Índice

Introdução	9
I. Enquadramento Concetual	11
1.1 Adolescência	11
1.2 Literacia em Saúde Mental	12
1.3 Inteligência Emocional	15
1.3.1 Origem e Conceito da Inteligência Emocional	16
1.3.2 Modelos Teóricos da Inteligência Emocional.....	18
1.4 Bem-Estar	21
1.4.1 Bem-Estar Emocional/Subjetivo.....	21
1.4.2 Bem-Estar psicológico	22
1.4.3 Bem-Estar social	23
1.5 Relação entre Literacia em Saúde Mental, Bem-Estar e IE	23
II. Objetivos e Hipóteses	25
III. Metodologia.....	27
3.1 Caracterização da amostra	27
3.2 Instrumentos.....	30
3.3 Procedimentos.....	32
IV. Resultados.....	34
V. Discussão	43
VI. Conclusão.....	46
Referências Bibliográficas	48

Índices Específicos:

Índice de Quadros

Quadro 1 - Modelo das 5 dimensões de Bar-On	19
Quadro 2 - Os quatro ramos do Modelo de Aptidões de Mayer e Salovey	20

Índice de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra de adolescentes em função do género.	27
Tabela 2. Distribuição da amostra de adolescentes em função da idade.	27
Tabela 3. Distribuição da amostra de adolescentes em função da escolaridade, do nível socioeconómico e da composição do agregado familiar antes e durante o confinamento.	28
Tabela 4. Distribuição da amostra de adolescentes em função de ter frequentado consultas de psicologia e de psiquiatria.	29
Tabela 5. Distribuição da amostra de adolescentes em função da história familiar de doença mental.	29
Tabela 6. Distribuição da amostra de adolescentes em função do relacionamento amoroso.	29
Tabela 7. Matriz de correlações de <i>Pearson</i> para a associação entre a Literacia em Saúde Mental, Bem-Estar e a Inteligência Emocional.	35
Tabela 8. Resumo das regressões obtidas para cada variável dependente.	36
Tabela 9. Coeficientes de regressão obtidos para cada variável dependente.	36
Tabela 10. Teste-T, para amostras independentes: Diferenças na Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar em função da idade.	37
Tabela 11. Teste-T, para amostras independentes: Diferenças na Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar em função do género.	38
Tabela 12. ANOVA One-way para 3 grupos: Diferenças na Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar em função do nível socioeconómico.	39
Tabela 13. Teste-T, para amostras independentes: Diferenças na Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar em função da variável ter frequentado consultas de psicologia.	40
Tabela 14. Teste-T, para amostras independentes: Diferenças na Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar em função da variável ter frequentado consultas de psiquiatria.	40
Tabela 15. Teste-T, para amostras independentes: Diferenças na Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar em função da variável estado de relacionamento.	42

Índice de Anexos

Anexo A – Pedidos de Autorização para recolha de dados

Anexo B – Instrumentos

Anexo C - Consistência Interna do Mental Health Literacy Questionnaire (MHLq, Campos et al., 2016)

Anexo D – Consistência Interna do Questionário de Inteligência Emocional - Versão para jovens (EQ-i:YV, Candeias et al., 2013)

Anexo E - Consistência Interna do Mental Health Continuum– Short Form (MHC-SF, Matos et al., 2010)

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

cf. – Conforme

EQ-i – Emotional Quotient Inventory

EQ-i:YV – Emotional Quotient Inventory: Youth Version

IE – Inteligência Emocional

INE – Instituto Nacional de Estatística

MHLq – Questionário de Literacia em Saúde Mental

MHC-SF – Mental Health Continuum– Short Form

N – Número para análise

Sig. – Significância

WHO – Organização Mundial de Saúde

% – Quantidade da amostra em cada 100 analisados

Introdução

A adolescência é a fase em que o indivíduo adquire a habilidade de pensar para além do momento presente, de visualizar as implicações das suas ações no futuro e também de começar a compreender a complexidade das relações humanas. Segundo, Karibeeran e Mohanty (2019) é uma fase caracterizada pela tentativa do encontro de novas experiências e situações desconhecidas, que geralmente resultam em novas, e possivelmente intensas, positivas e negativas reações emocionais, com a necessidade de nutrir as capacidades de Inteligência Emocional e de Regulação Emocional.

Os conceitos de Inteligência Emocional e Bem-Estar foram ao longo do tempo, ganhando importância, detendo hoje relevância notória (Sá, 2017). Segundo Sousa et al. (2013), o Bem-Estar tem vindo a ser definido como uma dimensão mais alargada do que no passado, com relação com a confiança, a dignidade pessoal, a oportunidade de atingir objetivos pessoais, a satisfação com a vida e a felicidade. Goleman (2010) refere-se ao conceito de Inteligência Emocional como a capacidade de se reconhecer os próprios sentimentos e os dos outros, de ter a capacidade de automotivação e de gestão das emoções nas relações existentes.

O verdadeiro interesse pela temática da Literacia em Saúde Mental é relativamente recente, surgindo de forma mais vincada no final do Séc. XX, evoluindo de forma a incluir as exigências atuais em Saúde Mental e as capacidades necessárias para dar resposta a essas mesmas exigências (Loureiro et al., 2012a). Jorm (2012) acrescenta que o facto de, por vezes, o aparecimento dos primeiros sinais se dar durante a adolescência é também um preponderante contributo para a falta de reconhecimento de problemas relacionados com a Saúde Mental. No contexto português, estudos demonstram que a Literacia em Saúde Mental nos adolescentes é bastante modesta (Medina, 2013; Pedreiro, 2013). No entanto, verifica-se que poucos estudos foram realizados com vista a analisar o contributo da Literacia em Saúde Mental na Inteligência Emocional e no Bem-Estar dos adolescentes, bem como, as suas relações.

Neste sentido, para dar um contributo à investigação e à intervenção, realçam-se os conceitos de Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional e o Bem-Estar na fase da adolescência. No âmbito desta pesquisa, é dado destaque à análise da relação entre os três constructos, bem como o possível poder preditivo da Literacia em Saúde

Mental face à IE e ao Bem-Estar, e às diferenças em função de algumas variáveis sociodemográficas.

No que concerne à estrutura do estudo, e para permitir uma maior compreensão da temática, apresentam-se duas partes distintas: uma conceptual e outra empírica, que estão interligadas nos seis capítulos que compõem este estudo. Assim, no primeiro capítulo optámos por fazer o enquadramento conceptual, nomeadamente pela revisão de literatura sobre a evolução dos constructos em estudo, com ênfase na caracterização da faixa etária em estudo - a adolescência. Aqui são descritos os estudos e os modelos teóricos que levaram ao interesse pelo estudo da Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional, Saúde Mental e Bem-Estar e as suas relações. É nos capítulos dois a seis que a perspectiva empírica está abordada, sendo que no segundo capítulo apresentamos os objetivos e as hipóteses em estudo. No terceiro capítulo descrevemos a metodologia do estudo com a caracterização da amostra, dos instrumentos utilizados e dos procedimentos de recolha de dados. No quarto capítulo é descrito o tratamento estatístico dos dados, sendo neste reportados os resultados dos objetivos e das hipóteses em estudo. A discussão dos resultados é exposta no capítulo quinto. No sexto e último capítulo propusemo-nos a explicar as conclusões finais obtidas da investigação, tais como, os seus pontos fortes, as suas limitações, bem como sugestões para estudos futuros.

I. Enquadramento Concetual

1.1 Adolescência

A adolescência é conhecida como a fase da construção da identidade e decorre aproximadamente entre os 12 e os 18 anos de idade (Erikson, 1987).

Erikson (1987) caracteriza esta fase como uma etapa que envolve uma crise de identidade com diversas transformações corporais, fisiológicas e comportamentais. É nesta etapa que surge a vontade de pertença social, manifestada através da escolha de grupos e de envolvimento ideológico, da procura de um papel na sociedade e de segurança. Neste sentido há uma maior preocupação com a opinião dos outros, uma maior necessidade de agradar, bem como uma maior vulnerabilidade para se ser influenciado ou moldado.

Por outro lado, do ponto de vista do desenvolvimento cognitivo surgem outro tipo de mudanças. Esta é ainda a fase que se caracteriza pelo desenvolvimento da capacidade de raciocínio complexo e pela capacidade de abstração para o desenvolvimento de questões morais e empatia, primando os adolescentes de solucionar problemas sociais, de lidar com relacionamentos interpessoais e de se verem como seres sociais (Papalia & Feldman, 2013).

Este conceito, e a sua construção, é, no entanto, relativamente recente. Segundo Hall (1905), este estágio da evolução humana, é pela primeira vez considerado um relevante período do desenvolvimento humano nos finais do século XIX e início do século XX dadas as características de evolução social e económica de então. O autor anteriormente citado, Erikson, apresenta a sua teoria psicossocial do desenvolvimento humano (Erikson, 1962) em que apresenta domínios do crescimento humano que vão sendo desenvolvidos pela passagem por experiências e interações com o meio ambiente. O autor caracteriza a vida do ser humano ao longo de diferentes estádios caracterizados por diversos aspetos biológicos, sexuais, psíquicos e sociais, em que um corresponde à formação de diferentes aspetos da personalidade humana (Erikson, 1968). Esta formação é devida à mencionada interação com o ambiente e à consequência, positiva ou negativa, gerada através dessa interação, sendo a consequência positiva geradora de características de personalidade mais virtuosas, criando bom equilíbrio mental e social, e as negativas, geradoras de desajustamento social.

1.2 Literacia em Saúde Mental

Neste ponto exploramos o tema de Literacia em Saúde Mental. Sendo que primeiramente, abordamos o tema da literacia em saúde. Selden et al. (2000, p. 6) definem este conceito como “a medida em que os indivíduos têm capacidade para obter, processar e entender informação básica em saúde e serviços disponíveis para tomar decisões de saúde apropriadas”, reforçando Loureiro et al. (2012a), que assim, este conceito envolve diversas áreas como a Enfermagem, o Serviço Social, a Medicina, a Psicologia e a Sociologia.

Loureiro et al. (2012a) referem que a diferença entre a literacia em saúde e a educação em saúde, se prende com o facto de que a última se cinge ao ato de ensinar e aprender, focado o aspeto da assimilação, enquanto que a literacia em saúde se refere a um processo dinâmico de alfabetização e à capacidade de utilizar determinadas competências em saúde por parte do indivíduo, através de um contínuo questionamento e papel ativo a nível pessoal, social, profissional.

Quando o enfoque é a Literacia em Saúde Mental, este conceito, mais especificamente o termo *Mental Health*, inicialmente induzido por Scott Simonds (1974) em contexto educativo, argumentando o autor de que alunos poderiam possuir diferentes níveis de literacia em diversas áreas, nas quais se incluía a saúde (Ratzan, 2001; Bernhardt, et al. 2005).

Loureiro et al. (2012a) referem que só passados 20 anos, é que o interesse pela temática surge de modo mais vincado, evoluindo de modo a incluir as exigências atuais em saúde e as capacidades necessárias para dar resposta a essas mesmas exigências, constituindo-se ainda como resultado chave da promoção da saúde e como pressuposto fundamental para o exercício ativo, participado e ampliado da cidadania em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades (Loureiro et al., 2012a).

O conceito de Literacia em Saúde Mental foi conceptualizado por Jorm et al. (1997) quando confrontados com a desproporcional atenção dada ao conhecimento sobre ações a tomar na prevenção e tratamento inicial de problemas físicos em relação a problemas do foro mental.

Os autores propuseram um conceito de Literacia em Saúde Mental como o “conhecimento e as crenças sobre doenças mentais que, conseqüentemente, ajudaria ao seu reconhecimento, gestão e prevenção” (Jorm et al., 1997, p. 182).

Mais tarde, Jorm (2012) acrescenta que a Literacia em Saúde Mental não se restringe ao conhecimento nesta área, mas também ao facto do potencial benefício da Saúde Mental do próprio indivíduo e dos que o rodeiam. O autor destaca que existem evidências, provenientes de trabalho de inquérito em vários países, que demonstram deficiências em termos de conhecimento nos seguintes pontos:

- a) O conhecimento de como evitar perturbações mentais;
- b) O reconhecimento do momento em que se desenvolve uma doença mental;
- c) O conhecimento das diversas opções de tratamento disponível;
- d) O conhecimento de estratégias de autoajuda contra perturbações mais simples e;
- e) Competências de primeira ajuda para apoiar terceiros que possam estar a desenvolver uma perturbação mental.

