



Marina Cesar Pimenta

O Adulto Emergente: Estudo das relações entre Inteligência Emocional, Satisfação com a Vida, Saúde Mental e o uso de Medicamentos para Ansiedade ou Depressão

Dissertação de Mestrado em Temáticas de Psicologia do Desenvolvimento, orientada pela Professora Doutora Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale-Dias e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Junho de 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MARINA CESAR PIMENTA

O Adulto Emergente: Estudo das relações entre Inteligência Emocional, Satisfação com a Vida, Saúde Mental e o uso de Medicamentos para Ansiedade ou Depressão

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Temas de Psicologia do Desenvolvimento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Temas de Psicologia do Desenvolvimento.

Orientadora: Professora Doutora Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale-Dias

Coimbra

2018

Dedicatória

À minha mãe Raquel, meu namorado Tiago e ao meu amado
Zequinha, que partiu durante minha estadia em Portugal.

Agradecimentos

À minha orientadora e professora deste Mestrado, Maria da Luz, por seu empenho, disponibilidade e atenção para comigo durante todo o percurso, num primeiro momento, me motivando e acreditando que seríamos capazes de realizar uma boa investigação juntas. Sempre atenta e carinhosa, depositando uma enorme confiança em minha pessoa, para além da sua disponibilidade e atenção nos momentos finais, com suas pontuações precisas e que foram fundamentais para que eu conseguisse chegar até aqui.

À amiga, ouvinte e companheira, Juliana Veras, que sempre esteve ao meu lado, com as palavras certas para cada momento experienciado neste trajeto, quero agradecer por me ajudar na recolha dos dados e ter sido sempre disponível, me auxiliando em vários momentos do curso.

Aos professores, Pedro Urbano, Maria Luísa Morgado e novamente à minha orientadora, por terem colaborado, cedendo espaço para aplicação dos instrumentos utilizados, aos alunos de uma de suas cadeiras, o que foi bastante relevante na colheita dos dados.

À professora de Estatística no Porto, Paula, que me forneceu recursos e material para auxiliar no tratamento dos dados recolhidos.

Obrigada!

“Não precisamos de mais dinheiro, não precisamos de mais sucesso ou fama, não precisamos do corpo perfeito, nem mesmo do parceiro perfeito, agora mesmo, neste momento exato, dispomos da mente, que é todo o equipamento básico de que precisamos para alcançar a plena felicidade.”

Dalai Lama

RESUMO

O Adulto Emergente: Estudo das relações entre Inteligência Emocional, Satisfação com a Vida, Saúde Mental e o uso de Medicamentos para Ansiedade ou Depressão

Partindo de uma concepção de complexidade do desenvolvimento humano, este estudo visa explorar relações e analisar o papel de constructos, cujo interesse científico para a compreensão de trajetórias ajustadas tem sido evidenciado na literatura atual. Assim, o primeiro objetivo da presente investigação passa por perceber se existem relações entre Inteligência Emocional, Satisfação com a Vida (dimensão cognitiva do Bem-Estar Subjetivo) e Saúde Mental (níveis de ansiedade, depressão e stress) no Adulto Emergente. Em segundo lugar, pretende-se analisar as relações entre aqueles constructos e o uso de medicamentos para ansiedade e depressão junto dos Adultos Emergentes. Visa-se ainda estudar a relação do gênero e da idade com as variáveis acima mencionadas.

Para efeitos deste estudo foram utilizados quatro instrumentos de avaliação para a recolha de dados junto de uma amostra de 293 participantes (131 do sexo masculino e 162 do sexo feminino), constituída por jovens de 18 a 25 anos. Nomeadamente, os instrumentos utilizados foram: um Questionário Sociodemográfico; a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS); a *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24), uma Escala da Inteligência Emocional; e, por último, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).

Os resultados relativos ao estudo da associação entre os fatores da Escala de Inteligência Emocional e a Satisfação com a Vida indicam a existência de associações significativas positivas e moderadas entre as variáveis; isto é, a Satisfação com a Vida está associada positivamente à Atenção às Emoções, à Clareza de Sentimentos e à Reparação do Espírito (Emocional).

Entre os fatores da Escala de Saúde Mental e a Satisfação com a Vida verificam-se associações moderadas que indicam que a Satisfação com a Vida está associada negativamente à Depressão, à Ansiedade e ao Stress. Foram igualmente reveladas correlações negativas, significativas e moderadas, entre estes sintomas e a Inteligência Emocional.

A comparação das dimensões em estudo, em função de os participantes fazerem ou não uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão, indicou diferenças estatisticamente significativas na escala da inteligência emocional, nomeadamente na atenção às emoções, na clareza de sentimentos e na reparação emocional do espírito, cujas médias são superiores no grupo de participantes que não faz uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão. Na escala de saúde mental também se observaram diferenças significativas, nomeadamente na depressão, na ansiedade e no stress, cujas médias são superiores no grupo de participantes que faz uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão. Quanto à escala de satisfação com a vida, a média é significativamente superior no grupo de participantes que não faz uso daqueles medicamentos.

Foi ainda possível observar no presente estudo diferenças de gênero nos constructos estudados, não se registando essas mesmas diferenças a nível do uso de medicamentos.

Finalmente, a idade não foi um factor relevante para as variáveis em análise, facto que aponta para uma certa homogeneidade dentro do período etário considerado, isto é, a adultez emergente.

Palavras-chave: Inteligência Emocional, Satisfação com a vida, Saúde Mental, Uso de Medicamentos para a Ansiedade e Depressão, Adultez Emergente.

ABSTRACT

The Emerging Adult: Study of the relationships between Emotional Intelligence, Life Satisfaction, Mental Health and the use of Medications for Anxiety or Depression

Starting from a conception of human development complexity, this study aims to explore relationships and analyze the role of constructs, whose scientific interest in the understanding of adjusted trajectories has been evidenced in the current literature. Thus, the first objective of the present investigation is to understand if there are relationships between Emotional Intelligence, Life Satisfaction (cognitive dimension of Subjective Well-Being) and Mental Health (anxiety, depression and stress levels) in the Emerging Adult. Secondly, we intend to analyze the relationships between these constructs and the use of drugs for anxiety and depression among Emerging Adults. It is also intended to study the relationship of gender and age with the variables mentioned above.

For the purposes of this study, four evaluation instruments were used to collect data from a sample of 293 participants (131 males and 162 females), consisting of 18 to 25-year old's. The instruments used were: A Sociodemographic Questionnaire; the Life Satisfaction Scale (SWLS); the Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), an Emotional Intelligence Scale; and, finally, the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21).

The results related to the study of the association between the factors of the Emotional Intelligence Scale and Life Satisfaction indicate the existence of significant positive and moderate associations between the variables; that is, Satisfaction with Life is positively associated with Attention to Emotions, Clarity of Feelings and Repair of the (Emotional) Spirit.

Between the factors of the Mental Health Scale and Life Satisfaction there are moderate associations that indicate that Life Satisfaction is negatively associated with Depression, Anxiety and Stress. Significant and moderate negative correlations between these symptoms and Emotional Intelligence were also revealed.

Comparison of the study dimensions, depending on whether participants used medication for anxiety or depression, indicated statistically significant differences in the scale of emotional intelligence, namely attention to emotions, clarity of feelings and emotional repair of the spirit, whose means are higher in the group of participants who do not use drugs for anxiety or depression. In the mental health scale, significant differences have also been observed, namely in depression, anxiety and stress, whose means are higher in the group of participants who use drugs for anxiety or depression. As for the life satisfaction scale, the mean is significantly higher in the group of participants who do not use those medications.

It was also possible to observe gender differences in the studied constructs in the present study, and the same differences were not observed in the use of drugs. Finally, age was not

a relevant factor for the variables in analysis, which points to a certain homogeneity within the considered age period, that is, emerging adulthood.

Keywords: Emotional Intelligence, Life Satisfaction, Mental Health, Use of Medications for Anxiety and Depression, Emerging Adulthood.

Índice de Tabelas

Tabela 1. Distribuição dos participantes em função do género e da faixa etária	60
Tabela 2. Distribuição da idade dos participantes	60
Tabela 3. Distribuição do estado civil dos participantes	61
Tabela 4. Distribuição da profissão dos participantes	61
Tabela 5. Distribuição das habilitações literárias dos participantes	61
Tabela 6. Distribuição do uso e categoria dos medicamentos.....	62
Tabela 7. Distribuição das variáveis sociodemográficas do pai	62
Tabela 8. Distribuição das variáveis sociodemográficas da mãe	63
Tabela 9. Distribuição dos instrumentos em estudo	67
Tabela 10. Estatísticas univariadas, omissos e Número de valores extremos	68
Tabela 11. Consistência Interna da Escala de Inteligência Emocional	69
Tabela 12. Consistência Interna da Escala de Saúde Mental	69
Tabela 13. Consistência Interna da Escala de satisfação com a vida.....	69
Tabela 14. Matriz de correlações entre a Escala de Inteligência Emocional (TMMS) e a Saúde Mental (EADS).....	70
Tabela 15. Matriz de correlações entre a Escala de Inteligência Emocional (TMMS) e a satisfação com a vida (SWLS)	71
Tabela 16. Matriz de correlações entre a saúde mental (EADS) e a satisfação com a vida (SWLS).	71
Tabela 17. Teste de Mann-Whitney em função do sexo, considerando a inteligência emocional (TMMS), a saúde mental (EADS) e a satisfação com a vida (SWLS).....	72
Tabela 18. Teste do Qui-quadrado para o uso de medicamento segundo o género	73
Tabela 19. Matriz de correlações entre a idade e as variáveis inteligência emocional (TMMS), saúde mental (EADS) e a satisfação com a vida (SWLS).....	73
Tabela 20. Teste do Qui-quadrado no uso de medicamentos	74
Tabela 21. Teste do Qui-quadrado na categoria dos medicamentos.....	74

Tabela 22. Teste de Mann-Whitney relativo às comparações da inteligência emocional (TMMS), da saúde mental (EADS) e da satisfação com a vida (SWLS) em função do uso de medicamento ou não	75
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Sumário

Resumo	7
Abstract	9
Índice de Tabelas	11
Introdução	15
PARTE 1 – Enquadramento conceptual	17
1. Os ciclos do Desenvolvimento humano.....	18
2. O Adulto Emergente.....	20
3. A Satisfação com a Vida e o Bem-estar Subjetivo e Psicológico.....	23
4. Inteligência Emocional	25
4.1 O modelo de Mayer e Salovey.....	26
4.2 O modelo de Goleman	30
4.3 O modelo de Bar-On	33
5. Saúde Mental	34
5.1 Evolução do conceito de saúde mental.....	35
5.2 Depressão.....	37
5.3 Ansiedade.....	43
5.4 Stress.....	47
6. O uso de Psicofármacos.....	52
7. Relações entre Inteligência Emocional, Saúde Mental e a Satisfação com a Vida	55
7.1 Relações entre Inteligência Emocional e Saúde Mental.....	55
7.2 Relações entre a Saúde Mental e a Satisfação com a vida.....	55
7.3 Relações entre a Inteligência Emocional e a satisfação com a vida.....	56
PARTE 2 – Estudo empírico.....	58
I – Objetivos e hipóteses	59
II – Metodologia	60
1. Caracterização da Amostra.....	60
2. Instrumentos.....	63
3. Procedimentos	65
3.1 Procedimentos de recolha de dados	65
3.2 Procedimentos de análise de dados	66

III – Resultados	67
1.Análise Descritiva.....	67
2.Análise da Consistência Interna	68
3. Análise das hipóteses em estudo	70
IV – Discussão	75
CONCLUSÕES FINAIS	83
Bibliografia	88
Anexos.....	100
Anexo I	100
Anexo II	101
Anexo III	102
Anexo IV	103
Anexo V	104

Introdução

A Psicologia Positiva e a abordagem da Inteligência Emocional possuem algumas semelhanças estruturais, apresentando características de um objetivo comum. Tal objetivo se caracteriza por estudar o bem-estar de forma global. A Psicologia Positiva apresenta a sua abordagem, como sendo de grande importância, centrando-se na análise do bem-estar e das emoções, partilhando então interesses com a abordagem emocional. A Inteligência Emocional, surge, então, como um conceito diretamente ligado ao estudo das emoções, sendo este visto como um elemento central, ao invés de um resultado final (Fernández-Berrocal & Extremera, 2009, citado em Fortuna, 2010).