A Organização Mundial de Saúde (WHO) através da *World Health Initiative* demonstrou que apenas uma minoria das pessoas, em 28 países estudados, recebe tratamento para problemas emocionais, de ansiedade e uso de substâncias no ano em que os problemas ocorrem, com dados bastante preocupantes a demonstrarem que o intervalo de tempo entre o aparecimento dos problemas e o seu tratamento poderia variar entre 1 e 30 anos, e o mesmo se verifica em perturbações psicológicas graves, em que o tempo de espera chega a atingir os vários meses (Marshall et al., 2005). Gulliver et al. (2010) afirmam que estes intervalos de tempo são, em grande medida, devidos à falta de reconhecimento pelo próprio indivíduo de que desenvolveu um problema de natureza mental.

Segundo Kessler et al. (2005), nos Estados Unidos, a mediana da idade para o aparecimento de problemas de ansiedade são os 11 anos de idade, para problemas de alteração de humor os 30 anos de idade, e para os de uso de substâncias os 20 anos de idade. Estes dados demonstram a importância da Literacia em Saúde Mental, em particular nos adultos que rodeiam os adolescentes onde potencialmente possam surgir estes problemas (Jorm, 2012).

Também no contexto português, estudos demonstram que a Literacia em Saúde Mental nos adolescentes é bastante modesta (Medina, 2013; Pedreiro, 2013), com Loureiro et al., (2012b) a referirem que o reconhecimento da depressão pelos jovens portugueses é inferior ao observado em vários estudos de outros países. Também

Pedreiro (2013) detetou défices na Literacia em Saúde Mental destes adolescentes e jovens.

Relativamente ao processo de tratamento a adotar há que fazer referência ao facto de que uma elevada quantidade de pessoas ainda rejeita, ou desacredita, do potencial efeito positivo de procurar ajuda profissional para o tratamento de problemas de saúde mental (Ten Have et al., 2010).

Uma alternativa a ponderar, embora não resolva esta falta de confiança, que contribui para uma melhoria geral do tratamento deste tipo de problemas é o conhecimento de estratégias de autoajuda, por vezes acompanhadas por profissionais como um conjunto mais alargado de medidas a tomar (Jorm, 2012). Algumas destas alternativas, como o aumento da atividade física apresentam resultados bastante positivos, nomeadamente na redução da depressão, contudo algumas pessoas acreditam que o uso de álcool para relaxar, por exemplo, poderá oferecer benefícios, o que poderá piorar sintomas a longo prazo (Jorm et al., 2002).

Cusack et al. (2004) chamam à atenção para o facto de que, muitas vezes, a procura de ajuda é motivada pela sugestão de membros mais próximos, com Keitner et al. (1995) a referirem ainda que é exatamente esta rede de suporte que providencia o apoio essencial no ultrapassar de eventos traumáticos. Jorm (2012) refere que este fator é particularmente importante no período da adolescência, quando este tipo de problemas aparece pela primeira vez. O autor refere vários fatores, entre os quais aponta a falta de Literacia em Saúde Mental, que pode representar um sério problema para a ajuda aos próximos.

Em suma, o objetivo final de uma adequada Literacia em Saúde Mental é uma sociedade onde as pessoas ajam prontamente quando deparadas com situações associados a este tipo de problemas de saúde, através da procura por ajuda profissional, onde recebem e aderem a tratamentos baseados em evidências, pelo apoio de outras pessoas da sua rede de suporte, pela adoção de medidas preventivas para benefício próprio e de família e amigos, e onde os serviços de Saúde Mental são vistos como uma contribuição valiosa que merece apoio público (Jorm, 2012).

No ponto seguinte abordaremos o tema da Inteligência Emocional, apresentando a origem e o conceito de IE e ainda os seus modelos de maior influência.

1.3 Inteligência Emocional

Relativamente ao tema da IE, torna-se necessário não só definir o conceito como as suas dimensões e competências, bem como os conceitos de emoções e ainda explorar os diferentes modelos apresentados por importantes autores.

Contudo, fazemos previamente um breve enquadramento do conceito de emoções, conceito este que tem sido alvo de estudo e interesse científico em diferentes áreas como a filosofia, a antropologia e as neurociências (Damásio, 1994; Kemper, 2004; Solomon, 2004). A integração de diferentes áreas de estudo para um melhor entendimento deste conceito é cada vez mais consensual, dado o facto de que as emoções são, não só afetadas por processos fisiológicos, mas também desenvolvidas por experiências e acontecimentos de vida até ao momento em questão (Shore, 1994).

O português António Damásio (2003), argumenta que o sistema neurológico humano está munido de ferramentas de adaptação a desafios que se apresentam de forma hierárquica, interligadas de modo a formar processos metabólicos, reflexos básicos e funcionamentos de sistemas como o sistema imunitário, que juntos, regulam a homeostasia humana. Dentro destes sistemas existem as emoções genuínas e os sentimentos (Damásio, 2003). O autor apresenta as emoções como “ações ou movimentos, muitos deles públicos, visíveis para os outros na medida em que ocorrem na face, na voz, em comportamentos específicos” (Damásio, 2003, p. 6).

Ainda de acordo com o mesmo autor, o medo, a surpresa, a tristeza, a raiva, a felicidade ou a aversão/repugnância, são as consideradas emoções básicas. No sentido contrário, encontram-se as emoções mais complexas, as quais designa de emoções sociais, tais como a vergonha, a culpa, o embaraço, a inveja, o orgulho, a gratidão, o desespero, a admiração e o desprezo. Estas antecedem aos sentimentos que se encontram num último nível superior de organização, em que Damásio define como a perceção de um certo estado corporal juntamente com a perceção de um certo modo de pensar e de pensamentos com determinados temas (Damásio, 2003).

Este breve enquadramento do conceito de emoções é então seguido por uma apresentação da evolução e origem do conceito de Inteligência Emocional.

1.3.1 Origem e Conceito da Inteligência Emocional

Nos anos 60 do século passado foram feitas as primeiras referências à IE na área da psiquiatria (Leuner, 1966). Duas décadas depois foi investigada mais intensivamente numa dissertação (Payne, 1986), e só nos anos 90 é que foi devidamente explorada, demonstradas as suas características e desenvolvidos métodos para a sua avaliação (Mayer et al., 1990; Salovey & Mayer, 1990).

Os anos 80 marcam o aumento de pesquisas sobre a interação entre emoção e pensamento (Bower, 1981; Clark & Fiske, 1982; Isen et al., 1978). Atualmente, este debate ganha nova força, não só pelos argumentos do apropriado equilíbrio entre emoção e cognição, mas também pela envolvente na ciência da computação, onde investigadores e criadores da área da inteligência artificial tentam desenvolver sistemas cada vez mais especializados que possam um dia incluir compreensão emocional por parte das máquinas (Dyer, 1983; Mayer, 1986; Picard, 1997; Sloman & Croucher, 1981). O português António Damásio é também um notório exemplo dos estudos neuropsicológicos de interação entre emoção e cognição (Damásio, 1994).

De uma forma genérica, a IE era apontada como a capacidade de conhecer as próprias emoções (Camões, 2006). No entanto, o primeiro conceito reconhecido de Inteligência Emocional foi apresentado por Salovey e Mayer (1990).

Em 1990, Solovey e Mayer, na sua publicação, definem IE como a capacidade para a habilidade mental, em particular, uma subforma de Inteligência Social, vindo mais tarde, em 1997, a aperfeiçoarem o conceito (Mayer & Salovey, 1997), apresentado numa publicação em 2004 da seguinte forma: “a capacidade de perceber de forma precisa, de avaliar e de expressar emoções; a capacidade de perceber e/ou gerar sentimentos quando estes facilitam o pensamento; a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional; e a capacidade de controlar emoções para promover o crescimento emocional e intelectual” (Mayer, Salovey & Caruso, 2004, p. 199).

Na sua publicação de 1990, os autores mencionam que indivíduos que utilizem devidamente a sua IE apresentam maiores certezas em relação aos seus próprios sentimentos, tomam decisões mais acertadas e potenciam melhor controlo sobre as suas próprias vidas. Mencionam ainda que a incapacidade de gestão de emoções é um

comum preditor de sensação de angústia e contribui fortemente para um prolongar de situações problemáticas no decorrer do dia-a-dia (Mayer & Salovey, 1990).

Solovey e Mayer (1990) deram então origem a uma maior atenção ao conceito de IE, tendo o cuidado de lhe atribuir um conjunto de aptidões que a caracterizam.

Goleman (1995) desenvolveu um modelo em nome próprio e define a IE como “a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as nossas emoções, em nós e nas nossas relações”.

O autor refere, Howard Gardner como um dos mais importantes teóricos no estudo desta matéria, referindo a chamada de atenção para a diferença entre a capacidade intelectual e a capacidade emocional (Goleman, 1995).

O autor refere ainda que o posterior aparecimento da ideia de conceito de inteligências pessoais pode ter servido de meio de origem para o que hoje é o atual conceito de IE, visto que estas são separadas em dois distintos tipos de inteligência: a inteligência interpessoal e a inteligência intrapessoal (Goleman, 1995).

Goleman (1995) menciona ainda que Howard Gardner, nos seus estudos, insiste em demasia na grandeza do pensamento sobre o sentimento, que ao contrário das próprias emoções, o conduz a uma visão de importância erradamente acrescida à cognição.

Numa publicação efetuada dois anos depois, os autores do modelo, Mayer e Salovey (1997), apresentaram uma explícita definição de IE. Estes descrevem-na como a comunicação verbal e não-verbal que avalia a expressão de emoções, controlo de emoções e o uso de emoção na resolução de problemas (Mayer & Salovey, 1997).

Posteriormente, em 2008 Mayer, Salovey e Caruso (2008) definem a IE como a capacidade que permite a compreensão e resolução de problemas que envolvem a correta gestão de respostas emocionais, a melhor compreensão das emoções e os seus significados, a avaliação das emoções para facilitar o raciocínio, a identificação das emoções nas expressões, nas vocalizações e na postura (Mayer, Salovey & Caruso, 2008).

Goleman (2010) volta a referir este termo, com pequenas alterações na definição, referindo-se a este conceito como a capacidade de se reconhecer os próprios sentimentos e os dos outros, de ter a capacidade de automotivação e de gestão das emoções nas relações existentes.

1.3.2 Modelos Teóricos da Inteligência Emocional

Após apresentadas as necessárias, diferentes mas complementares, definições de IE, podemos agora apresentar os diferentes modelos de Inteligência Emocional. Os mais influentes autores são referidos em três distintos pontos. Inicialmente damos realce ao modelo apresentado por Daniel Goleman (1998), posteriormente ao modelo apresentado por Bar-On (1997), o qual sofrerá um especial ênfase dada a sua utilização particular nesta investigação, e por último ao modelo apresentado por Mayer e Solovey (1990).

1.3.2.1 Modelo de Daniel Goleman

O modelo apresentado por Goleman (1995) define a IE como “a capacidade de reconhecer emoções e sentimentos em nós e nos outros, de nos motivarmos e de gerirmos as emoções em nós e na relação com os demais” (Goleman, 1995).

Este é um modelo em que o autor se refere a cinco grandes áreas (Goleman, 1995):

- a) conhecer as próprias emoções;
- b) gerir as emoções;
- c) automotivação;
- d) reconhecer emoções nos outros e;
- e) gerir relacionamentos.

O modelo recebeu algumas críticas quando publicado, o que conduziu a uma revisão apresentada pelo autor em 1998 na obra “Trabalhar com Inteligência Emocional”. Nesta obra, e com um propósito de aplicação em ambiente organizacional, foram redefinidos os conceitos, agora apresentados como (Goleman, 1998):

- 1) autoconsciência;
- 2) autorregulação;
- 3) automotivação;
- 4) empatia e;
- 5) competências sociais.

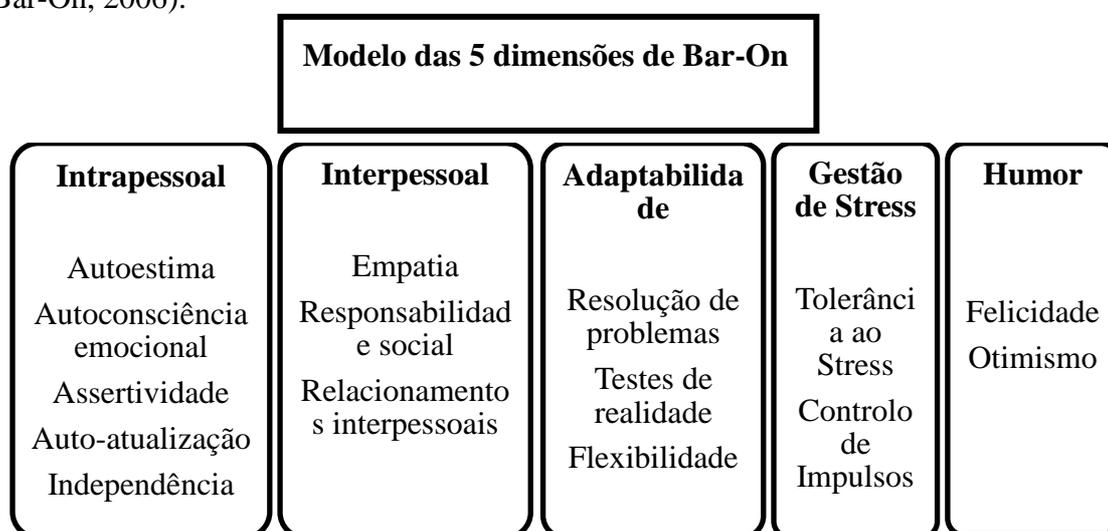
1.3.2.2 Modelo de Inteligência Emocional de Bar-On

O modelo proposto por Bar-On (1997) apresenta a IE como o aglomerado de capacidades sociais, competências não cognitivas e competências influenciadoras da

capacidade de sucesso no lidar com pressões e exigências ambientais do quotidiano (Petrides et al., 2004; Bar-On, 2006).