Consoante o autor, a inteligência emocional pode ser vista de forma diferente: como aptidão e na qual a Inteligência Emocional é definida como um conjunto de competências cognitivas no funcionamento emocional (Mayer & Salovey, 1990); ou como os autores dos modelos mistos definem a Inteligência Emocional, isto é, como sendo não só aptidão, mas também um traço, e aí a Inteligência Emocional engloba também características da personalidade (Goleman, 1995, Bar-On 2000).

Considerando a revisão de literatura em torno dos aspetos cruciais dos conceitos abordados, o objectivo deste estudo é então explorar a Inteligência Emocional e a saúde mental e procurar possíveis correlações entre si, bem como, com a Satisfação com a vida e o uso de medicamentos para ansiedade e depressão no adulto emergente.

O Bem-Estar Subjetivo, cuja componente cognitiva é a Satisfação com a Vida, é um conceito que pode ser identificado como uma dimensão positiva da saúde (Galinha & Ribeiro, 2005). A saúde é definida como um recurso a ser utilizado no nosso quotidiano, de maneira contínua e diária, visando estabelecer uma influência na qualidade de vida, e não como uma meta de vida (Pais Ribeiro, 1998). O conceito de Bem-Estar, vem sendo, de maneira consistente, associado ao conceito de Saúde e que se difundiu à Saúde Mental (O'Donnell, 1986; Terris, 1975, citados em Galinha & Ribeiro, 2005). O Instrumento utilizado neste estudo para avaliar a satisfação com a vida (SWLS) foi construído de forma a aceder à satisfação do indivíduo com a vida em geral e não em relação a aspectos particulares (como a saúde ou as finanças), permitindo ao sujeito efetuar a avaliação da sua vida utilizando os seus próprios critérios.

Em suma, na presente investigação, destacam-se os conceitos de Inteligência Emocional, Satisfação com a vida e Saúde mental numa etapa particular do ciclo de vida, a do Adulto Emergente (Arnett, 2000, 2014). No âmbito desta pesquisa é dado, ainda,

destaque à análise da relação entre os três constructos, bem como à análise das diferenças em função de algumas variáveis sociodemográficas. Foi dada igualmente importância às relações observadas no que diz respeito ao uso de medicamentos para ansiedade e depressão na faixa etária estudada.

Quanto à sua estrutura, o presente estudo integra três partes principais. Na primeira parte, será apresentado o enquadramento conceptual, onde, após uma revisão respeitante ao adulto emergente, etapa implicada nesta investigação, são descritos os estudos e modelos teóricos referentes à Inteligência Emocional, Satisfação com a Vida e Bem-Estar Subjetivo, assim como à Saúde Mental e Uso de psicofármacos e às suas relações. Em seguida, será apresentada a segunda parte, referente ao estudo empírico, na qual são apresentados os objetivos da investigação, assim como as hipóteses em estudo. Nesta parte, é também apresentada a metodologia de investigação, onde é feita a caracterização da amostra e dos instrumentos utilizados, sendo também descritos os procedimentos de recolha e de análise de dados. Os resultados da análise das hipóteses levantadas serão reportados, seguindo-se a sua discussão. Por último, numa secção final, serão apresentadas as conclusões do estudo, os seus aspetos positivos e limitações, tal como sugestões para estudos futuros.

PARTE I – Enquadramento conceptual

1. Os Ciclos do Desenvolvimento Humano

Com o intuito de analisar os princípios teóricos que direcionam o estudo do desenvolvimento psicológico ao longo da vida, Paul Baltes (Baltes, 1987; Baltes & Goulet, 1970) e outros investigadores realizaram sucessivas pesquisas nessa área.

A primeira definição proposta por Baltes e Goulet em 1970 afirma que a Psicologia do Ciclo de Vida (*Life Span Psychology*) se interessa pela descrição e explicação das mudanças ontogenéticas. Desta forma, sua definição determina o desenvolvimento humano como processo ininterrupto, multidimensional e multidirecional de alterações sincronizadas por influências genético-biológicas e socioculturais, de natureza normativa e não-normativa, destacado por ganhos e perdas concorrentes e por interatividade entre o indivíduo e a cultura. Engloba sucessivas mudanças previsíveis, de natureza genético-biológica, que ocorrem ao longo das idades, e, por isso, são denominadas de mudanças definidas por idade; uma sequência previsível de alterações psicossociais determinadas pelos processos de socialização ao qual as pessoas estão sujeitas, denominadas de influências definidas por história, e uma sequência não-previsível de alterações pela influência de agendas biológicas e sociais e que, por isso, são chamadas de influências não-normativas (Baltes, Cornelius, & Nesselroade, 1979; Baltes, Reese, & Lipsitt, 1980; Lerner, 1983).

Seguidamente, foram elaboradas definições mais minuciosas sobre a atuação dirigente dos determinantes genético-biológicos e socioculturais do desenvolvimento humano, segundo as quais se foram dadas importância a arquitetura da ontogenia e a interação dinâmica entre fatores biológicos e culturais, que mudam ao longo da vida; ao fato de que há diferente alocação de recursos ao longo da vida, que passa da ênfase no crescimento, na infância, à ênfase na manutenção e na regulação das perdas na velhice, percebendo que também ocorre atuação sistêmica de mecanismos de seleção, otimização e compensação na produção do desenvolvimento e do envelhecimento bem sucedidos ou adaptativos (Baltes, 1987; Baltes, 1997, Baltes & Smith, 2003, Baltes & Smith, 2004, Li & Freund, 2005).

A principal característica do Ciclo Vital do Desenvolvimento, portanto, é que o desenvolvimento não se completa com a idade adulta. O desenvolvimento humano estende-se por toda a trajetória de vida e compreende processos de adaptação ao longo do curso de vida de cada indivíduo.

Partindo deste pressuposto, Baltes (1997) elaborou três princípios globais a respeito da dinâmica biologia-cultura nas trajetórias de desenvolvimento ao longo da vida. A

plasticidade biológica e a fidelidade genética diminuem com a idade, pois a natureza, de forma adaptativa, privilegia o crescimento nas fases pré-reprodutiva e reprodutiva, pois trata de um desenvolvimento fundamental à espécie, falando de seleção natural em termos estritamente biológicos. Para que o desenvolvimento seja contínuo até as idades mais avançadas, são necessárias melhorias cada vez mais importantes na evolução cultural e na disponibilidade destes recursos. O aumento na expectativa de vida, só foi possível graças a investimentos em instrumentos, habitação, técnicas e equipamentos de trabalho, higiene, imunização, tratamentos de saúde e outros recursos de proteção às agressões do ambiente e educação.

Por último, o autor salienta que é limitada a eficácia da cultura para promover o desenvolvimento e a reabilitação das perdas e do declínio associados ao envelhecimento, ou seja, os indivíduos de idade avançadas são menos responsivos aos recursos culturais, uma vez que sua plasticidade comportamental e sua resiliência biológica são menores. A maneira como sujeito estabelece equilíbrio entre limitações e potencialidades é que vem a ser determinantes para o desenvolvimento bem-sucedido. Tendo isso em conta, em todas as fases, o ser humano pode desenvolver habilidades que o auxiliem na sua capacidade adaptativa.

Apesar de destacar limitações inerentes a ontogenia, a abordagem central a este aspecto, tem se caracterizado por definir um desenvolvimento bem-sucedido com a maximização de ganhos e a minimização de perdas, levando em consideração a definição de ganhos e perdas individuais, de grupo e fatores culturais, denominando de “SOC – Seleção, Otimização e Compensação” o seu paradigma operacional (Baltes, 1997).

Essa abordagem propõe que não é possível que ocorra um desenvolvimento, sem que haja perdas, da mesma forma como determina que não há perdas sem ganhos. O que vem a ser determinado como perda, varia com a idade e engloba critérios objetivos, assim como subjetivos, sendo condicionada pela propensão do contexto teórico e cultural, bem como o tempo histórico, através de processos de seleção, otimização e compensação (Baltes, 1987).

Tendo em conta a amostra do presente estudo, enquadrada numa etapa caracterizada no ciclo do desenvolvimento humano como adultez emergente (Arnett, 2000), torna-se importante apresentar características pertinentes a esta fase nova e emergente de uma sociedade contemporânea, salientando fatores relevantes para o seu desenvolvimento.

2. O Adulto Emergente

Nas sociedades contemporâneas, diversas transformações em âmbitos sociais, políticos e económicos têm colaborado para alterações significativas no processo de transição para a idade adulta. Segundo Arnett (2000, 2014) e conforme refere Mendes (2016):

A existência de um mercado de trabalho cada vez mais complexo e competitivo tem conduzido a expectativas escolares, também, mais longas e a inserções laborais mais tardias e instáveis. Consequentemente, assiste-se a um prolongamento do período de dependência dos jovens em relação à família de origem. A emergência de novos valores na sociedade cria, também, condições para o aparecimento de projectos e estilos de vida alternativos que escapam à sequência normativa de passagem para a vida adulta. Deste modo, os acontecimentos sociais que, tradicionalmente, marcavam a entrada na idade adulta como a conclusão dos estudos, o ingresso no mundo do trabalho, a saída da casa dos pais, o casamento e a parentalidade assumem hoje contornos menos lineares, perdendo o seu valor legitimador do estatuto de adulto, especialmente junto de jovens com formação académica superior e de origem urbana. (p.3).

Assim, na medida em que tarefas desenvolvimentais inerentes ao adulto se tornaram mais complexas e exigentes do ponto de vista psicológico e social, foram sendo percebidas alterações no que se refere à transição da adolescência e entrada na “vida adulta” (Arnett, 2004; Garrido & Requera, 1996).

A grande maioria de jovens residentes em países industrializados percebem significativas alterações ao longo da adolescência, não só por se tratar de um período de grandes mudanças orgânicas, mas também de mudanças de pensamento e perspectivas antes não exploradas. Tais elementos ocorrem também aliados aos fatores políticos, sociais e económicos vivenciados. Durante esse período, estes jovens obtêm o nível de educação e formação que irá prevalecer como base para as suas realizações pessoais e objetivos profissionais ao longo do seu curso de vida (Erikson & Rindfuss, 1968, citado em Arnett, 2000).

As diversas alterações nos padrões sociais e culturais de países industrializados levam a que eventos, que durante um longo período marcaram a entrada na vida adulta, como a inserção no mercado de trabalho, casamento e saída da morada dos pais, sejam adiados. Levando em consideração tais mudanças, Jeffrey Arnett (1998, 2000, 2001, 2004) propôs a delimitação de uma nova fase no ciclo de vida dos indivíduos, a qual designou por *adulthood emergente*. Assim,

O autor define esta fase desenvolvimental como um período, mais ou menos extenso, entre o fim da adolescência e o início da idade adulta, situando-se, preferencialmente, entre os 18 e 29 anos, durante o qual os indivíduos já não são adolescentes, mas, ainda, não possuem as características normativas da idade adulta. O seu modelo de análise, desta etapa desenvolvimental, faz-se com recurso a três argumentos específicos – (1) de natureza demográfica, (2) identitária e (3) subjectiva. (Arnett (1998, 2000, 2001, 2004 cit. In. Mendes, 2016, p. 4).

O primeiro argumento apresentado pelo autor salienta que a terceira década da vida apresenta de significativa variabilidade demográfica, o que não pode ser visto antes dos 18 anos e que se anula a partir dos 30 anos. Essa variação demográfica é construída a partir de diversos aspectos que caracterizam esse período, como um grande índice de mudanças de morada, a experiência de passar por vários empregos, seja na mesma área ou vivenciando áreas de empregabilidade diversas, maior número de relacionamentos amorosos ou não, bem como outros aspectos de carácter exploratório e transitório. Esta variabilidade pode decorrer da autonomia e liberdade depositados no adulto emergente, resultado de menor controle parental e menor pressão social para tomada de decisões inerentes à idade adulta (Arnett, 2004).