Este é um modelo dividido em duas partes distintas, em que uma reflete sobre a conceptualização de IE e Social e outra sobre o aspeto psicométrico do próprio modelo, ou seja, da medida de IE e Social baseada na teoria do autor, com o propósito de avaliação através da medição de ambas.

O seu principal propósito surgiu como a tentativa de desenvolver uma explicação prática para o sucesso de determinados indivíduos em relação a outros. De entre as cinco dimensões apontadas pelo autor, dão-se conta de quinze capacidades distintas (Bar-On, 2006).



Quadro 1 - Modelo das 5 dimensões de Bar-On

Fonte: Bar-On, 2006

Neste modelo é possível avaliar o quociente de Inteligência Emocional através da utilização de um inventário. O autor utiliza o inventário EQ-i (Emotional Quotient Inventory) que desempenha um papel fulcral no funcionamento do modelo, afirmando que o modelo de Bar-On é operacionalizado através do EQ-i (Bar-On, 2006).

Este inventário é de autorresposta e fornece uma estimativa da inteligência social e emocional do indivíduo. De uma forma genérica, este é composto por 133 itens, classificadas numa escala de Likert de 1 a 5 valores, variando entre “muito raramente” até “muitas vezes”.

As questões são então, sobre as 5 subescalas, apresentadas no Quadro 1. Conforme as respostas dadas, pontuações são geradas, com um valor médio de 100

pontos. As respostas acima do valor médio sugerem que o indivíduo é eficaz no funcionamento emocional e social. Quando mais alta for a pontuação obtida, mais positiva será a previsão de eficácia no funcionamento e operação das exigências do quotidiano. Baixas pontuações sugerem uma incapacidade de ser eficaz nesta gestão de emoções e a possível existência de fatores emocionais, sociais e / ou comportamentais problemáticos (Bar-On, 2006).

1.3.2.3 Modelo de Aptidões de Mayer e Salovey

Relativamente ao modelo apresentado por Mayer e Salovey (1990), este apresenta em si mesmo a seguinte definição de IE:

“Definimos Inteligência Emocional como o subconjunto da inteligência social que envolve a capacidade de monitorizar os sentimentos e emoções de nós mesmos e dos outros, de modo a discriminá-las e usar essa informação para orientar o pensamento e as ações.” (Mayer & Salovey, 1990, p. 774).

Mais tarde, os mesmos autores desenvolveram os seus modelos, e em conjunto com Caruso (2004), propuseram uma definição do conceito de IE em que enumeram quatro dimensões. Estas quatro distintas dimensões apresentam os seguintes ramos (Mayer et al., 2004):

- (a) perceber emoções;
- (b) usar as emoções para facilitar o pensamento;
- (c) compreender as emoções e;
- (d) gerir as emoções.



Quadro 2 - Os quatro ramos do Modelo de Aptidões de Mayer e Salovey

Fonte: Mayer et al., 2004

Os autores referem que a ordem pela qual os ramos se apresentam, representa o grau de integração das capacidades no indivíduo, da de mais fácil integração à de mais

complexa integração na sua personalidade geral (Mayer, 1998, 2001 citado em Mayer et al., 2004). Assim, a percepção e expressão de emoções a que se refere o primeiro ramo e a capacidade da utilização das emoções para facilitar o pensamento, são áreas relativamente discretas de processamento de informações, integradas dentro do sistema de emoções de cada indivíduo. Contudo, o último dos ramos deve ser integrado nos planos do um indivíduo e não necessariamente de um processo automático do seu interior emocional (Mayer et al., 2004).

1.4 Bem-Estar

O conceito de Bem-Estar foi, ao longo do tempo, ganhando importância, detendo hoje relevância notória (Sá, 2017), englobando mais do que as evidências a que se restringia em tempos passados, de como é exemplo o estudo por parte de Adam Smith e a sua obra “*The Wealth of Nations*”, autor este, considerado o primeiro cientista social a estudar felicidade e Bem-Estar, associando-os à mudança social e à revolução industrial (Uyl & Ramussen, 2010).

Segundo Sousa et al. (2013), o Bem-Estar tem vindo a ser definido como uma dimensão mais alargada do que no passado, com relação com a confiança, a dignidade pessoal, a oportunidade de atingir objetivos pessoais, satisfação com a vida e felicidade.

Existe também a separação de Bem-Estar emocional/subjetivo e psicológico, comumente referido na literatura (Novo, 2003) e de Bem-Estar social (Sá, 2017). Tal como refere Keyes (2002) é necessário combinar estes três tipos de Bem-Estar para se considerar alguém mentalmente saudável (Keyes, 2002).

Nos próximos pontos explanamos as diferenças entre estes conceitos.

1.4.1 Bem-Estar Emocional/Subjetivo

O Bem-Estar emocional ou subjetivo é um conceito subjacente à doutrina filosófica hedonista, na qual se considera que um dos objetivos primordiais da vida é retirar o máximo partido de momentos de prazer e felicidade (Ryan & Deci, 2001).

Ryan e Deci (2001) referem que esta perspetiva de Bem-Estar detém uma longa história, desde o filósofo grego Aristippus (séc. 4) até um contínuo estudo nos dias de hoje que tendem agora a defini-la como a obtenção máxima de preferências e prazeres da mente e do corpo (Kubovy, 1999).

Contudo, os autores referem que a perspectiva hedonista tende agora a conter o conceito de Bem-Estar subjetivo, que inclui três variáveis, os quais juntos sumarizam a felicidade (Ryan & Deci, 2001, p. 144):

- Satisfação com a vida
- Presença de humores positivos
- Ausência de humores negativos

De uma forma unânime, vários autores separam o Bem-Estar inscrito nesta perspectiva nas dimensões cognitiva e afetiva, sendo a primeira associada à satisfação com a vida e a segunda às sensações de felicidade (Diener, 1984; Diener & Diener, 1995; Diener et al., 1999; Diener & Suh, 2000).

A dimensão cognitiva, associada à satisfação global com a vida, segundo Keyes (1998) engloba áreas da vida do indivíduo que incluam o lazer, o trabalho, a família e a saúde, enquanto que a dimensão afetiva se encontra relacionada com as reações emocionais dos indivíduos perante os acontecimentos do dia-a-dia (Keyes et al., 2002; Albuquerque & Trócoli, 2004).

1.4.2 Bem-Estar psicológico

O Bem-Estar psicológico provém de uma visão Eudemónica deste tema. Segundo Ryan e Deci (2001), esta visão desempenha um importante papel, dado a que se refere ao Bem-Estar como algo distinto da felicidade em si.

Os autores referem que as teorias eudemónicas afirmam que nem todos os resultados de algo que uma pessoa pode valorizar, geram Bem-Estar quando alcançados, e que embora produzam prazer, não são necessariamente resultados bons na promoção do Bem-Estar para o indivíduo. Assim, a visão eudemónica separa os conceitos de felicidade e de Bem-Estar (Ryan & Deci, 2001).

Ryff (1989) apresentou um modelo multidimensional de funcionamento psicológico positivo, formado por seis distintas dimensões, que constroem este tipo de Bem-Estar:

1. Autoaceitação: atitude positiva e de aceitação em relação a aspetos do “eu” presente e passado;
2. Propósito na vida: objetivos e crenças que afirmam um sentido de significado na vida;
3. Autonomia: direção autoatribuída, orientada por padrões internos;

4. Relações positivas com os outros: ter relações pessoais satisfatórias nas quais se expressam empatia e intimidade;
5. Domínio ambiental: a capacidade de gerenciar o ambiente complexo de acordo com as próprias necessidades;
6. Crescimento pessoal: a percepção do próprio potencial de autodesenvolvimento.

1.4.3 Bem-Estar social

Relativamente ao Bem-Estar social Keyes (2005) refere que este existe quando os indivíduos se encontram incluídos em estruturas sociais, com tarefas e desafios atribuídos por estas.

O Bem-Estar social abrange cinco dimensões (Keyes, 2005):

1. Aceitação social, referente à aceitação das diferenças humanas;
2. Realização social, relacionada com a crença de que grupos e sociedades podem progredir;
3. Contribuição social, relativa à percepção de contribuição para a sociedade através de práticas diárias;
4. Coerência social, relacionada com o interesse e sentido na vida social;
5. E integração social, que diz respeito ao sentimento de pertença e amparo pela comunidade.

Keyes (1998) acrescenta ainda que este tipo de Bem-Estar é medido tendo em conta os contínuos positivo e negativo e através da análise dos níveis individual, interpessoal e social, sendo então o Bem-Estar Social uma avaliação das condições e do funcionamento do sujeito na sociedade (Keyes & Shapiro, 2004).

1.5 Relação entre Literacia em Saúde Mental, Bem-Estar e IE

Quanto à relação entre a Literacia em Saúde Mental, o Bem-Estar e a IE, há que fazer referência novamente ao tema das emoções, e de como Damásio (2003) refere que as emoções são as causadoras da preparação de um organismo para a adaptação e para um apropriado atingir níveis de Bem-Estar satisfatórios. Estas são então essenciais para o dia-a-dia dos indivíduos para que haja uma tomada de decisão apropriada no enfrentar das situações e para que preservem o Bem-Estar social e Bem-Estar emocional/subjetivo (Prior, 2017).

É também mencionada a relação entre a Inteligência Emocional e a Saúde Mental na literatura, dada a percepção de um indivíduo com maiores níveis de IE se revelar mais consciente das suas próprias emoções e assim as conseguir regular apropriadamente, desenvolvendo uma maior competência social, uma maior e melhor rede de suporte e melhores estratégias de *coping* para um Bem-Estar equilibrado (Zneider e Olnick-Shemesh, 2010).

Ryan e Deci (2001) e Zeidner e Olnick-Shemesh (2010) demonstram a construção empírica da relação entre o Bem-Estar emocional/subjetivo e as emoções, demonstrando que o indivíduo tem a capacidade de experienciar as emoções de uma forma contínua, de que estas lhe são positivas ou negativas e que os indivíduos que revelam uma maior quantidade de emoções positivas, do que negativas, apresentam melhores níveis de Bem-Estar emocional/subjetivo.

São também apresentadas ligeiras correlações entre a IE e aspetos associados ao Bem-Estar emocional e Bem-Estar psicológico (Prior, 2017).

II. Objetivos e Hipóteses

O objetivo fundamental do presente estudo é dar um contributo para a investigação em torno das relações entre a Literacia em Saúde Mental, a IE e o Bem-Estar numa amostra de adolescentes da população portuguesa e para o estudo das características psicométricas dos instrumentos utilizados. Mais especificamente, pretende-se explorar se existem relações de associação entre os níveis de Literacia em Saúde Mental, os níveis de IE e os níveis de Bem-Estar. Consideramos relevante observar se os sujeitos da amostra diferem nos níveis de Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar tendo em conta as variáveis sociodemográficas: grupo etário, género, nível socioeconómico, ter frequentado consultas de psicologia/psiquiatria e estado de relacionamento (estar a namorar ou não). Por último, clarificar o potencial poder preditivo da Literacia em Saúde Mental face à IE e ao Bem-Estar.

Perante a revisão de literatura colocaram-se as seguintes hipóteses:

H1. – Existem relações de associação entre os três constructos em estudo:

H1.1 – Existem relações de associação estatisticamente significativas de direção positiva entre a Literacia em Saúde Mental e a Inteligência Emocional.

H1.2 – Existem relações de associação estatisticamente significativas de direção positiva entre a Literacia em Saúde Mental e o Bem-Estar.

H1.3 – Existem relações de associação estatisticamente significativas de direção positiva entre a Inteligência Emocional e o Bem-Estar.

H2 – A Literacia em Saúde Mental é uma variável preditora na Inteligência Emocional e o Bem-Estar.