Relativamente a este último aspeto, Côté (2000, 2006) diz que as sociedades modernas são caracterizadas pela ausência de normas, necessitando de suportes institucionais e de modelos eficientes para ajudar estes jovens na transição para a idade adulta. Desta forma, devido à grande variedade de possibilidades apresentadas a estes jovens, é possível se confrontar com um menor apoio externo, tornando-os cada vez mais dependentes de seus próprios recursos, que, por sua vez, podem não ser suficientemente eficazes para suas tomadas de decisões. Desta forma, a adulez emergente torna-se uma fase onde é preciso lidar com contradições, sendo, simultaneamente, um período de novas liberdades, de novos medos e novas frustrações (Arnett, 2004).

O segundo argumento apresentado por Arnett refere-se às explorações identitárias presentes nesta fase do desenvolvimento. Seguindo a perspectiva de Erikson (1968), sobre o desenvolvimento da identidade, Arnett (2000) salienta que o processo de exploração identitária iniciado na adolescência irá aumentar na adulez emergente, uma vez que os jovens detêm de um maior grau liberdade e autonomia. Essas explorações viriam a assumir também um carácter mais sério e menos transitório do que no período da adolescência.

Erikson (1968) já havia tomado conhecimento que factores sociais podem, excepcionalmente, prolongar o adiamento psicossocial para além da adolescência. Entretanto, cerca de cinquenta anos mais tarde, tal situação parece ter-se tornado comum para alguns jovens (Arnett, 2000; Côté, 2006). Dado que existe um atraso das

responsabilidades inerentes aos adultos, seguido de suporte financeiro dos pais, os jovens podem vivenciar uma exploração mais livre, percorrendo diversas áreas de actividades profissionais até encontrarem a sua vocação. Pode ocorrer, de facto, que existam alterações ou interrupções temporárias dos estudos, ou até mesmo mudança da área profissional em que se pensava seguir ou mesmo que já seguia. Com relação às relações amorosas, a experimentação de diferentes relacionamentos durante este período poderá permitir que os adultos emergentes respondam a questões identitárias como: “Quem sou eu? Que tipo de pessoa poderá constituir um/a bom/a companheiro/a para a vida?” (Arnett, 2000, p.473). Desta forma é possível obter experiências que poderão vir a auxiliar em nossas escolhas futuras, assim como a segurança ou não com que escolheremos nossos parceiros amorosos.

O último argumento apresentado por Arnett, a favor da conceptualização da adultez emergente como um período desenvolvimental distinto, envolve a percepção subjectiva do estatuto de adulto. Com efeito, Arnett (1998, 2000) verificou, após uma série de estudos realizados com estudantes nos Estados Unidos, que a maioria manifestava um sentimento ambivalente relativamente à percepção de si como adulto, isto é, não se sentiam nem totalmente adultos, nem totalmente adolescentes. Esta ambivalência tomava cada vez menos proporção, a medida em que os jovens se aproximavam dos 30 anos, passando a partir da terceira década de vida a se perceberem como adultos em sua totalidade. Segundo Sousa,

assim que o modelo tradicional de transição para a idade adulta com metas e objectivos definidos sequencialmente no tempo (e.g., arranjar um emprego, casar, ter filhos) dá lugar a percursos cada vez mais complexos, irregulares e imprevisíveis. Para além disso, na adultez emergente, enquanto espaço de moratória psicossocial, surgem experiências e tarefas tradicionalmente vistas como aspectos de iniciação na vida, mas que no entanto perdem o seu carácter firme e duradouro a favor de uma “nova ética de vida” orientada para desafios, flexibilidade e descoberta de diferentes possibilidades de ser adulto (Sousa.2005 cit. in Mendes, 2016, p.4).

Em síntese, toda a teoria da adultez emergente clarificada por Arnett se baseia na teoria no desenvolvimento identitário de Erikson, tomando em consideração todos os enfoques sociológicos que levam à inserção na idade adulta. “A adultez emergente é o resultado de forças culturais presentes em sociedades industrializadas e pós-industrializadas (Arnett,1997, 2000, 2001 cit. In Mendes, 2016, p.4), onde as mudanças ligadas ao individualismo levaram as práticas de socialização a serem efetivadas de forma mais flexível e alternativa. Desta forma, a complexidade dada às relações sociais levou ao adiamento de tarefas que antes eram comuns na entrada para a idade adulta.

3. A Satisfação com a Vida e o Bem-Estar Subjetivo e Psicológico

O Bem-Estar Subjetivo consiste num conceito multidimensional (Diener & Biswas-Diener, 2000; Diener, Sapyta, & Suh, 1998; Diener, Suh, & Oishi, 1997; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999) relativamente estável (Compton, 2005), que é constituído por duas dimensões, uma cognitiva (Satisfação com a Vida) e outra afetiva, dividida em dois fatores (Afeto Positivo e Afeto Negativo) (Diener & Biswas-Diener, 2000; Diener et al., 1997).

A Satisfação com a Vida é a maneira como o indivíduo se avalia perante os diversos domínios de sua vida, buscando compreender e se avaliar com relação, por exemplo, a raiva, amor e confiança. O Afeto Positivo se refere à experimentação de sentimentos e emoções positivas, podendo dividir-se em emoções específicas, como a alegria, o amor e o orgulho. Em contrapartida, o Afeto Negativo nos remete para a vivência de sentimentos e emoções negativas, como por exemplo culpa, tristeza, raiva e depressão (Diener et al., 1997).

Considerando essa perspectiva, o conceito de bem-estar subjetivo encontra-se diretamente relacionado com os conceitos de felicidade e qualidade de vida. Cabe ainda salientar que este conceito surgiu aquando de uma procura de indicadores específicos para medir a qualidade de vida. Embora ambos os constructos se refiram à satisfação de necessidades materiais, biológicas, psicológicas, sociais e culturais e exigências de um indivíduo que são pertinentes para a satisfação com a sua vida, quando é utilizado o termo bem-estar, trata-se dos estados experimentados imediatamente; em contrapartida, no termo qualidade de vida estão apresentadas condições mais complexas que permitam a satisfação com a vida, sendo de maior duração e perspectiva positiva (Zikmund, 2001; 2003).

Diener (1984) propõe três aspetos do Bem-Estar Subjetivo que é importante salientar: o primeiro é a subjetividade, nela o bem-estar reside no interior da vivência individual; o segundo entende que para se estabelecer um bem-estar não é necessário apenas a ausência de sentimentos negativos, mas também é preciso que haja a presença de emoções positivas; e o terceiro vem dizer que o bem-estar compreende uma medida global e não somente uma medida limitada de um determinado aspeto da vida.

Cada um destes aspectos deve ser entendido de forma isolada, embora se correlacionem consideravelmente (Galinha & Ribeiro, 2005).

Embora os estudos sobre bem-estar subjetivo tenham proliferado, na década de 1980 surgiu uma segunda perspectiva do bem-estar, que considera que o bem-estar não é apenas um resultado ou fim, mas sim um processo de realização do potencial de um indivíduo.

Denominado bem-estar psicológico, este conceito tem por base as teorias da psicologia desenvolvimental do adulto que sublinham o potencial do indivíduo para uma vida com sentido e autorrealização.

Keyes afirma que “o bem-estar psicológico pode ser operacionalizado em seis dimensões que se relacionam com diferentes desafios que o indivíduo encontra à medida que se esforça por funcionar de forma positiva” (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008). São elas:

- 1) auto aceitação - as pessoas tentam sentir-se bem consigo próprias mesmo estando cientes das suas limitações;
- 2) relações positivas com os outros - tentam desenvolver e manter relações interpessoais baseadas na confiança;
- 3) mestria do ambiente - tentam modelar o ambiente para ir ao encontro das suas necessidades e desejos;
- 4) autonomia - ao manterem a sua individualidade num contexto social mais abrangente, as pessoas procuram um sentido de autodeterminação e autoridade pessoal;
- 5) sentido para a vida - tentam encontrar um significado para os seus esforços e desafios;
- 6) crescimento pessoal - tentam tirar o maior proveito dos seus talentos e capacidades.

Um estudo de Keyes, Shmotkin e Ryff (2002) que recorreu a uma análise factorial confirma a hipótese de que bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico são dois factores correlacionados, ainda que cada um represente uma faceta distinta do bem-estar geral. São os factores fortemente existenciais do bem-estar psicológico, nomeadamente o sentido da vida e o crescimento pessoal, que mais o distinguem das avaliações afectivas e da satisfação com a vida do bem-estar subjetivo.

Em síntese, estas duas abordagens, embora se distingam nalgumas áreas e nos levem a levantar questões diferentes, posteriormente, tendem a complementar-se, oferecendo em conjunto, uma visão mais ampla do indivíduo, do contexto e dos elementos culturais que se relacionam com a natureza e promoção do bem-estar e, de uma forma mais generalizada, da saúde mental (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2001). Segundo Keyes (2006), a resposta positiva para o desenvolvimento das capacidades humanas não está simplesmente na promoção da felicidade humana (bem-estar subjetivo, incluindo a satisfação com a vida), mas também nos esforços concentrados para permitir às populações que desenvolvam plenamente as suas competências e alcancem o seu potencial bem-estar psicológico.

4. Inteligência Emocional

O estudo mais concreto e aprofundado da dimensão que hoje se chama Inteligência Emocional surgiu no início de 1990, embora o termo já tenha sido utilizado muito antes disso. No entanto, a popularização do tema surgiu em 1995, com a publicação de Goleman do seu livro “Emotional Intelligence”. Livro este que, para além da revisão de literatura já existente sobre o tema, acrescenta novas abordagens sobre as emoções e sobre o cérebro e refletiu igualmente sobre os comportamentos sociais, programas escolares com o objectivo de ajudar a criança a desenvolver todas as suas potencialidades baseadas no desenvolvimento das suas capacidades emocionais e sociais. Foi esta combinação de ciência e potencial humano que atraiu a atenção dos órgãos de imprensa, tendo o tema sido mundialmente discutido (Mayer, Salovey & Caruso, 2000a).

Os pioneiros do estudo de Inteligência Emocional foram Mayer e Salovey que em 1990, num artigo, apresentaram o seguinte sobre o conceito: “É uma espécie de inteligência social que envolve habilidade de monitorizar os seus sentimentos e emoções e dos outros, a capacidade de saber discriminá-las e de usar essa informação para guiar os seus pensamentos e ações”. No artigo denominado “Emotional Intelligence”, os autores propuseram uma definição e um modelo para a Inteligência Emocional e começaram nessa altura uma investigação para desenvolver medidas para avaliar a Inteligência Emocional e o seu grau de significância.

Matthews e Desmond (2002) salientaram que, para compreender a Inteligência Emocional, é imprescindível ter um claro conceito de emoção e entender a complexidade da multidimensionalidade da mesma (Strongman, 1998). As aptidões emocionais são essenciais nas interações sociais sempre as emoções sustentam funções comunicativas e sociais, sendo possuidores de conteúdos sobre os pensamentos e as maneiras de intenção interpessoal (Woyciekoski & Hutz, 2008). As emoções positivas estão associadas à sociabilidade (Argyle & Lu, 1990), já as emoções negativas nos afastam das relações sociais (e.g., Furr & Funder, 1998). Existe, então, a necessidade de processar a informação emocional e entender a sua dinâmica de forma inteligente, para que nós possamos, de maneira eficiente, nos inserir no meio social (Lopes et al., 2004).

Buscando compreender as relações entre a emoção e a cognição, cada vez mais o tema da inteligência emocional (IE) tem despertado o interesse da comunidade científica, nomeadamente na área da educação (Brackett, Lopes, Ivcevic, Mayer, & Salovey, 2004; Fernández Berrocal, & Ruiz, 2008; Hagelskamp, Brackett, Rivers, & Salovey, 2013;

Zinsser, Denham, Curby, & Shewark, 2015). A ideia de que as competências emocionais são cruciais para a adaptação em vários domínios da vida tem alimentado o interesse no conceito de IE e inspirado inúmeros programas de aprendizagem social e emocional em diversos contextos (Roberts, Zeidner, & Matthews, 2001).

Na atualidade, existem inúmeras definições que disputam com as já referidas. Porém, podemos para ser mais compreensível, dividir estas conceptualizações em dois modelos: os modelos de aptidões que, de modo simplificado, estabelece a Inteligência Emocional como sendo um conjunto de habilidades cognitivas no funcionamento emocional (Mayer e Salovey, 1997, citado por Goldenberg et al, 2006); e os modelos mistos que definem Inteligência Emocional como incluindo não só habilidades mentais, mas também posições e traços de personalidade e motivação (Branco, 2004). Este último modelo tem como principais autores Bar-on e Goleman. Neste sentido, serão apresentadas, de maneira mais complexa, as características de três modelos (um de aptidões e dois mistos) dos autores acima referidos.

4.1 O modelo de Mayer e Salovey

Anteriormente foi já mencionado o artigo “Emotional Intelligence”, sendo que nele os autores partilham uma revisão das áreas potencialmente importantes para a Inteligência Emocional. Nesse dado momento, num estudo demonstrativo, apresentaram um instrumento de medida de aptidões da Inteligência Emocional. (Salovey & Mayer, 1990; Mayer, Dipaolo & Salovey, 1990). A sua primeira definição de Inteligência Emocional foi compreendida como envolvendo processos mentais. Estes processos foram identificados e destacados, tais como: a) avaliação e expressão das emoções no self e nos outros; b) a regulação das emoções no self e nos outros; e c) uso das emoções de forma adaptativa. Os autores descrevem que, apesar destes processos serem comuns a todas as pessoas, eles podem sofrer alterações de pessoa para pessoa, dado que existem inúmeras diferenças individuais/subjectivas, como por exemplo na capacidade de entender e expressar emoções, ou seja, no estilo de processamento e de aptidão (Cf. Oliveira, 2008, p. 16).

Seguiremos referindo-nos aos conceitos dos componentes do modelo apresentado acima:

- Avaliação e expressão da emoção no self: O processo pressuposto à Inteligência Emocional inicia quando a informação emocional acessa o sistema perceptivo. A

Inteligência Emocional permite que seja feita uma avaliação e expressão de sentimentos e é esta avaliação que indica as várias experiências possíveis de emoções. Segundo os autores, uma maneira de aprender acerca das emoções, é falando claramente sobre elas. Esta aprendizagem social se relaciona com a capacidade de fazer uma introspecção, da qual podem resultar proposições coerentes. Uma das razões pela qual a avaliação e expressão de emoções foram negligenciadas como capacidade mental, se deu ao facto que esta, ocorre frequentemente a um nível não verbal. Muita da informação / comunicação emocional ocorre através de canais não verbais. Em síntese, a avaliação e expressão de emoções é uma parte da Inteligência Emocional porque aqueles indivíduos que respondem de maneira mais precisa e rápida nesta área, conseguem melhor perceber e responder adequadamente as suas próprias emoções, podendo também, exprimir-se de modo adequado. O que torna este processo fundamental para o funcionamento adequado num aspecto social.

- Avaliação e expressão da emoção nos outros: É dividido em percepção não verbal das emoções e na empatia. Na percepção não verbal das emoções é determinante que as pessoas possuam uma ampla capacidade perceptiva das emoções, não só deles próprios, como dos outros e assim garantem que exista uma cooperação interpessoal, estando atentos às emoções que podem ou não satisfatórias. O reconhecimento de emoções nos outros pode ser feito através das expressões faciais, postura, tom de voz, etc. Os autores definem empatia como a aptidão para compreender os sentimentos dos outros e reexperienciar esses sentimentos neles próprios, ou seja, aqui eles possuem a capacidade de sentir como determinado sujeito se sente numa dada circunstância. A empatia é vista de forma tão importante, que talvez, seja a característica central do comportamento emocionalmente inteligente, sendo responsável por grande parte motivacional de comportamentos altruístas. Como tal as pessoas que se possuem a habilidade de se identificar positivamente com outros, apresentam uma maior satisfação com a vida e baixo stress. Em resumo, os indivíduos que possuem estas capacidades, apresentam um melhor e mais preciso desempenho em suas respostas afectivas, assim como a dos outros, podendo então, escolher de maneira mais eficaz os comportamentos adequados socialmente. Pessoas empáticas, geralmente apresentam uma grande aceitação social e são especialmente sensíveis, uma vez que consegue se colocar no lugar do outro.

- Regulação da Emoção no Self: Alguns dos aspectos da regulação das emoções são automáticos, ou seja, ocorrem de forma consciente ou pré-consciente, ainda que existam algumas experiências do humor que sejam conscientes e abertas a questões. Pode-se

regular a emoção, por exemplo identificando a causa, e, se for positiva, repetir o que causou, ou se for desagradável, evitando-a, desta forma estaríamos condicionando a causa a uma emoção positiva ou negativa. Outro modo é por associação com outras pessoas. Isto é, se outra pessoa apresenta um ótimo desempenho e torna-se bem-sucedida em áreas que não nos ameaçam, geralmente resultará um sentimento positivo como alegria ou orgulho. No entanto, se esta mesma pessoa possui os mesmos resultados e torna-se bem-sucedida em uma área importante para nós e se nos associarmos com ela, isso resultará em estados afectivos negativos como por exemplo a inveja ou a decepção. Também pode-se regular a emoção e manter o humor positivo, procurando informações que ajudem à manutenção positiva de nós mesmos. Tesser (citado por Mayer & Salovey, 1990), define esse motivo como “manutenção da auto-avaliação”. Uma maneira de eliminar estados emocionais negativos pode ser por exemplo, ajudando outras pessoas. Isen (citado por Mayer & Salovey, 1990) sugeriu que o sujeito possui uma tendência para estender experiências consideradas prazerosas e de finalizar as que são negativas, usando a consciência para opor-se as associações automáticas que levam a emoções negativas.

- **Regulação da Emoção nos outros:** A Inteligência Emocional possui também, a capacidade de regular e alterar as reacções afectivas dos outros. Goffman (citado por Mayer & Salovey, 1990) sugeriu que os indivíduos podem se apresentar, como apresentar seus comportamentos para outras pessoas, de diversas maneiras, conseguindo manipular e guiaras impressões que as outras pessoas formam sobre eles. Em síntese, os indivíduos com esta capacidade, se tornam significativamente aptos em conseguir objetivos particulares, mesmo que manipulado de forma maliciosa.

Em 1997, os autores modificaram seu modelo, buscando clarificar sua construção, dividindo as aptidões em quatro ramos, que foram Interpretadas por Oliveira (2008, p.20), como:

- **1º Ramo/Percepção das emoções**– As capacidades mais básicas envolvem a percepção e a avaliação da emoção e incluem a identificação e expressão dos seus estados psíquicos, sentimentos e pensamentos e identificação e decifração das mensagens emocionais dos outros à medida que vão sendo expressas através das expressões faciais linguagem (tom de voz), postura, objectos de arte e outros artefactos culturais (Mayer, Salovey & Caruso, 2000b). As expressões faciais como felicidade, tristeza, fúria e medo são reconhecidas universalmente no ser humano (Mayer & Salovey, 1997) e, desde cedo, as crianças têm contacto e aprendem sobre isso (Mayer, Salovey e Caruso, 2000a).

- 2º Ramo/Facilitação do pensamento – Assimilação da experiência emocional na cognição, isto é, ter a aptidão de reconhecer que as emoções têm a capacidade de direcionar o pensamento de modo produtivo e para as prioridades e que estes apoiam o discernimento e a memória (Mayer, Salovey & Caruso, 2000b). A facilitação das emoções no pensamento foca essencialmente em como as emoções entram e guiam o sistema cognitivo e alteram a cognição para assistir o pensamento (Mayer e Salovey 1997).
- 3º Ramo/Reconhecer as emoções – Reconhecimento, compreensão e raciocínio acerca das emoções relevantes, que inclui a aptidão para identificar as emoções sejam elas complexas ou até simultâneas e a aptidão para compreender as relações associadas a mudanças de emoções. Como Mayer et al (2000b) referem, quem for capaz de compreender as emoções o seu significado, como elas se misturam, e como progridem com o tempo, é capaz de compreender as verdades fundamentais da natureza humana e das relações interindividuais.
- 4º Ramo/Gestão das emoções – Regulação adaptativa das emoções em si próprio e nos outros e exige a aptidão para estar aberto aos sentimentos e para monitorizar e regular as emoções para promover um crescimento emocional e intelectual.

Considerando o modelo apresentado, é possível perceber a importância da gestão das emoções, bem como entender o porquê de ela começar por sua percepção. É necessário primeiramente compreender suas emoções, perceber suas características, observar como se dão as mudanças de humor, procurando compreender aspectos que ajudem à manutenção positiva de nós mesmos.

Apenas com uma eficiente percepção das emoções é possível gerir e controlar nossos sentimentos, assim como determinados comportamentos e impulsos, que são relevantes não só para si, mas para todo um positivo convívio social.

É na gestão das emoções que é permitido ao indivíduo determinar a melhor maneira de se apresentar em todas as áreas, podendo harmonizar diversas emoções em diferentes situações (Mayer et al 2000b).

Segundo Mayer et al (2000a), o modelo de aptidão de inteligência emocional consegue prever acerca das estruturas específicas da inteligência, e entender como estas podem levar a implicações na vida do indivíduo. Segundo este modelo, os indivíduos emocionalmente inteligentes, possuem uma maior probabilidade de: a) terem vivido num lar em que os pais foram emocionalmente sensíveis, b) não se apresentarem sempre na defensiva, c) serem resilientes, d) identificar seus aspectos emocionais, e) serem capazes de comunicar e discutir sobre sentimentos e emoções e f) desenvolver um conhecimento

aprofundado, numa área emocional qualquer.

4.2 O modelo de Goleman

Daniel Goleman é psicólogo, escritor e doutorado pela universidade de Harvard, nos Estados Unidos. O especialista ficou mundialmente conhecido após elaborar o conceito de inteligência emocional, com seu livro “Emotional Intelligence”, sendo também responsável pela criação de um modelo que permitiu clarificar este conceito. Na década de 90, os avanços em pesquisas neurológicas permitiram verificar como o cérebro funciona enquanto pensamos, sentimos, reagimos, imaginamos, etc. O seu trabalho teve então enorme contribuição das áreas neurológicas, tornando possível e cada vez mais evidenciado através de pesquisas e estudos, a sua fundamentação. Em seu modelo, Goleman (1995) traz o conceito de inteligência como sendo um conjunto de cinco habilidades, sendo elas: Autoconhecimento emocional, controle emocional, automotivação, reconhecimento das emoções nos outros, e relacionamentos interpessoais. Segundo o autor, estas habilidades deveriam ser desenvolvidas a partir da infância, para que assim, as crianças, sejam capazes de alcançar o seu potencial intelectual, independentemente da genética.

O autor aqui apresentado, faz uso de um modelo misto, uma vez que combina os traços de personalidade em conjunto com as habilidades mentais. Serão apresentadas, a seguir, características detalhadas das cinco habilidades já mencionadas (Cf. Oliveira, 2008, p. 20).

1. Autoconhecimento emocional: Trata-se da capacidade de reconhecer as próprias emoções e sentimentos, sendo a o alicerce básico da inteligência emocional. Esta habilidade compreende reconhecer e monitorar os sentimentos e emoções constantemente. No capítulo referente ao Autoconhecimento emocional, Goleman analisa o exemplo de um indivíduo cujo nome Gary, que sofria de alexitimia que tem na sua etimologia uma explicação: “a” – falta de “lexis” – palavra e “tymos” - emoção. Ou seja, Gary não conseguir exprimir em palavras aquilo que sentia. Indivíduos que não desenvolvem esta habilidade, estão sujeitos a encontrar uma maior dificuldade também para diferenciar as emoções, das sensações corporais. Em síntese, podemos concluir que a ausência ou déficit desta capacidade, pode levar a grandes prejuízos, uma vez que a tomada de decisão estará comprometida, levando em consideração a falta de consciência dos sentimentos.