H3 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional e Bem-Estar apresentados tendo em conta os grupos etários considerados.

H4 – Existem diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta a variável género, a nível da Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional e Bem-Estar.

H5 – Existem diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta a variável nível socioeconómico, a nível da Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional e Bem-Estar.

H6 – Existem diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta a variável ter frequentado consultas de psicologia, a nível da Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional e Bem-Estar.

H7 – Existem diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta a variável ter frequentado consultas de psiquiatria, a nível da Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional e Bem-Estar.

H8 – Existem diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta a variável estado de relacionamento, a nível da Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional e Bem-Estar.

III. Metodologia

3.1 Caracterização da amostra

O presente estudo incluiu 341 participantes, sendo a maioria do sexo feminino (53.1%) e os restantes do género masculino (46.9%) (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra de adolescentes em função do género.

	N	%
Feminino	181	53.1
Masculino	160	46.9
Total	341	100

A população incluída neste estudo tem idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, com mais de metade da amostra (57.2%) possuindo menos de 17 anos. Contudo, 5.9% dos participantes não apresentam dados relativamente à sua idade (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da amostra de adolescentes em função da idade.

	N	%
15	109	32.0
16	86	25.2
17	74	21.7
18	52	15.2
Valor omissio	20	5.9
Total	341	100

Em relação à escolaridade dos participantes, 21.7% frequentavam o 9º ano, 31.1% o 10º ano, 29.3% o 11º ano e 17.9% o 12º ano. Quase 60% dos participantes consideraram pertencer ao nível socioeconómico médio (59.8%) e 48.9% vivia com os pais e irmãos. Apenas 12 (3.5%) dos participantes reportaram a ocorrência de alterações no seu agregado familiar durante o período de confinamento (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da amostra de adolescentes em função da escolaridade, do nível socioeconómico e da composição do agregado familiar antes e durante o confinamento.

	N	%
Escolaridade (anos)		
9	74	21.7
10	106	31.1
11	100	29.3
12	61	17.9
Total	341	100
Nível socioeconómico		
Baixo	65	19.1
Médio	204	59.8
Elevado	72	21.1
Total	341	100
Agregado familiar		
Pais (Padrastos/Madrastas) e irmãos	166	48.7
Pais	84	24.6
Mãe	26	7.6
Pai	4	1.2
Outros familiares ou instituição	44	12.9
Sozinho	4	1.2
Diferentes agregados familiares	10	2.9
Valor omissos	3	0.9
Total	341	100
Alterações do agregado familiar durante o confinamento		
Sim	12	3.5
Não	322	94.4
Valor omissos	7	2.1
Total	341	100

Do total de participantes, 45.2% referiram já ter frequentado consultas de psicologia, enquanto apenas 18.5% reportaram ser acompanhados em consultas de psiquiatria (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da amostra de adolescentes em função de ter frequentado consultas de psicologia e de psiquiatria.

	N	%
Consultas Psicologia		
Sim	154	45.2
Não	175	51.3
Não sei	12	3.5
Total	341	100
Consultas Psiquiatria		
Sim	63	18.5
Não	250	73.3
Não sei	28	8.2
Total	341	100

A história familiar de doença mental foi reportada por 60 (17.6%) participantes, no entanto 36 (10.6%) não souberam responder a esta questão (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição da amostra de adolescentes em função da história familiar de doença mental.

	N	%
Sim	60	17.6
Não	245	71.8
Não sei	36	10.6
Total	341	100

Por fim, no que respeita ao relacionamento amoroso, verificou-se que a maioria dos sujeitos desta amostra não se encontrava numa relação amorosa (65.4%) (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição da amostra de adolescentes em função do relacionamento amoroso.

	N	%
Estou a namorar	108	31.7
Não estou a namorar	223	65.4
Outro	10	2.9
Total	341	100

3.2 Instrumentos

Questionário Sociodemográfico (Maia de Carvalho, Vale-Dias, & Sieiro, 2019)

Por forma a analisar as particularidades da amostra elaboramos um questionário de carácter sociodemográfico (cf. Anexo B1). Com 13 perguntas adaptadas de um questionário anteriormente realizado (Maia de Carvalho, Vale-Dias & Sieiro, 2019), tentámos perceber os atributos de cada um dos participantes no que concerne ao género, idade, nacionalidade, estado civil, agregado familiar e residência. Considerou-se ainda relevante perceber a experiência ou não de acompanhamento em consultas de psicologia e/ou psiquiatria, bem como as habilitações literárias e as profissões dos sujeitos e dos seus progenitores.

Só com estes últimos dados foi possível perceber o nível socioeconómico de cada um dos inquiridos. Para a categorização dos nove grupos de profissões teve-se como referência os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística de Lisboa, nomeadamente a Classificação Portuguesa das Profissões (2010), e para as variáveis socioeconómicas baseámos as questões no estudo de Simões (2000).

Mental Health Literacy Questionnaire (MHLq, Campos et al., 2016) (Versão Experimental)

O Questionário de Literacia em Saúde Mental (MHLq, Campos et al., 2016) (cf. Anexo B2) é um instrumento de autorrelato que pretende avaliar os níveis de Literacia em Saúde Mental, dividindo-se em duas partes. A primeira é composta por um questionário sociodemográfico, que pretende recolher dados sobre idade, sexo, estado civil, nacionalidade, área de residência, habilitações literárias e profissão/ocupação. Adicionalmente, inclui três questões sobre o conhecimento de alguém com algum problema de Saúde Mental, especificando o problema de Saúde Mental e qual a relação com a pessoa identificada. A segunda parte do MHLq inclui 33 itens sob a forma de afirmação, respondidas numa escala de Likert de 1 a 5, variando desde “discordo muito” a “concordo muito”. O MHLq organiza-se em três dimensões: 1) conhecimentos e crenças erradas/estereótipos sobre doença mental, 2) competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda e 3) estratégias de autoajuda. Embora que o MHLq comporte ainda 7 questões adicionais que medem o reconhecimento de 7 distúrbios no modelo de vinheta, não utilizamos esta parte do questionário.

No que diz respeito às características psicométricas, o instrumento apresentou bons níveis de consistência interna (Campos et al., 2016). Na amostra deste estudo, o valor final do *Alpha de Cronbach* foi de .83, revelando uma consistência interna boa (cf. Anexo C).

Emotional Quotient Inventory – Youth Version (EQ-i:YV, Candeias et al., 2013)

O Emotional Quotient Inventory – Youth Version (EQ-i:YV; Bar-On & Parker, 2000) é um instrumento elaborado para medir a IE em jovens com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos de idade e foi adaptado para a população portuguesa, por Candeias et al., (2011) com o título de Questionário de Inteligência Emocional – Versão para jovens (Candeias et al. 2013) (cf. Anexo B3). Baseia-se numa medida de autorrelato para avaliar a IE e Social dos participantes. É composto por 28 itens avaliados numa escala de Likert de 4 pontos, agrupados em cinco dimensões de humor geral (avalia o otimismo e a capacidade para manter uma aparência positiva), adaptabilidade (capacidade para lidar com os problemas quotidianos), intrapessoal (capacidade, competência e habilidade da própria pessoa para compreender, expressar e comunicar os seus próprios sentimentos), interpessoal (capacidade para escutar, compreender e apreciar os sentimentos dos outros) e gestão de stress (capacidade de manter a tranquilidade e enfrentar situações stressantes, sem explosões de ira).

O estudo de validação da escala para a população portuguesa concluiu que o EQ-i:YV possui características psicométricas aceitáveis (Candeias et al., 2013). Na amostra deste estudo, o valor final do *Alpha de Cronbach* foi de .89, revelando uma consistência interna boa (cf. Anexo D).

Mental health Continuum - Short Form (Matos et al., 2010; adaptado de Keyes, 2009)

O Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) (cf. Anexo B4) foi desenvolvido por Keyes (2009), a partir da forma longa da mesma escala, com o intuito de avaliar estados de Saúde Mental, estimados a partir do grau de Bem-Estar - emocional, social e psicológico - percebido pelos adolescentes. Esta escala contempla a Saúde Mental num *continuum*, sendo composta por 14 itens selecionados para representar diferentes fatores de Bem-Estar. A forma abreviada da escala consiste em 3

itens de Bem-Estar emocional (itens 1 a 3), 5 itens de Bem-Estar social (itens 4 a 8) e 6 itens de Bem-Estar psicológico (itens 9 a 14). As opções de resposta avaliam a frequência com que os entrevistados experimentam cada sintoma de Saúde Mental, de acordo com uma escala de Likert de 5 pontos que varia entre 0 (Nunca) e 5 (Todos os dias). A escala fornece ainda um indicador geral de Saúde Mental tendo por base estas três subescalas.

A escala foi validada para a população adolescente portuguesa por Matos et al. (2010), concluindo-se que a escala apresenta boas propriedades psicométricas, sendo por isso um bom indicador de Saúde Mental nos adolescentes. O MHC-SF apresenta uma boa consistência interna e os dados relativos à validade de constructo revelam que esta escala poder ser uma boa medida de Bem-Estar, mais especificamente, o Bem-Estar subjetivo (Matos et al., 2010). A consistência interna do MHC-SF ($\alpha = .92$) no presente estudo revelou-se excelente (cf. Anexo E).

3.3 Procedimentos

Para a recolha de dados foi elaborado um inquérito na plataforma Limesurvey. A recolha de dados teve início no mês de maio, com a apresentação, junto do Diretor (a)/Conselho Pedagógico de várias escolas, de um documento (cf. Anexo A) em que se expôs o âmbito de realização do presente estudo e onde se solicitou formalmente a autorização para aplicação de um protocolo composto por um questionário sociodemográfico em conjunto com diferentes instrumentos. Posteriormente foi administrado o protocolo de investigação em alunos com idades compreendidas entre os 14 anos e seis meses e os 18 anos de idade, que frequentassem a escolaridade do 9ºano ao 12ºano ou respetivamente em cursos profissionais, de escolas secundárias e profissionais, na região norte e centro do país bem como na região dos Açores. Foram utilizadas duas modalidades diferentes para a aplicação dos instrumentos, tanto presencialmente como online. Com o objetivo de avaliar as variáveis em estudo foi elaborado um protocolo de investigação que incluía, o Questionário Sociodemográfico (Maia de Carvalho, Vale-Dias, & Sieiro, 2019), o Mental Health Continuum - Short Form (Matos et al., 2010), o Questionário de Literacia em Saúde Mental (Campos et al., 2016) e o Questionário de Inteligência Emocional - Versão para jovens (Candeias et al., 2013). Após a recolha dos consentimentos informados (cf. Anexo A) devidamente

assinados por parte dos encarregados de educação foi assim iniciada a administração dos instrumentos.

IV. Resultados

Após a recolha formal dos dados foi realizado o tratamento estatístico dos dados recolhidos recorrendo à utilização do programa IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25 para *Windows*.

Inicialmente, pretendeu-se analisar as características dos sujeitos que compõe a amostra, sendo que, estas análises já foram anteriormente apresentadas e respeitam a estatísticas descritivas, como é exemplo, das frequências absolutas, médias e desvio-padrão.

De seguida, pretendeu-se determinar através do cálculo do *Alpha* de *Cronbach*, as estatísticas de fiabilidade dos questionários utilizados na recolha de dados. De acordo com Maroco (2007) a normalidade da distribuição seria já assegurada pelo elevado tamanho da amostra ($n = 341$), visto que segundo a Teoria do Limite Central, uma amostra com mais do que 30 sujeitos pressupõe a normalidade da distribuição dos dados.

Para explorar a existência de relações de associação significativas entre as variáveis em estudo recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

Para analisar os valores preditores utilizaram-se regressões lineares simples, as diferenças entre dois grupos foram analisadas através do Teste-T para amostras independentes e as diferenças entre três ou mais grupos, pela ANOVA *One-way*.

H1. – Existem relações de associação entre os três constructos em estudo:

H1.1 – Existem relações de associação estatisticamente significativas de direção positiva entre a Literacia em Saúde Mental e a Inteligência Emocional.

Para explorar as relações de associação entre a Literacia em Saúde Mental e a IE, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Os resultados indicam que existe uma correlação de direção positiva fraca ainda que significativa entre os dois constructos ($r = .281$, $p < .01$) (cf. Tabela 7).

Tabela 7. Matriz de correlações de *Pearson* para a associação entre a Literacia em Saúde Mental, Bem-Estar e a Inteligência Emocional.

Variáveis	1.	2.	3.
1. MHLq	-	.281*	.327*
2. EQ-i:YV	-	-	.624*
3. MHC-SF	-	-	-

* $p \leq .01$

H1.2 – Existem relações de associação estatisticamente significativas de direção positiva entre a Literacia em Saúde Mental e o Bem-Estar.