2. Controle emocional: Esta habilidade está diretamente relacionada a capacidade do indivíduo em conseguir elaborar o controle de suas emoções. Não se trata apenas de conseguir eliminar emoções ruins, afinal, estas possuem grande valor, e vem sempre acompanhada de um significado importante. O objetivo está em controlar suas emoções de forma a ascender a emoção mais adequada a determinada situação. Para um controle emocional ser eficaz, o indivíduo precisa demonstrar a capacidade de acalmar a si próprio. Bowlby e Winnicott (citados por Goleman, 1995) acreditam que esta capacidade é um importante instrumento psíquico, uma vez que se torna possível diminuir / acalmar estados de raiva e fúria. Goleman ao aprofundar-se neste conceito, prossegue estudos e apresenta em capítulos subsequentes, temas como a ira, ansiedade, depressão e melancolia, e como estas estão diretamente ligadas a habilidade supramencionada.

3. Automotivação: Esta habilidade, refere-se à capacidade de direcionar as emoções em serviço de um objetivo ou realização pessoal, ou seja, se nos deixarmos levar pela ansiedade e pelas frustrações, dificilmente conseguiremos concentração suficiente para realizar a tarefa que estamos executando. Também vale salientar que se estivermos motivados, encontraremos mais facilmente, prazer e entusiasmo na tarefa a ser executada, e não perderemos a calma no período de espera por determinada gratificação. Goleman, em um dos seus estudos, realizou uma experiência feita com crianças, onde era dito para estas, que se conseguissem esperar até o examinador terminar uma tarefa e retornar à sala para perto deles, poderiam comer dois rebuçados, que estavam sempre a seu alcance, porém se não conseguissem esperar, poderiam comer apenas o rebuçado que fora deixado à vista deles. Este estudo revelou que os que as crianças que conseguiam esperar até que o examinador retornasse, tornaram-se pessoas mais competentes socialmente, mais eficientes pessoalmente, mais afirmativos, mais capazes de fazer frente às dificuldades e frustrações da vida, eram mais seguros confiantes e dignos de confiança por parte dos outros. Já as crianças que não foram capazes de esperar, e comeram o rebuçado durante a ausência do examinador, revelaram possuir menos destas características, eram mais teimosos, indecisos, facilmente derrubados pelas vicissitudes da vida, etc. Também foi possível compreender, através desta experiência, que o teste do adiamento da recompensa é duas vezes mais eficaz que o Q.I a prever as pontuações nos testes SAT. Segundo Goleman,

também faz parte da automotivação, a capacidade de se entrar no estado de fluxo. Goleman define este estado como sendo uma alegria espontânea, um êxtase. É um estado em que as pessoas ficam completamente envolvidas no que estão a fazer e

dão à tarefa uma atenção indivisa em que a consciência se funde completamente com as acções. Perdem a consciência de si mesmo. Para se entrar no estado de fluxo, a tarefa a realizar não pode ser demasiado fácil, senão aborrece os indivíduos, nem muito exigente senão faz com que estes desistam devido à ansiedade inerente. A tarefa tem de ser então desafiante, sendo mais exigente que o habitual, mas não em demasia. No fluxo as emoções são positivas, enérgicas e focadas para a tarefa em mão. O autor diz ainda que, ser capaz de entrar no estado de fluxo é a Inteligência Emocional no seu melhor porque significa ser capaz de dominar as emoções e pô-las ao serviço da aprendizagem (Goleman, 1995 Cit. In Oliveira, 2008, p 24).

4. Reconhecimento das emoções nos outros: Segundo o autor deste modelo, para reconhecer o sentimento de outras pessoas, é imprescindível possuir uma consciência empática, ou seja, ter a capacidade para sentir o que sentiria uma outra pessoa caso estivesse na mesma situação vivenciada por ela. Consiste em tentar compreender sentimentos e emoções, procurando experimentar de forma objetiva e racional o que sente outro indivíduo. Segundo Goleman, esta habilidade nasce do autoconhecimento emocional, pois, quanto mais aberto estivermos em relação às nossas emoções, mais capazes seremos de compreender os sentimentos dos outros. Para que a empatia se torne eficaz, é necessário compreender e analisar os sinais não verbais. As raízes da empatia parecem remeter para a primeira infância, onde é necessário que haja uma sintonia entre o bebe e a mãe, isso (Stern, citado por Goleman, 1995) não se trata da imitação dos sentimentos do bebe, mas antes, uma reprodução diferente dos estados íntimos deste, para que o bebe perceba que foi compreendido e que a mãe foi capaz de responder correctamente as suas necessidades.

5. Relacionamentos interpessoais: A habilidade aqui apresentada, engloba a capacidade de gerir as emoções nos outros, e para isso é necessário desenvolver outras competências como o auto controle e a empatia. Se a pessoa for empática, por exemplo, pode haver compartilhamento e compreensão das emoções dos outros. O relacionamento social se dá em sua maioria, pela capacidade de interação, e esta é a base de sustentação da popularidade, da liderança e da eficiência interpessoal.

Em síntese, neste modelo, o autor elabora sua perspectiva, levando em consideração que todos os indivíduos são capazes de melhorar e desenvolver qualquer uma das habilidades destacadas, podendo ser desenvolvida, treinada e aprimorada com a compreensão e construção de novos hábitos, novos pensamentos e comportamentos

4.3 O modelo de Bar-On

O modelo de Bar-on (1997, cit. In. Bar-on, 2006) foi elaborado levando em consideração os trabalhos de Darwin sobre a expressão das emoções para sobrevivência e adaptação. Outro autor que veio a influenciar este modelo, foi Thorndike, que elaborou o modelo da inteligência social, bem como as observações de Wechsler do impacto dos factores não cognitivos e motivacionais do que o autor refere de “comportamento inteligente” (cit. In Mendes, 2016).

De acordo com o modelo criado por Bar-on, a inteligência emocional é um conjunto de capacidades não cognitivas, conhecimentos, competências emocionais e sociais relacionadas entre si, será a o fator virá a determinar a forma como os indivíduos se entendem e se expressam, assim como compreendem os outros e se relacionam uns com os outros. Também busca salientar a maneira como estes indivíduos lidam com as exigências e pressão cotidiana para serem bem-sucedidos (Zakkariya, 2008).

Dos estudos elaborados por Darwin até a actualidade, é possível verificar que as definições utilizadas para caracterização da Inteligência Emocional Social engloba um ou mais dos seguintes aspectos: a) Competência para reconhecer, compreender e expressar emoções e sentimentos, b) Capacidade para compreender como os outros se sentem e relacionarmo-nos com eles c) Capacidade para gerir e controlar emoções, d) Capacidade para gerir mudanças, adaptar-se e resolver problemas de natureza intraindividuais ou Inter – individuais, e) Capacidade de gerar afecto positivo e auto-motivação.(Bar-on, 2006 cit. in Mendes, 2016).

De acordo com este modelo, a Inteligência Emocional Social (Bar-on, 2006 cit. In Oliveira, 2008, p.20) é uma

“parte da correlação entre competências emocionais e sociais, capacidades e facilitadores que determinam quão eficazmente compreendemo-nos e expressamo-nos, compreendemos as emoções, sentimentos e necessidades dos outros e relacionamo-nos com eles e lidamos realística e flexívelmente às exigências diárias, bem como para estabelecer e manter relações cooperativas, construtivas e mutuamente satisfatórias com os outros.”

Segundo o autor, as competências presentes neste modelo, já antes mencionadas são divididas m cinco habilidades, são elas:

1. Competências intrapessoais, que incluem a auto-consciência das emoções, segurança, auto-confiança, auto-realização e independência.
2. Competências interpessoais: relações interpessoais, responsabilidade social e empatia.
3. Adaptabilidade: resolução de problemas, teste da realidade e Flexibilidade.
4. Gestão do stress: tolerância ao stress e controle dos impulsos.
5. Humor geral: Felicidade e optimismo.

5. Saúde Mental

Durante muito tempo, foi considerado que a saúde e o bem-estar estavam relacionados com a ausência de doença (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2011; Keyes, 2007; Ryan, Huta & Deci, 2008) e que não era possível elaborar uma definição precisa e mensurável da saúde mental (Keyes, 2007). Esta barreira foi ultrapassada com a contribuição da Psicologia Positiva (Matos et al, 2010; Ruini & Fava, 2013), assim como das pesquisas em neurociências.

O conceito de saúde mental teve origem na psiquiatria, no início do século XVIII. Neste dado momento da história, os indivíduos eram apenas considerados doentes mentais ou mentalmente saudáveis. Esta posição se apoiava no pressuposto de que as avaliações no âmbito das doenças mentais e da saúde mental consistiam numa dimensão bipolar única (Keyes, 2005; Keyes & Shapiro, 2004 Cit. In. Monte, 2014).

Desta forma, o conceito de saúde mental era caracterizado numa psicopatológica, inerente a medicina, onde a avaliação psicológica consistia principalmente na identificação de indivíduos funcionais e indivíduos disfuncionais (Pais-Ribeiro, 2001).

Com o avanço dos estudos e a visível necessidade em elaborar medidas de prevenção de doenças, assim como de promoção da saúde, foi crescente o interesse para o desenvolvimento de que tornasse possível diferenciar o nível de saúde mental dos sujeitos, ao invés de apenas avaliar a presença ou a ausência de uma psicopatologia (Pais-Ribeiro, 2001).

Deste modo, devido à crescente investigação na área da saúde mental, é agora destacado que ela pode não só incluir a ausência de doença mental, mas também a presença de algo positivo, denominado de saúde mental positiva (Keyes, 2002; 2004; 2005; 2006a; 2007; Keyes, Dhingra & Simoes, 2010; Keyes & Shapiro, 2004; Pais-Ribeiro, 2001).

Assim, são diversos os autores definem a saúde mental positiva como uma síndrome de sintomas de sentimentos positivos e funcionamento positivo, operacionalizada através de medidas de bem-estar, no qual o indivíduo executa as suas próprias capacidades, lida com o stress cotidiano, trabalha de forma produtiva (Keyes, 2002; 2005; 2007; Keyes & Shapiro, 2004) e frutífera (WHO, 2005), estabelece relações positivas com outros indivíduos (Keyes, 2002; 2005; 2007; Keyes & Shapiro, 2004) e é capaz de contribuir consigo ou com a sua comunidade (WHO, 2005) (Cit. In. Monte, 2014, p.4).

Actualmente, a definição de Saúde Mental, proposta pela Organização Mundial de Saúde, define que a saúde mental não é apenas a ausência de doença mental, sendo compreendida como um estado de bem-estar geral, onde a pessoa tem consciência do seu próprio potencial, lidando naturalmente com acontecimentos indutores de stress do cotidiano, sendo capaz de trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua comunidade (Figueira et al., 2014 cit. In. Prior, 2017, p. 12).

5.1 Evolução do conceito de saúde mental

Desde o início da humanidade, a saúde e a doença estão presentes em nossas vidas, mas da mesma forma como evoluiu o homem, também se evoluíram os conceitos de saúde, que possui significativa variação consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico, clarificando a diversidade e variabilidade inerentes à experiência humana, tornando-se, por esse motivo, difícil de delimitar (Pais Ribeiro, 1994).

Interpretado por Santos: “a primeira revolução da saúde caracterizou-se pela aplicação do modelo biomédico, na prevenção das doenças, tendo tido bastante sucesso e conduzido posteriormente ao aparecimento das medidas de saúde pública. Contudo, no século XX há uma crescente consciência de que os comportamentos podem contribuir significativamente para o aparecimento de doenças, pelo que o foco passou das doenças para a promoção da saúde, tendo dado origem à segunda revolução da saúde. É neste contexto que surge a insatisfação pelo modelo biomédico e a necessidade de criação de um modelo alternativo, o modelo biopsicossocial, que tem dois princípios: o diagnóstico deverá ter em conta a interação de factores biológicos, psicológicos e sociais; os tratamentos interagem uns com os outros, assim como o indivíduo com o seu meio ambiente” (Santos, 2011, p.36).

Pais Ribeiro sintetiza estas transformações afirmando que “o modelo biomédico se centrou na doença, a primeira revolução da saúde se centrou na prevenção das doenças, e que a segunda revolução da saúde se centrou na saúde” (Pai Ribeiro, 2007, p.56).

O modelo biomédico foi utilizado durante um longo período, definindo a saúde mental no âmbito da patologia. Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborou, na Conferência Internacional de Saúde em Nova Iorque, uma inovadora

definição de saúde, se baseando agora, no modelo biopsicossocial, que perdura até aos dias de hoje. Desta forma, a saúde foi então definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade (World Health Organization [WHO], 1946). Segundo esta definição, a saúde mental é parte integrante da saúde e esta não existe sem aquela (Prince et al., 2007 cit. In Santos, 2011, p.37).

É verdade que definir e operacionalizar a saúde mental de forma positiva são tarefas desafiadoras.

Por isso, Vaillant (2003) afirma que “antes de qualquer tentativa nesse sentido, é essencial ter em consideração vários aspectos. Em primeiro lugar, é necessário ter em conta que o valor médio, ou o centro de uma distribuição normal, pode não ser sinónimo de saudável. Depois, o que é considerado saudável, por vezes depende da geografia, cultura, e momento histórico. Em terceiro lugar, é necessário esclarecer o que está em causa quando se fala de saúde: um estado ou um traço? Por fim, convém estar atento ao perigo da contaminação de valores, ou seja, por um lado deve atender-se à diversidade antropológica de comportamentos ao longo das várias culturas, contudo, ao mesmo tempo, deve ter-se em mente que nem todos os comportamentos possíveis ou aceitáveis, são os desejáveis, devendo, por isso, prevalecer o bom senso.” (Vaillant, 2003 cit. In Santos, 2011, p.38)

Partindo de uma perspectiva positiva, a saúde mental ganha uma definição que engloba diversas competências, como a resolução de problemas, o relacionamento interpessoal ou a autonomia, o que pode de alguma forma torná-la o reducionista e não se compatibilizando com uma visão holística (Secker, 1998).

No que respeita a pesquisas que buscam estabelecer medidas de bem-estar subjectivo, definidas como indicadores de saúde mental, estas são factorialmente distintas, mas se correlacionam com as medidas de sintomas de psicopatologias. Uma análise factorial confirmatória de uma amostra de mais de 3000 sujeitos americanos, demonstrou precisamente que os factores latentes da saúde mental e da doença mental se correlacionam a 0.53, indicando que apenas um quarto da variância entre as medidas de saúde e doença mental são partilhadas (Keyes, 2005 cit. In Santos, 2011, p 61).

Pode-se também evidenciar que existe uma associação entre os dois construtos, registando-se um aumento da prevalência de doença mental à medida que o nível de saúde mental diminui, este aspecto foi verificado numa investigação em que se analisou a relação entre saúde mental e psicopatologia (episódio depressivo major, distúrbio de pânico, ansiedade generalizada e dependência do álcool) (Keyes, 2005). Tais dados nos levam a concluir que dificilmente um indivíduo satisfeito com a sua vida, apresentará simultaneamente, em um quadro de depressão (Headey, Kelley, & Wearing, 1993).

Desta forma, avaliar apenas a psicopatologia, isoladamente, pode levar a uma sub ou sobre estimacão do funcionamento de demasiados componentes cognitivos. Por exemplo, um Bom desempenho acadmico, relaoes interpessoais positivas e boa saúde física não são suficientes para garantir uma boa saúde mental, e vice-versa. Em síntese, a saúde mental implica a presença de bem-estar, mas não se reduz a ele, devendo ser efectivamente encarada como um estado completo (Keyes, 2005, 2006).

5.1.2 Depressão

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

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

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

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

Importante será referir que na medicina permanece alguma dificuldade em realizar o

diagnóstico de depressão, uma vez que os indivíduos, muitas vezes, se focam nos sintomas físicos, ignorando os sintomas afetivos e cognitivos (Gonçalves & Fagulha, 2004).

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

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

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

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

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

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

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

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

2009, citados por Panobianco et al., 2012; WHO, 2012), diminuição da capacidade de pensamento e concentração (APA, 2002; WHO, 2012), alterações psicomotoras e pensamentos suicidas (APA, 2002; Santos et al., 2009, citados por Panobianco et al., 2012).

A perturbação Depressiva Mayor representa a categoria clássica desse grupo de transtornos. Esta perturbação apresenta episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração, apesar de alguns episódios se apresentarem em um tempo significativamente maior, envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões Inter episódicas. É possível realizar o diagnóstico baseado em um único episódio, embora o transtorno seja regular na maioria dos casos. É dada uma atenção especial a alteração nos níveis de tristeza e do luto, consideradas normais em relação a um episódio depressivo Mayor. O luto pode levar a grande sofrimento, contudo não costuma provocar um episódio de perturbação depressiva Mayor. A depressão quando relacionada ao luto recorrentemente ocorre em indivíduos que apresentam outras vulnerabilidades relacionadas a transtornos depressivos, sendo sua recuperação facilitada pelo tratamento com antidepressivos (DSM-V, 2014).

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

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

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

O grau de severidade diagnóstico para a perturbação Depressiva Mayor está baseado em se este é um episódio isolado ou contínuo, a gravidade atual e a presença de características psicóticas. Sendo que a gravidade relatada e as características psicóticas são indicadas somente se todos os critérios indicarem para um episódio depressivo Mayor (DSM-IV, 2002).

A perturbação em estudo evolui num contínuo que vai desde as flutuações do humor até aos sintomas depressivos e pode encontrar-se associada a fatores biológicos (Matos et al., 2006), psicológicos (Maurício, 2010; Teodoro, 2010), sociais (Maurício 2010; Oliveira et al., 2006; Teodoro, 2010), espirituais (Teodoro, 2010), socioeconómicos (Paradela, Lourenço & Veras, 2005) e sociodemográficos como a idade, estado civil e classe social (Oliveira et al., 2006).

Os sintomas presentes para elaboração de um diagnóstico de perturbação depressiva Mayor devem se apresentar na maior parte todos os dias, em um período de pelo menos duas semanas, apresentando um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, para serem então, considerados presentes, com exceção de alteração do peso e ideação suicida. Insônia ou fadiga frequentemente são a queixa central apresentada, e a falha em detectar sintomas depressivos associados poderá resultar em subdiagnóstico. A tristeza pode ser negada inicialmente, mas pode ser revelada por meio de entrevista ou inferida pela expressão facial e por atitudes (DSM-V, 2014).

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

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

Estudos nesta área demonstram o aumento dos casos de depressão, nas diversas faixas etárias (Oliveira et al., 2006; Teodoro, 2010). Nierenberg e colaboradores (2003, citados por Monteiro, 2012), ao estudarem a prevalência da depressão, ao longo de doze meses, nos EUA, verificaram que esta afetava 10.3% dos indivíduos, com uma prevalência ao longo da vida de 17.1%. Estes resultados corroboram a informação de que ao longo do ciclo vital, cerca de 1 em 5 mulheres e 1 em cada 10 homens, experienciarão um episódio depressivo. Atualmente, espera-se que o número de indivíduos com perturbação mental aumente com o avançar da idade, o que agrava os problemas e desequilíbrios sociais (WHO, 2003).

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

Olfson e colaboradores (2000), ao avaliarem a prevalência das perturbações de ansiedade, depressão e dependência de substâncias, verificaram que a Depressão Major é a que apresenta maior prevalência, seguindo-se a perturbação da ansiedade generalizada, principalmente em mulheres, hispânicos, indivíduos separados e divorciados, bem como indivíduos com percepção negativa da sua saúde. Estes dados são corroborados por Weissman (2009) e Neria, Besser, Kiper & Westphal (2010), que também verificaram uma alta prevalência desta perturbação na comunidade, em especial no sexo feminino. Weissman (2009) e Oliveira e Pereira (2012) ainda verificaram uma alta comorbidade entre esta perturbação e as perturbações de ansiedade.

Embora os estudos tenham encontrado na epidemiologia da perturbação depressiva mayor, uma prevalência superior no sexo feminino, não existem diferenças claras entre os gêneros em sintomas, curso, resposta ao tratamento ou consequências funcionais. Sendo que nas mulheres, o risco de tentativas de suicídio é mais alto, e o risco de suicídio completo, mais baixo (DSM-V, 2014).

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

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

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

Embora esta patologia afete pessoas de todas as idades e estratos sociais, deve dar-se particular atenção os jovens adultos, pois entre os 18 e os 25 anos, a incidência e prevalência cumulativas de distúrbios depressivos são mais elevadas do que em qualquer outro grupo etário (Blazer & Kessler, 1994; Kessler & Walters, 1998).

A depressão nos jovens adultos resulta da interacção de um vasto leque de factores biológicos, psicossociais e sociais. Por um lado, os dados disponíveis apontam para a existência de factores biológicos de vulnerabilidade, nomeadamente genéticos ou hereditários (Levinson, 2006) e neuroquímicos, ou seja, alterações em neurotransmissores, mais especificamente no funcionamento de serotonina, norepinefrina e dopamina (Baldwin & Birtwistle, 2002).

Entre os jovens adultos, os estudantes universitários apresentam um risco acrescido de desenvolver psicopatologia, pois para além de se situarem nessa fase desenvolvimental de transição entre a adolescência e a idade adulta (Arnett, 2000), têm que lidar com os desafios inerentes à frequência do ensino superior, tais como a mudança de casa, de colegas e círculo de amigos, ou o confronto com novos métodos de ensino e aprendizagem, que exigem capacidade de adaptação (Dyson, & Renk, 2006).

Segundo Teodoro (2010), 80% dos indivíduos com depressão apresentam ideação suicida, sendo que cerca de 10% a 15% concretizam tais ideias. O sexo feminino apresenta maiores índices de tentativas de suicídio, enquanto o sexo masculino apresenta maior êxito, uma vez que utilizam métodos mais violentos do que as mulheres. Com o avançar da idade, os índices de suicídio tendem a aumentar.

A possibilidade de comportamento suicida está presente permanentemente durante os episódios depressivos maiores. Apesar da grande consistência em tentativas ou ameaças de suicídio, a sua maioria não é completada. Outras características associadas a risco aumentado de suicídio completado, conforme mencionado anteriormente, incluem sexo masculino, ser solteiro ou viver sozinho e ter sentimentos proeminentes de desesperança. A

presença de transtorno da personalidade borderline pode aumentar sensivelmente o risco de tentativas de suicídio futuras (DSM-V, 2014).

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

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

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

5.1.3 Ansiedade

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

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

Portanto, a ansiedade faz parte do sistema de alarme, consistindo numa resposta natural e adaptativa a ameaças reais ou imaginárias, preparando o organismo para reagir numa situação de perigo (Bauer, 2004; Fava et al., 2009; Lemos, 2001; Oliveira, Santos, Cruvinel & Neri, 2006; Ritter, 1990; Torpy, 2011). Esta resposta do corpo ao estímulo interpretado como perigoso é designada de luta ou fuga (Torpy, 2011). Para além disso, a ansiedade é necessária para impulsionar a realização de atividades de vida diária (Pereira, 1999). Portanto, os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de

desenvolvimento.

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

Segundo o DSM-V (2014), são características que evidenciam para um diagnóstico de transtorno de ansiedade:

características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os ataques de pânico se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo. Não estão limitados aos transtornos de ansiedade e também podem ser vistos em outros transtornos mentais. Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada. Assim, embora os transtornos de ansiedade tendam a ser altamente comórbidos entre si, podem ser diferenciados pelo exame detalhado dos tipos de situações que são temidos ou evitados e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associadas (DSM-V, 2014).