Tendo por base a análise estatística do Coeficiente de Correlação de *Pearson*, os resultados indicam que existe uma correlação de direção positiva média e significativa entre a Literacia em Saúde Mental e o Bem-Estar ($r = .327$, $p < .01$) (cf. Tabela 7).

H1.3 – Existem relações de associação estatisticamente significativas de direção positiva entre a Inteligência Emocional e o Bem-Estar.

Foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Pearson* para explorar as relações de associação entre a IE e o Bem-Estar, verificando-se a existência de uma correlação de direção positiva forte e significativa entre ambos ($r = .624$, $p < .01$) (cf. Tabela 7).

H2 – A Literacia em Saúde Mental é uma variável preditora da Inteligência Emocional e o Bem-Estar.

Para determinar se a Literacia em Saúde Mental prediz a IE e o Bem-Estar recorreu-se à regressão linear simples. Realizaram-se duas regressões, no qual a IE e o Bem-Estar correspondem às variáveis dependentes e a Literacia em Saúde Mental representa a variável independente.

Do resumo das regressões obtidas (cf. Tabela 8) verifica-se que os modelos revelam um nível de significância $p < .01$, resultando assim em modelos estatisticamente significativos e confirmando que a Literacia em Saúde Mental é preditora da IE e do Bem-Estar. É ainda possível observar que a Literacia em Saúde Mental explica 9% da Inteligência Emocional ($R^2 = .09$; $p < .01$) e 12% do Bem-Estar ($R^2 = .09$; $p < .01$).

Tabela 8. Resumo das regressões obtidas para cada variável dependente.

Modelo	R²	R² ajustado	p
1^a	.09	.09	p< .01 ^c
2^b	.12	.11	p< .01 ^c

a. Variável Dependente: Inteligência Emocional (EQ-i:YV)

b. Variável Dependente: Bem-Estar (MHC-SF)

c. Preditor: (Constante): Literacia em Saúde Mental (MHLq)

A análise dos coeficientes de regressão (cf. Tabela 9), através dos valores de Beta (β) permite observar a contribuição da variável independente (Literacia em Saúde Mental) na explicação da variável dependente (IE e Bem-Estar) (Pallant, 2005).

Através da análise dos Coeficientes de regressão (cf. Tabela 9) averigua-se que a Literacia em Saúde Mental exerce valor preditivo, positivo e estatisticamente significativo na IE ($\beta = .30$, $p < .01$) e no Bem-Estar ($\beta = .34$, $p < .01$). Deste modo, é possível concluir que a Literacia em Saúde Mental contribui fortemente na explicação das duas variáveis dependentes (IE e Bem-Estar) ($p < .01$).

Tabela 9. Coeficientes de regressão obtidos para cada variável dependente.

Modelo	B	Beta	T	p
1^a (Constante)	37.94		4.99	p< .01 ^c
MHLq	.37	.30	5.73	p< .01 ^c
2^b (Constante)	-22.65		-2.38	p< .01 ^c
MHLq	.54	.34	6.73	p< .01 ^c

a. Variável Dependente: Inteligência Emocional (EQ-i:YV)

b. Variável Dependente: Bem-Estar (MHC-SF)

c. Preditor: (Constante): Literacia em Saúde Mental (MHLq)

H3 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional e Bem-Estar apresentados tendo em conta os grupos etários considerados.

Recorrendo ao teste paramétrico do Teste-T para comparar dois grupos independentes, procurou-se observar se os níveis de Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar variam de acordo com a idade dos adolescentes. A amostra de idades dos adolescentes dividiu-se em dois grupos (Grupo 1: 15-16 anos; Grupo 2: 17-18 anos). Através do teste de Levene, com um nível de significância $p > .05$, verifica-se que as variâncias são homogêneas nas três escalas em estudo (cf. Tabela 10).

A análise efetuada demonstra a ausência de diferenças estatisticamente significativas no Questionário de Literacia em Saúde Mental (MHLq) entre o Grupo 1 ($M = 135.27$, $DP = 11.45$) e o grupo 2 [$M = 134.41$, $DP = 10.61$; $t(336) = .709$, $p = .479$] (cf. Tabela 10).

De acordo com o Questionário de Inteligência Emocional - Versão para jovens (EQ-i:YV) verifica-se, uma vez mais, não haver diferenças estatisticamente significativas na comparação do Grupo 1 ($M = 81.25$, $DP = 11.96$) com o Grupo 2 [$M = 81.24$, $DP = 11.36$; $t(336) = -.008$, $p = .993$] (cf. Tabela 10).

Por último, no que concerne ao Mental health Continuum - Short Form (MHC-SF) podemos afirmar que também não existem diferenças estatisticamente significativas tendo em conta o Grupo 1 ($M = 41.89$, $DP = 15.34$) e o Grupo 2 [$M = 40.29$, $DP = 14.28$; $t(336) = .975$, $p = .330$] (cf. Tabela 10).

Tabela 10. Teste-T, para amostras independentes: Diferenças na Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar em função da idade.

	15-16 anos	17-18 anos	<i>Teste</i>			
	(n= 195)	(n=143)	<i>de</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>Sig.(2tailed)</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Levene</i>			
			<i>(Sig.)</i>			
MHLq	135.27 (11.45)	134.41 (10.61)	.592	.709	336	.479
EQ-i:YV	81.25 (11.96)	81.24 (11.36)	.545	-.008	336	.993
MHC-SF	41.89 (15.34)	40.29 (14.28)	.454	.975	336	.330

$p \leq .05$

H4 – Existem diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta a variável género, a nível da Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional e Bem-Estar.

Analisando o Teste de *Levene*, cumpre-se, uma vez mais, a homogeneidade das variâncias dos constructos em estudo.

Observa-se diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos do género tendo em conta o MHLq, para os sujeitos do sexo feminino (M = 137.07, DP = 10.24) e do sexo masculino [M = 132.52, DP = 11.48; t (339) = 3.87, p = .000] (cf. Tabela 10).

A relação existente entre o Género e o MHC-SF, para os sujeitos do sexo feminino (M = 38.89, DP = 15.21) e do sexo masculino [M = 44.05, DP = 14.45; t (339) = -3.20, p = .001] (cf. Tabela 11) revela-se estatisticamente significativa entre os dois grupos.

O mesmo não se verifica no EQ-i:YV, visto que as diferenças existentes entre o grupo de sujeitos do sexo feminino (M = 82.65, DP = 12.09) e do sexo masculino [M = 80.27, DP = 11.48; t (339) = -1.86, p = .063] não se demonstram estatisticamente significativas (cf. Tabela 11).

Tabela 11. Teste-T, para amostras independentes: Diferenças na Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar em função do género.

	Feminino	Masculino	<i>Teste de</i>			
	(n= 181)	(n=160)	<i>Levene</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>Sig.(2tailed)</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>(Sig.)</i>			
MHLq	137.07 (10.24)	132.52 (11.48)	.310	3.87	339	.000
EQ-i:YV	82.65 (12.09)	80.27 (11.48)	.242	-1.86	339	.063
MHC-SF	38.89 (15.21)	44.05 (14.45)	.377	-3.20	339	.001

p ≤ .05

H5 – Existem diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta a variável nível socioeconómico, a nível da Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional e Bem-Estar.

Recorrendo ao teste ANOVA para comparar 3 grupos independentes, procurou-se observar se os níveis de Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar variam de acordo com o nível socioeconómico dos participantes.

De acordo com a Tabela 12, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos 3 grupos do nível socioeconómico (Baixo, Médio, Elevado) em função dos constructos avaliados (cf. Tabela 12).

Tabela 12. ANOVA One-way para 3 grupos: Diferenças na Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar em função do nível socioeconómico.

	Baixo	Médio	Elevado	<i>Teste de</i>	<i>ANOVA</i>		
	(n= 65)	(n=204)	(n=72)				
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Levene</i>	<i>df</i>	<i>Z</i>	<i>Sig.</i>
				<i>(Sig.)</i>			
MHLq	135.78 (11.44)	134.09 (10.91)	136.54 (11.05)	.658	2	1.555	.213
EQ-i:YV	80.14 (13.42)	81.05 (11.36)	83.45 (11.46)	.356	2	1.543	.215
MHC-SF	39.09 (17.37)	41.38 (14.31)	43.13 (14.86)	.109	2	1.232	.293

p ≤ .05

H6 – Existem diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta a variável ter frequentado consultas de psicologia, a nível da Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional e Bem-Estar.

Recorrendo ao Teste-T para comparar dois grupos independentes, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à frequência dos participantes em consultas de psicologia em função da escala de Literacia em Saúde Mental (cf. Tabela 13).

Por outro lado, verifica-se que os participantes que frequentaram consultas de psicologia (M = 79.94, DP = 11.85) obtiveram pontuações mais baixas na escala de IE do que os alunos que não foram acompanhados nestas consultas [M = 82.83, DP =

11.59; $t(327) = -2.236, p = .026$], confirmando a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Na escala do Bem-Estar também existem diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos acompanhados em consultas de psicologia ($M = 39.02, DP = 15.39$) e os sujeitos que não foram acompanhados nestas consultas [$M = 43.38, DP = 14.46; t(327) = -2.650, p = .008$] (cf. Tabela 13).

Tabela 13. Teste-T, para amostras independentes: Diferenças na Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar em função da variável ter frequentado consultas de psicologia.

	Com acompanhamento (n= 154)	Sem acompanhamento (n=175)	Teste de Levene (Sig.)	T	df	Sig.(2tailed)
	M (DP)	M (DP)				
MHLq	134.74 (11.61)	135.67 (10.08)	.308	-.782	327	.435
EQ-i:YV	79.94 (11.85)	82.83 (11.59)	.943	-2.236	327	.026
MHC-SF	39.02 (15.39)	43.38 (14.46)	.419	-2.650	327	.008

$p \leq .05$

H7 – Existem diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta a variável ter frequentado consultas de psiquiatria, a nível da Literacia em Saúde Mental, Inteligência Emocional e Bem-Estar.

De acordo com a Tabela 14, não se encontra diferenças estatisticamente significativas entre ter frequentado ou não consultas de psiquiatria e a performance dos participantes nas escalas de Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar. (cf. Tabela 14).

Tabela 14. Teste-T, para amostras independentes: Diferenças na Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar em função da variável ter frequentado consultas de psiquiatria.

	Com acompanhamento (n= 63)	Sem acompanhamento (n=250)	Teste de <i>Levene</i> (Sig.)	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i> (2tailed)
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>				
MHLq	136.19 (11.00)	135.28 (10.94)	.938	.587	311	.558
EQ- i:YV	80.00 (11.75)	82.03 (11.73)	.781	-1.226	311	.221
MHC- SF	38.67 (15.40)	42.25 (14.99)	.471	-1.687	311	.093

p ≤ .05

H8 – Existem diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta a variável estado de relacionamento, a nível da Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar.

Relativamente ao estado de relacionamento e o MHLq não existem diferenças estatisticamente significativas na comparação entre o grupo de sujeitos que estão A namorar (M = 135.84, DP = 12.01) e os que se encontram Solteiros (as) [M = 134.79, DP = 10.55; t (329) = .810, p = .419] (cf. Tabela 15).

No que diz respeito ao EQ-i:YV, a análise entre os participantes que se encontram A namorar (M = 81.25, DP = 12.51) e os Solteiros (as) [M = 81.60, DP = 11.28; t (329) = -.256, p = .798] (cf. Tabela 15) também não apresenta diferenças estatisticamente significativas.

No MHC-SF é onde se verifica maiores diferenças entre os sujeitos que se encontram A namorar (M = 39.30, DP = 16.45) e os Solteiros (as) [M = 42.60, DP = 14.05; t (184.89) = -1.792, p = .075], contudo não se revelaram estatisticamente significativas.

Por último, o Teste de *Levene* demonstra que o proposto da homogeneidade das variâncias foi cumprido.

Tabela 15. Teste-T, para amostras independentes: Diferenças na Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar em função da variável estado de relacionamento.

	A namorar (n= 108)	Solteiro (a) (n=223)	Teste de Levene (Sig.)	T	df	Sig. (2tailed)
	M (DP)	M (DP)				
MHLq	135.84 (12.01)	134.79 (10.55)	.154	.810	329	.419
EQ-i:YV	81.25 (12.51)	81.60 (11.28)	.236	-.256	329	.798
MHC-SF	39.30 (16.45)	42.60 (14.05)	.091	-1.893	329	.075

p ≤ .05

V. Discussão

O principal objetivo desta investigação era perceber se existe uma relação entre a Literacia em Saúde Mental, a IE e o Bem-Estar numa amostra de adolescentes da população portuguesa e contribuir para o estudo das características psicométricas dos instrumentos utilizados. Para tal, foi elaborado um estudo não experimental transversal que avaliou um grupo de adolescentes portugueses.