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

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

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

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

distração (Holmes, 2001).

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

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

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

Cabe sessaltar que cada transtorno de ansiedade é diagnosticado somente quando estes sintomas supramencionados não são consequência dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância química, de um medicamento, ou também, quando apresenta alguma condição médica adversa.

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

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

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

Para além destes fatores, acontecimentos de vida negativos na infância despoletam vulnerabilidade neurobiológica que desencadeia uma predisposição para perturbações do

humor e perturbações de ansiedade na adultez (WHO, 2004). Deste modo, Walkup e Albano (2011) defendem que os sintomas de ansiedade se manifestam na infância, prolongando-se até a vida adulta.

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

No que respeita à comorbidade das perturbações de ansiedade com a depressão, Manfro e colaboradores (2002), sugerem que a ansiedade pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de depressão. Quanto à comorbidade com as perturbações de dependência de substâncias, a ansiedade pode (Marmorstein, 2012; Lopez et al., 2005), ou não, prever o desenvolvimento de tais perturbações, dependendo da perturbação de ansiedade específica (Marmorstein, 2012). Deste modo, nos casos em que a ansiedade Co ocorre com outra patologia observa-se maior gravidade e pior prognóstico (Issler, Sant'Anna, Kapczinski & Lafer, 2004).

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

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

Esta perturbação é marcada por preocupação excessiva (Lee, Ma & Tsang, 2011; Torpy, 2011), difícil de controlar (Lenze et al., 2009; Torpy, 2011), em diversos domínios

da vida do sujeito, nomeadamente família, saúde, escola ou trabalho, finanças, relações interpessoais e preocupação sem motivo (Lee et al., 2011). Esta preocupação deve estar presente, pelo menos, durante seis meses, para que a mesma possa ser diagnosticada (APA, 2002; Torpy, 2011). A Perturbação da Ansiedade Generalizada também pode apresentar como sintomas, alguns tremores, contrações, abalos e dores musculares, nervosismo ou irritabilidade associados a tensão muscular. Muitos indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada também experimentam sintomas somáticos como sudorese, náuseas e diarreia (DSM-V, 2014).

Em suma, a ansiedade apresenta uma alta prevalência na população em geral (Buttorff et al., 2012; Fava et al., 2009; Menezes et al., 2007; Munaretti & Terra, 2007; Kessler, 2004; WHO, 2004; 2008; WHO & Wonca, 2008), causando mal-estar (Johansen, 2013; Pereira, 1999; Torpy, 2011) e interferindo no funcionamento individual dos sujeitos (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000; Menezes et al., 2007; Pereira, 1999).

Contudo, esta não é a única problemática que interfere no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos, pois o stress, considerado a epidemia da atualidade (Callegari, 2000), também induz tais consequências no bem-estar (França & Rodrigues, 2005; Pinto & Silva, 2005; Stracciarini & Trócoli, 2001), o que salienta a importância do estudo do mesmo. Assim, posteriormente esta problemática será conceptualizada, de forma a aprimorar a compreensão e influência da mesma na saúde.

5.14 Stress

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

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

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

Contudo, o stress deve ser considerado uma resposta necessária e adaptativa para a

sobrevivência do ser humano, tornando-se problemático quando ultrapassa os seus limites (Abbott, 2012; França & Rodrigues, 2005; Pinto & Silva, 2005; Serra, 2007).

Assim, o stress é caracterizado como uma resposta positiva, ou seja, quando consiste numa resposta construtiva a eventos stressores (Hargrove, Nelson & Cooper, 2013), melhorando o bem-estar (Kung & Chan, 2014), através da sensação de realização e satisfação das necessidades decorrentes do esforço de adaptação (França & Rodrigues, 2005). Por outro lado, esta resposta é considerada negativa quando a resposta aos eventos stressores diminui o bem-estar (Kung & Chan, 2014).

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

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

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

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

Estas situações podem ser classificadas como ameaça, dano ou desafio, de acordo com a natureza temporal das mesmas (Lazarus & Folkman, 1984). A ameaça diz respeito a uma situação que ainda não surgiu, mas que, antecipadamente, provoca stress. O dano

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

As quatro fases referentes ao stress são: – alarme, resistência quase exaustão e exaustão. Na fase de alarme, o sistema nervoso central percebe a situação e prepara o organismo para que este possa se defender. Quando o stressor perdura por um período prolongado, levando a um aumento da capacidade de resistência do organismo, ocorre então a fase de resistência. Quando a situação persiste, a capacidade de resistência diminuiu, o organismo passa para a fase de quase exaustão. Nesta fase do stress, a tentativa de resistência realizada na segunda fase já é praticamente ineficaz e as defesas do organismo começam a falhar. Em alguns momentos, o corpo ainda consegue resistir, por isso é comum que o indivíduo apresente variações de humor, alternando entre momentos de bem-estar e momentos de cansaço e ansiedade, dando início a última fase, a fase de exaustão. Nesta fase os sintomas presentes na fase de quase exaustão reaparecem mais incorporados, acompanhados de outros sintomas tornando o indivíduo mais vulnerável a outras patologias, passando a apresentar uma incapacidade de adaptação do organismo ao estímulo stressor, o indivíduo já não consegue se manter física e psicologicamente bem para realizar suas atividades cotidianas, levando a uma quebra da homeostasia e ao desenvolvimento de diversas patologias (Pafaro & Martino, 2004).

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

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

Quando o stress se manifesta de forma intensa, repetitiva e prolongada conduz a consideráveis consequências que atingem o bem-estar e a saúde física e psíquica dos sujeitos (Pafaro & Martino, 2004; Paschoal & Tamayo, 2004; Pinto & Silva, 2005; Serra,

2007). Neste sentido, o stress pode evocar emoções negativas perturbadoras, originar ou agravar o desenvolvimento de uma doença física ou psíquica, influenciar de forma negativa alguns domínios da vida dos sujeitos (económico, familiar, laboral, social), proporcionar um maior número de acidentes laborais ou rodoviários, prejudicar o processo de tomada de decisão e provocar alterações do sono, da vida sexual, do metabolismo e do sistema imunitário (Serra, 2007).

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

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

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

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

(Matud, 2004). Este autor ainda refere que as mulheres com mais filhos mencionam níveis mais elevados de stress.

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

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

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

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

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

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

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

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

Em suma, apesar do stress representar um dos problemas mais comuns da atualidade, este ainda se apresenta como um conceito vago, complexo (Grazini & Swendsen, 2007) e

de difícil conceitualização (Stracciarini & Trócoli, 2001), marcado pela pressão que exerce sobre os indivíduos (Serra, 2007).

Segundo o DSM-V, o Stress, quando apresentado nos níveis que serão apresentados a seguir, passa a ser visto como um transtorno de saúde mental, nomeado como Transtorno de Stress agudo. Esta patologia apresenta conjunto de alterações emocionais, cognitivas e físicas que podem surgir após um evento estressante extremo e ameaçador. A apresentação clínica do transtorno de estresse agudo pode variar de acordo com o indivíduo, mas em geral envolve uma resposta de ansiedade que inclui alguma forma de revivência ou reatividade ao evento traumático que desenvolveu a patologia. Alguns indivíduos com o transtorno não têm recordações intrusivas do evento em si, mas vivenciam sofrimento psicológico intenso ou reatividade fisiológica quando expostos a eventos precipitantes que se assemelham ou simbolizam um aspecto do evento traumático (DSM-V, 2014). Com relação a sua evolução, esta é geralmente positiva, quando o trauma experimentado não é muito intenso. Em casos de diagnóstico tardio ou tratamento inadequado o paciente pode evoluir com sintomas crônicos típicos da Síndrome do Stress Pós-Traumático.

6.O uso de Psicofármacos

Os psicofármacos são substâncias químicas, nomeadamente, medicamentos, que agem diretamente no sistema nervoso central, exercendo influências nos processos da mente, estes medicamentos exercem um papel central no tratamento da maioria das doenças mentais que requerem internamento hospitalar ou não. A maioria dos indivíduos que apresentam diagnósticos de transtornos mentais, estejam estes internados ou não, recebem terapêutica medicamentosa e, em alguns casos, esta é mesmo a única forma de tratamento prestada, que pode ser eficaz, quando utilizada corretamente, mas também ineficaz e lesiva quando feita de forma inadequada (Paton e Lelliott, 2004). Cabe ainda salientar que actualmente, o tratamento com uso dos psicofármacos, torna-se significativamente eficaz quando em conjunto com terapias psicológicas, e multidisciplinares.

Existem diversos guias de prescrição de psicofármacos. Para além do Resumo das Características do Medicamento, fornecido pelo fabricante, outros guias alcançaram grande impacto a nível internacional, como os do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), os do Royal College of Psychiatrists ou os de Maudsley. Porém, na realidade, os padrões de prescrição dos Psiquiatras são muito divergentes (Hodgson e

Belgamwar, 2006 cit.in. Mendes,2013, p. 1).

Têm sido encontradas grandes divergências nos padrões de prescrição de psicofármacos, dados preocupantes demonstram que países não só da Europa, mas de todo o Mundo vem utilizando doses superiores às recomendadas, assim como a poli medicação (Straand e Rokstad, 1997; Royal College of Psychiatrists, 1993; Ito et al., 2005; Jordanova et al., 2010).

Dentro deste contexto, estudos europeus têm demonstrado consideráveis divergências nos padrões de prescrição de psicofármacos intra e interpaíses, revelando que a poli medicação e a utilização de altas doses destes medicamentos, apontando para possíveis práticas ineficazes nas unidades de internamento agudo (Hodgson, 2008). Autores como, Paton e Lelliott (2004) colocaram em evidência o déficit na recolha de dados acerca da prescrição nos internamentos agudos de Psiquiatria e investigaram a sua utilização como indicador de qualidade. Buscando encontrar resultados que fornecessem uma referência de comparação intra e interserviços, conforme já mencionado, estes autores também sugerem que a incidência da poli medicação e da utilização de doses de psicofármacos superiores às recomendadas, e salientam a importância de serem auditadas, na linha do que já tinha sido proposta por Edwards e Kumar em 1984 e, mais tarde, reforçado por Barbul e Tansella, em 2005. Mendes afirma que,

Desde a década de 1960 que se verifica um interesse crescente neste campo de investigação. O estudo pioneiro foi realizado por dois consultores do WHO Regional Office for Europe, Engel e Siderius nos anos de 1966 e 1967, e abordou o consumo de fármacos em seis países europeus, durante o período de 1966-1967, tendo revelado grandes diferenças na utilização de medicamentos entre os diferentes grupos populacionais (Mendes,2011, p.3).

É de assinalar a importância do estudo realizado:

Na sequência deste estudo, o WHO Regional Office for Europe organizou um simpósio, intitulado *The Consumption of Drugs*, que teve lugar em Oslo, no ano de 1969, no qual foi acordado que era necessário elaborar um sistema de classificação internacionalmente aceite para a realização de estudos nesta área. Neste simpósio foi, também, criado o *Drug Utilization Research Group (DURG)*, com a tarefa de desenvolver métodos aplicáveis internacionalmente em estudos da utilização de medicamentos (WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 2011). Em 1981, o WHO Regional Office for Europe recomendou a utilização da *Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC)* e a *Defined Daily Dose (DDD)* nestes estudos e, no ano seguinte, foi estabelecido o *The WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*, com o objetivo de generalizar e coordenar a utilização desta metodologia e, dessa forma, melhorar o padrão de prescrição de medicamentos na Europa (Mendes, 2011 p.4).

A partir desde momento, foram evidenciadas, cada vez mais, pesquisas realizadas

nesta área. Apesar da maioria dos trabalhos ter como objetivo central o uso e o desenvolvimento de indicadores de prescrição em outras áreas médicas, evidencia-se um interesse crescente na utilização de indicadores de prescrição como medidas da qualidade nos serviços de saúde mental (Paton e Lelliott, 2004).