Os resultados revelam a existência de uma associação positiva entre todas as escalas avaliadas, sendo a correlação entre a IE e o Bem-Estar a mais forte. Verificou-se ainda que a Literacia em Saúde Mental é preditora da IE e do Bem-Estar em adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos. A pontuação de todas as escalas avaliadas revelou-se significativamente associada com o género dos participantes, e aqueles que frequentaram consultas de psicologia obtiveram pontuações mais baixas nas escalas de IE e Bem-Estar.

A análise da consistência interna do Questionário de Literacia em Saúde Mental (MHLq), do Questionário de Inteligência Emocional – versão para jovens (EQ-i:YV) e do Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF) sustentam a adequabilidade dos mesmos para avaliar, respetivamente, níveis de Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar, em adolescentes. Estes resultados estão alinhados com os resultados de estudos prévios de validação das escalas para a população portuguesa (Matos et al., 2010; Candeias et al., 2013; Campos et al., 2016), contribuindo para reforçar a possibilidade de usar estes instrumentos de forma mais abrangente e segura em contexto educativo, clínico e de investigação. Tal contribuirá para uma aplicabilidade mais diversificada destas três escalas em amostras provenientes de diferentes contextos económicos, geográficos e sociais, permitindo uma maior comparabilidade entre os resultados provenientes dos diferentes estudos ou contextos (Ribeiro, 2010).

A relação entre a IE e a Saúde Mental na literatura, encontra-se já descrita, sendo justificada pelo facto de um indivíduo com maiores níveis de IE se revelar mais consciente das suas próprias emoções, o que o leva a regulá-las de forma mais apropriada (Zneider & Olnick-Shemesh, 2010). Assim, estes indivíduos tendem a apresentar também melhores níveis de Bem-Estar emocional ou subjetivo (Ryan & Deci, 2001; Zeidner & Olnick-Shemesh, 2010). Os resultados do presente estudo reforçam estas relações apresentando uma correlação forte entre a IE e o Bem-Estar

(H1). Assim, é fundamental investir na promoção e valorização de competências associadas à IE, através da realização de atividades que envolvam a comunidade clínica e educativa, de forma potencializar uma maior sensação de Bem-Estar.

A associação entre Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar tem sido menos estudada. Contudo, estudos recentes descrevem uma associação direta entre Saúde Mental e Literacia, salientando a necessidade de investir no desenvolvimento de competências socio-emocionais através, quer do currículo académico, quer da intervenção psicológica (Selvaraj & Bhat, 2018; Teismann et al., 2019). No presente estudo, a Literacia em Saúde Mental revelou-se preditora da IE e do Bem-Estar dos adolescentes (H2). Neste contexto, ter um maior e mais abrangente conhecimento sobre as doenças mentais, nomeadamente quanto ao seu reconhecimento, gestão e prevenção com potenciais benefícios para o próprio e os que o rodeiam (Jorm, 1997; Jorm, 2012), contribuirá para a promoção da IE e Bem-Estar dos adolescentes. Tal repercutir-se-á em melhores resultados em Saúde Mental para todos os intervenientes, menores custos para os sistemas de saúde, e para o desenvolvimento de sociedades mais inclusivas e igualitárias. Neste sentido, o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos (2015) sobre o poder das competências socio-emocionais para o progresso social, reforça as fortes interconexões entre a segurança, a resiliência e o Bem-Estar dos alunos e os resultados académicos.

A ausência de diferenças estatisticamente significativas foi observada entre os dois grupos etários considerados (Grupo 1: 15-16 anos; Grupo 2: 17-18 anos) relativamente aos níveis de Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar dos participantes (H3). Não obstante, ainda que não sendo estatisticamente significativo, verificou-se que os adolescentes pertencentes ao Grupo 1 apresentam maiores índices de Bem-Estar e IE. Tal como evidenciado por Matos (2003, 2004, 2007), a correlação entre o aumento da idade dos adolescentes e a diminuição do Bem-Estar é verificada. Também outros autores sugerem haver, por parte dos adolescentes, a atribuição de relevância o fator afetivo emocional na perceção da saúde e do Bem-Estar (Balaguer & Castillo, 2002; Ceballos, 2009; Matos, 2007).

A associação encontrada entre as pontuações mais baixas nas escalas e o género dos participantes (H4) ou a frequência dos mesmos em consultas de psicologia (H6), contribuem para a identificação de adolescentes em risco. Assim, intervenções educativas e clínicas eficientes devem focar os rapazes, assim como os alunos

previamente sinalizados para serem acompanhados em consultas de psicologia. Com esta estratégia pretende-se diminuir desigualdades na aquisição de competências socio-emocionais, fomentando a inclusão de todos os adolescentes (Selvaraj & Bhat, 2018).

Igualmente no que concerne à hipótese 5, é perceptível a inexistência de diferenças significativas nos 3 grupos do nível socioeconómico em função dos constructos em estudo (H5). No entanto, os adolescentes pertencentes ao nível socioeconómico baixo apresentaram índices mais baixos nos constructos que avaliam a IE e o Bem-Estar. Ainda que, apesar de essas diferenças não serem significativas, a análise efetuada vá de encontro ao que é reportado por alguns autores (Ryff et al., 1999; Tsenkova et al., 2007) que referem que a pertença a determinada classe social, nomeadamente àquelas economicamente mais desfavorecidas, por serem mais voláteis, faz com que estejam mais propensos a fatores de risco para a sua saúde e Bem-Estar.

Por último, no que diz respeito às hipóteses que tinham em conta as variáveis: ter frequentado consultas de psiquiatria (H7) e o estado de relacionamento (H8), verifica-se, uma vez mais, a ausência de diferenças significativas entre os níveis de Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar na amostra em estudo. Deste modo, consideramos importante referir que a investigação nesta área é escassa, o que dificultou a deteção de estudos que corroborassem ou não estas hipóteses, sugerindo-se assim um aprofundamento futuro destas questões.

VI. Conclusão

Com o presente estudo pretendeu-se contribuir para a investigação das relações entre a Literacia em Saúde Mental, a IE e o Bem-Estar. Os resultados obtidos sugerem a existência de uma associação direta entre Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar. O carácter inovador do tema trabalhado, assim como o tamanho da amostra de adolescentes que aceitaram participar no estudo, constituem alguns dos pontos fortes desta investigação. Para alcançar os objetivos propostos foram utilizados três instrumentos previamente validados para a população portuguesa e com boas propriedades psicométricas, o que permite a comparabilidade dos nossos resultados com outros estudos nacionais e internacionais.

Apesar da sua relevância no contexto atual, este estudo possui algumas limitações que devem ser discutidas. Além de reconhecermos que o tamanho da amostra foi bastante razoável, permitindo a realização de diferentes análises estatísticas de forma robusta, consideramos penalizador o facto de os dados terem sido recolhidos maioritariamente em formato online, o que pode ter condicionado a participação e/ou as respostas dos participantes, por ter excluído os adolescentes que não possuem computador e/ou acesso à internet. Segundo fonte do INE (Instituto Nacional de Estatística, 2020) no ano de 2020 cerca de 98.2% das famílias portuguesas com crianças relataram ter acesso à internet nas suas casas, facto este que poderá fazer com que esta possível limitação seja largamente atenuada. Simultaneamente, dados recentes sugerem que a recolha de dados online constitui uma boa estratégia de recolha de dados, diminuindo os custos associados sem prejuízo da qualidade dos dados obtidos (Ebert et al., 2019). A utilização de medidas de autorrelato apresenta outro ponto fraco da investigação, visto que não é possível medir com exatidão o tempo demorado pelos adolescentes a responder aos questionários online. Considera-se ainda importante referir que existe alguma disparidade nos grupos, tanto no que diz respeito ao nível socioeconómico, ao relacionamento amoroso e ao acompanhamento em consultas de psiquiatria. Deste modo, seria benéfico estabelecer comparações entre subgrupos de dimensão equiparável.

É necessário ter alguma cautela na interpretação de resultados devido à impossibilidade de inferir relação de causalidade entre os diferentes constructos

avaliados, uma vez que os dados foram recolhidos de forma transversal, num único momento no tempo.

Consideramos imprescindível desenvolver e implementar no futuro, estudos com amostras maiores, em diferentes contextos socioeconómicos e com períodos de recolha de dados mais longos, que incidam em análises longitudinais com metodologias mistas, que permitam determinar, compreender e aprofundar as relações de causalidade temporal entre Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar. Tal contribuirá para aprofundar o conhecimento sobre a Saúde Mental dos adolescentes, e para o desenho de estratégias de promoção e valorização de competências socio-emocionais, nesta faixa etária.

Por último, cumpre-nos lembrar que o presente estudo e a recolha da amostra foi realizado e aplicado em contexto da pandemia COVID-19, o que teve um grande impacto na Saúde Mental dos adolescentes. Pelo que consideramos de extrema importância que estudos futuros - fora do contexto de pandemia - sejam imprescindíveis para aferir efetivamente o impacto que esta teve nos níveis de Literacia em Saúde Mental, IE e Bem-Estar dos adolescentes.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, S. & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma escala de Bem-Estar Subjetivo. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164.
- Allgaier, A., Pietsch, K., Frühe, B., Prast, E., Sigl-Glückner, J. & Schulte-Körne, G. (2012). Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being index a valid screening instrument for children and adolescents? *Gen Hosp Psychiatry*, 34, 234-241.
- Almeida, L., Guisande, M. & Ferreira, A. (2009). *Inteligência: Perspectivas teóricas*. Coimbra: Edições Almedina.
- Ângelo, I. S. (2007). *Medição da Inteligência Emocional e sua Relação com o Sucesso Escolar*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, Reconsidered. *American Psychologist*, 54 (5), 317-326.
- Balaguer, I. & Castillo, I. (2002). Los estilos de vida relacionados con la salud en la adolescência - Los estilos de vida relacionados con la salud en la adolescencia temprana. *Balaguer: Estilos de Vida en la Adolescencia*, 37-49.
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Intelligence Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. & Parker, J. D. A. (2000). *The Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-i:YV) Technical Manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and Social Intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School and in the Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 363-388.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence. *Psicothema*, 18, 13-25.
- Bernhardt, J., Brownfield, E. & Parker, R. (2005). *Understanding health literacy: implications for medicine and public health*. Chicago: AMA Press, 13-16.
- Bisegger, C., Cloetta, B., Rüden, U., Abel, T. & Ravens-Sieberer, U. (2005). The European Kidscreen Group: Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz Präventivmed* 50, 281-291.
- Bizarro L. (1999). *O Bem-Estar psicológico durante a adolescência*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Camões, C. (2006). A Inteligência Emocional e o surgimento de um terceiro tipo de inteligência potenciadora de sucesso e felicidade. *Estudos de Psicologia*.
- Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A. & Veiga, E. (2016). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing Mental Health Literacy in young people. *Universitas Psychologica*, 15 (2), 61-72.

- Candeias, A. A. & Rebocho, A. A. (2007). *Questionário de Inteligência Emocional de Bar-On*. Évora: Universidade de Évora.
- Candeias, A. A. (2003). *A(s) Inteligência(s) que os testes de QI não avaliam*. Évora: Núcleo de Estudantes de Psicologia da Universidade de Évora.
- Candeias, A. A. (2008). *Inteligência Social. O que é e como avaliar?* Lisboa: Fundação.
- Candeias, A. A., Varelas, D., Rebelo, N. & Diniz, A. M. (2013). Validade estrutural do Questionário de Inteligência Emocional: Estudos com alunos do ensino básico português. *Ata do I Congresso Internacional Envolvimento dos Alunos na Escola: Perspetivas da Psicologia e Educação*. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Ceballos, G. (2009). *El adolescente Y sus retos: La Aventura de Hacerse Mayor*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Clark, M. S. & Fiske, S. T. (1982). *Affect and cognition: The 17th annual Carnegie Symposium on cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Classificação Portuguesa das Profissões: 2010 / *Instituto Nacional de Estatística*. Lisboa: INE, 2015.
- Curtis, L. M., Revelle, W., Waite, K., Wilson, E.A., Condon, D. M., Bojarski, E., Park, D.C., Baker, D.W. & Wolf, M.S. (2014). Development and validation of the comprehensive health activities scale: A new approach to health literacy measurement. *Journal of Health Communication*, 6, 1-8.
- Damáσιο, A. (1994). *O Erro de Descartes*. Publicações Europa-América.
- Damáσιο, A. (2003) *Looking for Spinoza. Joy, sorrow and the feeling brain*. London: William Heinemann.
- Damáσιο, A. (2005). *O erro de Descartes: Emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Diekstra R. (2008). Effectiveness of School-based social and emotional education programmes worldwide: part one, a review of meta-analytic literature. In Dahlin B (Ed.), *Social and Emotional Education: An International Analysis*. Santander, Fundacion Marcelino Botin, 255-284.
- Diener, E. & Diener, M. (2009). *Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem*.
- Diener, E. & Suh, E. (2000). *Culture and subjective well-being*. Massachusetts: A Bradford Book.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (2012). New Findings and Future Directions for Subjective Well-Being Research. *American Psychologist*, 67(8), 590-597.
- Diener, E. (2014). Pioneer in Subjective Quality of Life Research: Edward F. Diener. *Applied Research in Quality of Life*, 9(1), 137-138.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

- Dyer, M. G. (1983). The role of affect in narratives. *Cognitive Science*, 7, 211-242.
- Ebert, J. F., Huibers, L., Christensen, B. & Christensen, M. B. (2018). Paper or Web-Based Questionnaire Invitations as a Method for Data Collection: Cross-Sectional Comparative Study of Differences in Response Rate, Completeness of Data, and Financial Cost. *Journal of Medical Internet Research*, 20(1).
- Erikson, E. (1962). Reality and Actuality an Address. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 10(3), 451-474.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton Company.
- Erikson, E. (1987). *Infância e Sociedade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Erse M., Simões, R., Façanha, J., Marques, L., Loureiro, C. & Matos, M. (2016). *Depressão em adolescentes em meio escolar: projeto +Contigo*, 4, 37-44.
- Estevão, F. (2012). *Crenças de autoeficácia, envolvimento de estudantes na escola e Bem-Estar psicológico: um estudo com alunos do ensino secundário de Cabo Verde*. (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Fernández-Berrocal, P. & Ramos, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la Inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5(2-3), 247-260.
- Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for windows: advanced techniques for the Beginner*. London: Sage.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Maia: Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (1998). *Trabalhando com a Inteligência Emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Gulliver, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10.
- Hall, G. (1905). *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*. Michigan, USA: D. Appleton & Company.
- Howell, R. & Howell, C. (2008): The relation of economic status to subjective well-being in developing countries: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 134, 536-560.
- Instituto Nacional de Estatística (2020). *Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias em 2020*. Lisboa, Portugal: INE.
- Isen, A. M., Shalke, T. E., Clark, M. & Karp, L. (1978). Affect, accessibility of material in memory, and behavior: A cognitive loop? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1-12.
- Jiménez, M. I. & López-Zafra, E. (2008). El autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios. Diferencias de género y edad. *Boletín de Psicología*, 93(1), 21-39.

- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243.
- Jorm, A. F., Christensen, H., Griffiths, K. M. & Rodgers, B. (2002). Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Medical Journal of Australia*, 176, 584-595.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Jorm, A. F., Morgan, A. J. & Wright, A. (2008). First aid strategies that are helpful to young people developing a mental disorder: Beliefs of health professionals compared to young people and parents. *BMC Psychiatry*, 8.
- Karibeeran, S. & Mohanty, S. (2019). Emotional Intelligence Among Adolescents. *Humanities and Social Sciences*, 7(3), 121-124.
- Kemper, T. D. (2004). Social models in the explanations of emotions. In M. Lewis e J. M. Haviland-Jones (Eds.), (2004). *Handbook of emotions*, 2nd. Ed. (pp. 45-58). New York: The Guilford Press.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merykangas, K & Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2), 121-140.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2009). *Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF)*. Atlanta.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kitchener, B. A., Jorm, A. F., & Kelly, C. M. (2010). *Mental health first aid manual* (2nd ed.). Melbourne, Victoria, Australia: *Orygen Youth Health Research Centre*.
- Leuner, B. (1966). Emotional intelligence and emancipation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 15, 193-203.
- Lopes, D. (2017). *Estilos Educativos Parentais e a sua relação com a Inteligência Emocional e Bem-Estar subjetivo: um estudo com adolescentes e adultos emergentes*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012a). Literacia em Saúde Mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 157-166.

- Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S., & Mendes, A. (2012b). Reconhecimento da depressão e crenças sobre procura de ajuda em jovens portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 13-17.
- Maia de Carvalho, M. (2011). Relações entre Bem-Estar Psicológico e Coping (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Maia de Carvalho, M. & Vale-Dias, M. (2021). IS Mental Health Literacy related to different types of coping? Comparing adolescents and adults' correlates. *International Journal of Development and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicologia*, Nº 2, Vol. 2, 281-290.
- Marroco, J. (2007). *Análise Estatística com a utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Silabo.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 62, 975-983.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C. & Canha L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001) A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e Bem-Estar. *Psic Saúde Doenças*, 2, 43-53.
- Matos, A. P., André, S. D., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira, C. & Marques-Pinto, A. (2010). Estudo Psicométrico preliminar da Mental Health Continuum – Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portugueses. *Psychologica*, 53, 131-156.
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Carvalhosa, S., Simões, C., Branco, J. & Urbano, J. (2004). *Risco e proteção na adolescência: o adolescente, os amigos, a família e a escola*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Gonçalves, A. & Gaspar, T. (2005). *Aventura social e saúde: prevenção do VIH numa comunidade migrante*. Lisboa: CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. & Equipa do Projecto Aventura Social (2007). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos*. Lisboa: CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Mayer, J. D., DiPaolo, M. T. & Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772–781.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2000). Emotional intelligence as personality and as a standard intelligence. In R. Bar-On e J. D. A. Parker (Eds.), *The Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 92-117).
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215.

- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63 (6), 503-517.
- Medina, M. (2013). *Abrir Espaço à Saúde Mental - Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de Saúde Mental, junto de alunos do 9º ano de escolaridade*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa. Porto.
- Mendes, T. (2016). *Do Adulto Imergente a Adulto de Meia-Idade: Estudo das relações entre Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Morgan, A. J. & Jorm, A. F. (2009). Self-help strategies that are helpful for sub-threshold depression: A Delphi consensus study. *Journal of Affective Disorders*, 115, 196-200.
- Novo, R. (2003). *Para além de eudaimonia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67 (12), 2072-2078.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Lisboa.
- Otero Martínez, C., Martín López, E., León del Barco, B. & Vicente Castro, F. (2009). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de enseñanza secundaria. Diferencias de género. *Revista galego-portuguesa de psicología e educación: Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 17 (1-2), 275-283.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12) (2nd ed.)*. Austrália: Allen & Unwin.
- Palomera, R., Salguero, J. M. & Fernández-Berrocal, P. (2011). Es importante la Inteligência Emocional percibida para a adaptación y bienestar infanto-juvenil? In P. Fernández-Berrocal, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruíz-Aranda, J. M. Salguero e R. Cabello (Eds.), *Inteligencia Emocional: 20 años de investigación y desarrollo*. Santander, Spain: Fundación Marcelino Botín.
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. Artmed Editora.
- Payne, W. L. (1986). A study of emotion: Developing emotional intelligence: Self-integration; relating to fear, pain and desire. *Dissertation Abstracts International*, 47, 203-207.
- Pedreiro, A. (2013). *Literacia em Saúde Mental de adolescentes e jovens sobre depressão e abuso de álcool* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra.
- Direção-Geral de Saúde (2016). *Saúde Mental em números 2015: programa nacional para a Saúde Mental*. Lisboa.
- Prior, A. (2017). *Inteligência Emocional, Bem-Estar e Saúde Mental: um estudo com técnicos de apoio à vítima*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Ratzan, S. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health Promot Int.*, 16 (2), 207-214.

- Reddy, W. M. (2001). *The navigation of feeling: A framework for the history of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual review of psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., Magee, W. J., Kling, K. C., & Wing, E. H. (1999). Forging macro-micro linkages in the study of psychological well-being. In C. D. Ryff & V. W. Marshall (Eds.), *The self and society in aging processes* (pp. 247-278).
- Sá, R. D. (2017). *O impacto da atividade profissional na Saúde e Bem-Estar de Psicólogos: Um estudo exploratório*, (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R. & Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 4(2), 143-152.
- Salguero, J. M., Palomera, R. & Fernández-Berrocal, P. (2012). Perceived emotional intelligence as predictor of psychological adjustment in adolescents: A one year prospective study. *European Journal of Psychology of Education*, 27(1), 21-34.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). *Emotional intelligence. Imagination, Cognition and Personality*.
- Santos, J., Erse, M., Simões, R., Façanha, J. & Marques, L. (2004). *Contigo na promoção da Saúde Mental e prevenção do suicídio em meio escolar*, 203-207.
- Selden, C., Ratzan S. & Parker, R. (2000). *Health Literacy*. Bethesda: National Library of Medicine.
- Selvaraj, P. R. & Bhat, C. S. (2018). Predicting the mental health of college students with psychological capital. *Journal of Mental Health*, 27, 279-287.
- Shore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Lisboa: F.C. Gulbenkian/ F.C.T.
- Slooman, A., & Croucher, M. (1981). Why robots will have emotions. In T. Dean (Ed.), *Proceedings of the seventh international joint conference on artificial intelligence*, (Vol. 1). San Francisco, CA: Morgan Kaufman.
- Solomon, R. C. (2000). The philosophy of emotions. In M. Lewis e J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 3-15). New York: Guilford.
- Sousa, L., Galane, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e Bem-Estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364- 371.
- Ten Have, M., Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V. & Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European

- study of epidemiology of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 153–163.
- Tsenkova, V. K., Love, G. D., Singer, B. H., & Ryff, C. D. (2007). Socioeconomic status and psychological well-being predict crosstime change in glycosylated hemoglobin in older women without diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 69, 777-784.
- Uyl, D. & Rasmussen, D. (2010). Adam Smith on Economic Happiness. *Reason papers*, 32, 29-40.
- World Health Organization (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care: The DepCare Project: Report on a WHO Meeting*. Stockholm, WHO.
- World Health Organization (2011). *Impact of Economic Crises on Mental Health*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Zeidner, M. & Olenik-shemesh, D. (2010). Emotional intelligence and subjective well-being revisited. *Personality and Individual Differences*, 48-57.

Anexos

Anexo A – Pedidos de Autorização para recolha de dados



Ex.^{ma} Senhor (a) Diretor (a)

Vimos contactá-lo no âmbito de um projeto de investigação que se encontra em curso na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC). Tal projeto dedica-se ao estudo do “Desenvolvimento Humano e Saúde Mental”. Nele se inserem investigações de tese de Mestrado Integrado e de Doutoramento em Psicologia, orientados pela responsável do supramencionado projeto abrangente, a Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC). Neste campo de investigação insere-se, particularmente, o projeto de doutoramento intitulado “Mind the Mind: a complete mental health intervention for adolescents young adults and adults”. Este projeto é desenvolvido pela doutoranda Mariana Maia de Carvalho, Mestre em Psicologia, com a orientação da já referida Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC), do Professor Corey Keyes (Emory University) e do Professor Ernst Bohlmeijer (Twente University), na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Inserem-se ainda neste campo de investigação as pesquisas realizadas no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia da FPCE-UC pelos mestrandos Cláudio Monteiro, Joana Neves e Márcia Teixeira, sob orientação da Professora anteriormente mencionada.

Nesta etapa pretende-se avaliar algumas opiniões, crenças e estratégias utilizadas pelas pessoas relativamente aos temas da saúde mental e bem-estar, pelo que os participantes irão responder a um inquérito.

Este estudo rege-se pelos princípios éticos e deontológicos da investigação em Psicologia segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses e a Associação Americana de Psicologia.

Respeita ainda as regras da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Assim:

- Todas as respostas recolhidas são tratadas de forma confidencial e anónima – será gerado um código numérico associado ao protocolo de cada sujeito e os seus dados de identificação só lhe serão associados para efeitos de acesso ao consentimento informado dado ou para cruzar com dados do mesmo sujeito recolhidos em momentos diferentes.
- Os resultados avaliados globalmente tendo em conta as respostas de todos os sujeitos e nunca individualmente.
- Em qualquer momento do estudo o sujeito pode desistir e deixar de participar.
- Pode, ainda, colocar perguntas sobre o estudo à investigadora que o desenvolve.
- Uma vez recolhidos os dados o sujeito tem direito ao seu acesso, retificação, atualização ou apagamento.

- Os dados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação científica e serão conservados apenas pela equipa de investigação.

Independentemente de o sujeito ser contactado para integrar uma ou várias etapas da investigação, os dados tratam-se respeitando as normas acima mencionadas.

Neste âmbito, pedimos o seu consentimento para que os alunos da instituição que dirige possam ser contactados para, após obtido o consentimento dos seus encarregados de educação, participar nesta investigação, respondendo a alguns questionários (em papel ou on-line).

Desde já disponibilizamo-nos para responder a qualquer questão sobre o estudo,

Agradecendo antecipadamente toda a atenção dispensada, ficamos na expectativa da sua melhor colaboração e autorização,

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 3 de Maio de 2021.

Maria da Luz Vale-Dias (valedias@fpce.uc.pt)

Mariana Maia de Carvalho (marianaportocarrero@hotmail.com)

Cláudio Monteiro (claudiojorgepsic@gmail.com)

Márcia Teixeira (maracate_98@hotmail.com)

Joana Neves (jojo.9.9@hotmail.com)



Caro(a) Encarregado(a) de Educação,

Vimos contactá-lo no âmbito de um projeto de investigação que se encontra em curso na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC). Tal projeto dedica-se ao estudo do “Desenvolvimento Humano e Saúde Mental”. Nele se inserem investigações de tese de Mestrado Integrado e de Doutoramento em Psicologia, orientados pela responsável do supramencionado projeto abrangente, a Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC). Neste campo de investigação insere-se, particularmente, o projeto de doutoramento intitulado “Mind the Mind: a complete mental health intervention for adolescents young adults and adults”. Este projeto é desenvolvido pela doutoranda Mariana Maia de Carvalho, Mestre em Psicologia, com a orientação da já referida Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC), do Professor Corey Keyes (Emory University) e do Professor Ernst Bohlmeijer (Twente University), na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Inserem-se ainda neste campo de investigação as pesquisas realizadas no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia da FPCE-UC pelos mestrandos Cláudio Monteiro, Joana Neves e Márcia Teixeira, sob orientação da Professora anteriormente mencionada.

Nesta etapa pretende-se avaliar algumas opiniões, crenças e estratégias utilizadas pelas pessoas relativamente aos temas da saúde mental e bem-estar, pelo que os participantes irão responder a um inquérito.

Este estudo rege-se pelos princípios éticos e deontológicos da investigação em Psicologia segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses e a Associação Americana de Psicologia.

Respeita ainda as regras da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Assim:

- Todas as respostas recolhidas são tratadas de forma confidencial e anónima – será gerado um código numérico associado ao protocolo de cada sujeito e os seus dados de identificação só lhe serão associados para efeitos de acesso ao consentimento informado dado ou para cruzar com dados do mesmo sujeito recolhidos em momentos diferentes.
- Os resultados avaliados globalmente tendo em conta as respostas de todos os sujeitos e nunca individualmente.
- Em qualquer momento do estudo o sujeito pode desistir e deixar de participar.
- Pode, ainda, colocar perguntas sobre o estudo à investigadora que o desenvolve.
- Uma vez recolhidos os dados o sujeito tem direito ao seu acesso, retificação, atualização ou apagamento.

- Os dados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação científica e serão conservados apenas pela equipa de investigação.

Independentemente de o sujeito ser contactado para integrar uma ou várias etapas da investigação, os dados tratam-se respeitando as normas acima mencionadas.

Neste âmbito, pedimos o seu consentimento para que o/a seu/sua filho/filha possa participar nesta investigação, respondendo a alguns questionários (em papel ou on-line).

Desde já disponibilizamo-nos para responder a qualquer questão sobre o estudo,

Agradecendo antecipadamente toda a atenção dispensada, ficamos na expectativa da sua melhor colaboração,

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 3 de Maio de 2021.

Maria da Luz Vale-Dias (valedias@fpce.uc.pt)

Mariana Maia de Carvalho (marianaportocarrero@hotmail.com)

Cláudio Monteiro (claudiojorgepsic@gmail.com)

Márcia Teixeira (maracate_98@hotmail.com)

Joana Neves (jojo.9.9@hotmail.com)

Declaro que tomei conhecimento das informações relativas ao estudo e que autorizo,

(nome do encarregado de educação)

Declaro que tomei conhecimento das informações relativas ao estudo e que participo,

(nome do aluno)

Anexo B – Instrumentos

Anexo B1

Questionário Sociodemográfico

(Maia de Carvalho, Vale-Dias, & Siqueira, 2019)

Por favor responda de forma sincera. Todas as respostas recolhidas são tratadas de forma confidencial e anónima, sendo os resultados avaliados globalmente tendo em conta as respostas de todos os sujeitos e nunca individualmente. Muito obrigada!

1. Idade: _____
2. Género: Masculino __ Feminino __ Outro __
3. Nacionalidade: _____
4. Relacionamento amoroso/Estado civil (se for o seu caso, pode assinalar mais do que uma opção por exemplo, solteiro e a namorar):
A namorar Solteiro

5. Com quem habita em sua casa: _____
6. Habilitações Literárias (indique o número de anos de escolaridade completa):
1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º

7. Já foi acompanhado em:
 - 7.1. Consulta de Psicologia: Sim __ Não __
 - 7.2. Consulta de Psiquiatria: Sim __ Não __

Acerca da sua mãe:

8. Idade: __
9. Habilitações Literárias (indique o número de anos de escolaridade completa):
1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º

- Licenciatura Mestrado Doutoramento Pós-Doc Outro

10. Profissão: _____

Acerca do seu pai:

11. Idade: __
12. Habilitações Literárias (indique o número de anos de escolaridade completa):
1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º

- Licenciatura Mestrado Doutoramento Pós-Doc Outro

13. Profissão: _____

Anexo B2

LSMq – Questionário de literacia em saúde mental

A preencher pela monitora:

Código escola: |__|__|__|__|

Este questionário tem como objetivo compreender o que é que pessoas da tua idade pensam sobre questões de saúde mental.

As questões centram-se em aspetos tais como, o que é que já ouviste falar e o que tu pensas sobre este tipo de problemas, onde é que as pessoas se devem dirigir para serem ajudadas, como estes problemas poderão ser tratados, entre outros aspetos.

No caso não quiseres responder a alguma questão, não respondas.

A preencher pelo aluno

Código do aluno (5 dígitos do nº telemóvel): |x|x|x|__|__|x|__|__|__|

Data: __/__/__

1. Qual a tua data de nascimento? __/__/____
2. És rapaz? ou És rapariga?
3. Em que ano de escolaridade estás? 7º ano 8º ano 9º ano
4. Em que cidade vives? _____
5. Qual a profissão do teu encarregado de educação? _____
 - 5.1 Neste momento, o teu encarregado de educação está a trabalhar? Sim Não
6. Conheces alguém que tem ou teve um problema de saúde mental? Sim Não Não sei
 - 6.1 Se sim, qual o problema de saúde mental? _____
 - 6.2 Qual a relação que tens com essa pessoa (seleciona abaixo)?
 - Familiar
 - Amigo(a)
 - Eu próprio(a)
 - Outra _____

LSMq – Questionário de literacia em saúde mental

Em seguida, vais encontrar várias afirmações com as quais podes, ou não, concordar. Para cada uma delas, indica o quanto concordas ou discordas, assinalando com uma cruz (X).

Exemplificando, uma pessoa que concorda muito com uma afirmação:

Os jovens que praticam desporto com regularidade são mais saudáveis.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito
				X

1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

LSMq – Questionário de literacia em saúde mental

9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

12. As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

17. Só os adultos têm perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

LSMq – Questionário de literacia em saúde mental

19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

LSMq – Questionário de literacia em saúde mental

29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

32. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

33. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

34. Da seguinte lista, assinala com uma cruz (X) os problemas que achas que são perturbações mentais (podes assinalar mais do que uma opção):

Ansiedade generalizada	<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>
Paralisia cerebral	<input type="checkbox"/>	AVC	<input type="checkbox"/>
Trissomia 21	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>		

Anexo B3

Questionário de Inteligência Emocional de Bar-On

(Adaptação Portuguesa: A. Candeias, N. Rebelo, J. Silva & A. Cartaxo, 2011)

	Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
1. Gosto de me divertir.	1	2	3	4
2. Preocupo-me com o que acontece aos outros.	1	2	3	4
3. É fácil dizer aos outros como me sinto.	1	2	3	4
4. Sinto-me seguro/a de mim mesmo/a.	1	2	3	4
5. Procuvo várias possibilidades de resposta quando me fazem perguntas difíceis.	1	2	3	4
6. Sou capaz de respeitar os outros.	1	2	3	4
7. Falo com facilidade sobre os meus sentimentos.	1	2	3	4
8. Compreendo perguntas difíceis.	1	2	3	4
9. Gosto de rir.	1	2	3	4
10. Evito magoar os outros.	1	2	3	4
11. Penso num problema até o resolver.	1	2	3	4
12. Tenho mau feitio.	1	2	3	4
13. Posso responder bem às perguntas difíceis.	1	2	3	4
14. É fácil descrever os meus sentimentos.	1	2	3	4
15. Quando quero posso encontrar maneiras de discutir uma pergunta difícil.	1	2	3	4
16. Aborreço-me com facilidade.	1	2	3	4
17. Gosto de ajudar os outros.	1	2	3	4
18. Resolvo os problemas de formas diferentes.	1	2	3	4
19. Sinto-me bem comigo mesmo.	1	2	3	4
20. É fácil dizer aos outros o que sinto.	1	2	3	4
21. Quando debato perguntas difíceis, penso em muitas soluções.	1	2	3	4
22. Sinto-me mal quando magoo as outras pessoas.	1	2	3	4
23. Gosto de ser como sou.	1	2	3	4
24. Sou bom/boa a resolver problemas.	1	2	3	4
25. Dou valor aos meus amigos.	1	2	3	4
26. Percebo quando um dos meus amigos está triste.	1	2	3	4
27. Gosto do meu corpo.	1	2	3	4
28. Gosto da forma como me vejo.	1	2	3	4

Anexo B4

MHC-SF

(Keyes, C. L. M., 2008; versão portuguesa de Matos, A.P., André, R., Cherpe, S., Figueira, C., e Pinto, A.M., 2010)

Instruções

Por favor, responde às questões seguintes sobre a forma como te tens sentido, **durante o último mês**. Assinala com um – X – a célula que melhor representa quantas vezes experienciaste ou sentiste o seguinte.

Lembra-te que não existem respostas certas ou erradas, escolhe, de forma honesta e sincera, a primeira resposta em que pensares. As tuas respostas são confidenciais.

Durante o último mês, quantas vezes (te) sentiste:	Nunca	1 ou 2 vezes	Cerca de 1 a 2 vezes por semana	Cerca de 2 ou 3 vezes por semana	Quase todos os dias	Todos os dias
1. feliz						
2. interessado pela vida						
3. satisfeito						
4. que tinhas alguma coisa importante para contribuir para a sociedade						
5. que pertencias a uma comunidade (como a um grupo social, à tua escola ou ao teu bairro)						
6. que a nossa sociedade se está a tornar num lugar melhor para pessoas como tu						
7. que as pessoas são essencialmente boas						
8. que a forma como a nossa sociedade funciona te faz sentido						
9. que gostavas da maior parte das características da tua personalidade						
10. que geriste bem as responsabilidades da tua vida diária						
11. que tiveste relações calorosas e de confiança com pessoas da tua idade						
12. que tiveste experiências que te permitiram crescer e tornares-te numa pessoa melhor						
13. confiante para pensar ou exprimir as tuas próprias ideias e opiniões						
14. que a tua vida tem uma direcção ou significado						

Anexo C - Consistência Interna do Mental Health Literacy Questionnaire (MHLq, Campos et al., 2016)

Tabela C1. Valores do *Alpha* de *Cronbach* do MHLq: comparação entre o estudo de adaptação para a escala portuguesa e o presente estudo.

Fatores do LSMq	Valores do estudo da adaptação para a população portuguesa	Valores do presente estudo
Comportamentos de procura de ajuda	.79	.71
Conhecimentos e estereótipos sobre doença mental	.78	.75
Estratégias de autoajuda	.72	.72
LSMq Total	.84	.83

**Anexo D – Consistência Interna do Questionário de Inteligência Emocional -
Versão para jovens (EQ-i:YV, Candeias et al., 2013)**

Tabela D1. Valores do Alpha de Cronbach do EQ-i:YV: comparação entre o estudo de adaptação para a escala portuguesa e o presente estudo.

Fatores do EQ-i:YV	Valores do estudo da adaptação para a população portuguesa	Valores do presente estudo
Humor Geral	.70	.91
Adaptabilidade	.86	.85
Intrapessoal	.83	.85
Interpessoal	.81	.88
Gestão de Stress	.69	.60
EQ-i:YV Total	.87	.89

Anexo E - Consistência Interna do Mental Health Continuum– Short Form (MHC-SF, Matos et al., 2010)

Tabela E1. Valores do *Alpha* de Cronbach do MHC-SF: comparação entre o estudo de adaptação para a escala portuguesa e o presente estudo.

Fatores do MHC-SF	Valores do estudo da adaptação para a população portuguesa	Valores do presente estudo
Bem-Estar Emocional	.84	.87
Bem-Estar Psicológico	.80	.84
Bem-Estar Social	.78	.81
MHC-SF Total	.85	.92