As preocupações com a prescrição negligente de psicofármacos vem sendo discutida e debatida ao longo dos anos, sendo este um tema polêmico e antigo. (Herxheimer, 1976; Hemminki, 1977; Parish, 1973). Inicialmente, os clínicos gerais, eram a gama de profissionais da saúde que recebiam a maior parte das críticas (Marks, 1977; Tyrer, 1978), mas a evidência de polifarmácia, doses elevadas ou inadequadas e prescrições fora das recomendações, nos hospitais psiquiátricos foi aumentando, voltando a atenção para os médicos da área psiquiátrica (Sheppard et al, 1969, Skippard et al, 1970). Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, interpretado por Mendes,

relativamente aos antidepressivos, as revisões sistemáticas e as meta-análises publicadas indicam que estes fármacos, quando considerados individualmente ou por classe, possuem uma efetividade semelhante. No entanto, existem diferenças significativas no perfil de efeitos adversos, nas interações medicamentosas e na segurança em caso de sobredosagem, que devem ser levadas em conta no processo de escolha do antidepressivo, em conjunto com o seu custo, história individual do doente e antecedentes de resposta a tratamentos realizados anteriormente (American Psychiatric Association, 2010; NICE, 2010 WHO, 2010 cit. In. Mendes, 2011, p 3).

As benzodiazepinas, podem ser associadas aos antidepressivos, para controle temporário, podendo auxiliar em diagnósticos que incluem quadros de ansiedade e insónia, enquanto não se evidencia resposta à terapêutica antidepressiva. Em perturbações psicóticas, nomeadamente na esquizofrenia e nas perturbações do humor, as benzodiazepinas não apresentam evidências científicas que sejam relevantes em seus respectivos, sendo assim, estas deverão ser utilizadas apenas em combinação com antipsicóticos ou antidepressivos (Volz et al., 2007).

Um estudo actual (Hallahan et al., 2009 cit. In. Mendes, 2011) revelou que 51% dos doentes em unidades de internamento agudo psiquiátrico da Irlanda tinham prescritas benzodiazepinas e 24% tinham prescritos hipnóticos.

Embora os psicofármacos possuam características e guias precisos em suas categorias de medicamento, elaborar o que é uma prescrição psicofarmacológica adequada é uma questão bastante delicada, uma vez que devemos considerar aspetos farmacológicos, clínicos, sociais e económicos, além da dificuldade encontrada passa se estabelecer um diagnóstico correcto, uma vez que as características que permeiam os transtornos mentais, por vezes, são bastante semelhantes. A grande variedade de fármacos

prescritos em diferentes países, dentro do mesmo país e dentro da mesma instituição entre diferentes médicos é, provavelmente, reflexo dessa complexidade (De las Cuevas et al., 2002 e 2004 cit. In. Mendes, 2011, p.6). Alguns autores consideram que o conceito de prescrição adequada é tão abstrato como o de saúde (Harris et al., 1990).

7. Relações entre Inteligência Emocional, Saúde Mental e a Satisfação com a Vida

7.1 Relações entre Inteligência Emocional e Saúde Mental

Os modelos construídos no âmbito da Inteligência Emocional, já mencionados anteriormente, permitem que o indivíduo seja capaz de alcançar sucesso em diversas áreas de atuação, tais como a educação, saúde, trabalho, assim como permite satisfatória resposta para com os relacionamentos interpessoais (Queirós, 2014). A partir desta perspectiva, destaca-se a importância de que o indivíduo processe e compreenda suas emoções da forma mais eficaz possível, garantindo uma boa organização de seus pensamentos. Para que isso seja possível, se faz necessária, a presença de uma boa saúde mental, sendo que esta por sua vez, nos permite recursos cognitivos necessários para colocar em prática todas as capacidades que desenvolvem a inteligência emocional, capacidades, as quais tornam possível o enfrentamento das dificuldades e frustrações vivenciadas em nosso cotidiano, tornando-nos sujeitos resilientes, capazes de viver sobretudo, em bem-estar psíquico.

As investigações que buscam analisar as relações entre a Inteligência Emocional e a Saúde Mental, apresentam em seus resultados, que aquelas pessoas que compreendem melhor o que estão a sentir, e que têm uma maior capacidade para regular adequadamente as suas emoções, são mais hábeis para lidar com os seus problemas e frustrações e, portanto, apresentam um melhor bem-estar psicológico caracterizado por menores níveis de ansiedade e depressão – dimensões estudadas, por exemplo, nas Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS), - e, no caso contrário, em indivíduos com maior dificuldade de desenvolver estas capacidades, se apresentam níveis mais elevados na escala supramencionada (Queirós, 2014, cit. in Mendes, 2016).

7.2 Relações entre a Saúde Mental e a Satisfação com a Vida

Analisando a Saúde Mental, partindo de uma perspectiva positiva, esta, ganha uma definição que engloba diversas competências, como a resolução de problemas, o

relacionamento interpessoal ou a autonomia, o que pode de alguma forma tornar esta perspectiva reducionista, não se compatibilizando com uma visão holística (Secker, 1998).

No que respeita as pesquisas que buscam estabelecer medidas de bem-estar subjectivo, definidas como indicadores de saúde mental, estas são factorialmente distintas, mas se correlacionam com as medidas de sintomas de psicopatologias. Uma análise factorial confirmatória de uma amostra de mais de 3000 sujeitos americanos, demonstrou precisamente que os factores latentes da saúde mental e da doença mental se correlacionam a 0.53, indicando que apenas um quarto da variância entre as medidas de saúde e doença mental são partilhadas (Keyes, 2005 cit. In Santos, 2011, p 61).

Pode-se também evidenciar que existe uma associação entre os dois construtos, registando-se um aumento da prevalência de doença mental à medida que o nível de saúde mental diminui, este aspecto foi verificado numa investigação em que se analisou a relação entre saúde mental e psicopatologia (episódio depressivo major, distúrbio de pânico, ansiedade generalizada e dependência do álcool) (Keyes, 2005). Tais dados nos levam a concluir que dificilmente um indivíduo satisfeito com a sua vida apresentará, simultaneamente, um quadro de depressão (Headey, Kelley, & Wearing, 1993).

Segundo a OMS, a Saúde Mental define-se como um estado de bem-estar, que nos remete para vivências emocionais positivas (Maia de Carvalho & Vale Dias, 2012, cit. In Mendes, 2016).

Desta forma, “A Saúde é vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa Qualidade de Vida e não o objetivo de vida” (Pais Ribeiro, 1998).

Portanto, a presente investigação busca analisar esta associação, referindo as possíveis relações entre os conceitos, ou seja a associação entre os níveis de satisfação com a vida e a saúde mental.

7.3 Relações entre a Inteligência Emocional e a Satisfação com a Vida

Conforme já foi apresentado, a Satisfação com a Vida é a maneira como o indivíduo se avalia perante os diversos domínios de sua vida, buscando compreender e se avaliar com relação, por exemplo, a raiva, amor e confiança. Ela se caracteriza na presença dos afetos positivo e negativo. O Afeto Positivo se refere à experimentação de sentimentos e emoções positivas, podendo dividir-se em emoções específicas, como a alegria, o amor e o orgulho. Em contrapartida, o Afeto Negativo nos remete para a vivência de sentimentos e emoções

negativas, como por exemplo culpa, tristeza, raiva e depressão (Diener et al., 1997).

Estudos sugerem que os indivíduos que regulam as suas emoções adaptativamente tendem a apresentar níveis mais elevados de bem-estar (Gross & Thompson, 2007; Nelis et al., 2011 cit. In. Mendes, 2016).

Sendo o Bem-Estar Subjetivo, que está diretamente ligado com a satisfação com a vida é uma área da psicologia que evidencia um crescimento significativo, sendo visto como um elemento essencial da qualidade de vida e aspeto importante da Psicologia Positiva (Simões et al., 2000), acredita-se que este e a Inteligência Emocional partilham um objetivo em comum: o estudo do bem-estar no sentido amplo (Fortuna, 2010, cit. In Mendes, 2016).

Acredita-se que as estratégias de regulação emocional poderão ter um impacto positivo no bem-estar individual. Esta premissa é suportada por diversos estudos, nomeadamente os de Quoidbach et al. (2010, cit. In Mendes, 2016) e de Livingstone e Srivastava (2012, cit. in Mendes, 2016), onde os resultados encontrados apontam para a existência de um efeito positivo da utilização das estratégias up-regulation de emoções positivas nos componentes de bem-estar, afeto positivo e satisfação com a vida.

Martinez-Pons (1997), realizou um estudo, utilizando de um instrumento medidor dos níveis de inteligência emocional intrapessoal, e em seus resultados, encontrou uma correlação positiva e significativa entre a Inteligência Emocional e a Satisfação com a Vida, e uma correlação negativa e significativa entre a Inteligência Emocional e a Depressão. Sendo assim, percebemos que as pessoas com maior Inteligência Emocional eram detentoras de uma maior satisfação da sua vida, demonstrando também, menor propensão para a depressão (Cit. In Mendes, 2016).

PARTE II – Estudo empírico

I – Objetivos e hipóteses

Partindo de uma concepção de complexidade do desenvolvimento humano, este estudo visa explorar relações e analisar o papel de constructos, cujo interesse científico para a compreensão de trajetórias ajustadas tem sido evidenciado na literatura atual. Assim, o primeiro objetivo da presente investigação passa por perceber se existem relações entre Inteligência Emocional, Satisfação com a Vida (dimensão cognitiva do Bem-Estar Subjetivo) e Saúde Mental (níveis de ansiedade, depressão e stress) no adulto emergente.

Em segundo lugar, pretende-se explorar as relações entre estes constructos e o uso de medicamentos para ansiedade e depressão junto dos Adultos Emergentes.

Para além destes objetivos principais, pretende-se ainda estudar a relação do sexo e da idade com as variáveis acima mencionadas.

Desta forma, colocam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1- Existem relações de associação entre os 3 constructos em estudo.

H1.1 - Existe relação de associação entre a inteligência emocional e a saúde mental.

H1.2 - Existe relação de associação entre a inteligência emocional e a satisfação com a vida.

H1.3 - Existe relação de associação entre a saúde mental e a satisfação com a vida.

H2 - Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de inteligência emocional, saúde mental e satisfação com a vida, em função do sexo.

H3 - O uso de medicamentos varia em função do sexo.

H4-Não existe relação entre a idade e os níveis de inteligência emocional, de saúde mental e de satisfação com a vida.

H5. - O uso de medicamentos varia em função da idade (faixa etária), não havendo no entanto diferenças no tipo de medicamento.

H6 - Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de inteligência emocional, na saúde mental e na satisfação com a vida em função do uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão.

II – Metodologia

1. Caracterização da Amostra

A amostra total foi constituída por 293 participantes, dos quais 131 eram do sexo masculino (44,7%) e 162 do sexo feminino (55,3%) (cf. Tabela 1).

Relativamente à distribuição dos participantes em função da faixa etária, constatamos que a maioria dos participantes estava na faixa dos 18-20 anos (62,5%) e os restantes na faixa dos 21-25 anos (37,5%) (cf. Tabela 1), sendo que a média de idades se situava nos 20,44 anos (DP= 1,704) (cf. Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição dos participantes em função do género e da faixa etária

	N	%
Género		
Masculino	131	44,7
Feminino	162	55,3
Total	293	100
Faixa Etária		
18-20 anos	183	62,5
21-25 anos	110	37,5
Total	293	100,0

No que se refere à idade dos participantes (cf. Tabela 2) estes tinham uma idade mínima de 18 anos e um máximo de 25 anos, média de 20,44 anos e desvio-padrão de 1,704.

Tabela 2. Distribuição da idade dos participantes

	N	Mín	Máx	Moda	Média	dp
Idade	293	18	25	20	20,44	1,704

Quanto ao estado civil dos participantes, podemos observar (cf. Tabela 3) que eram todos solteiros (100%).

Tabela 3. Distribuição do estado civil dos participantes

	N	%
Estado Civil		
Solteiro	293	100,0

Relativamente à profissão dos participantes (cf. Tabela 4), a maioria eram estudantes (99%); apenas um era chefe de café (0,3%), outra era empregada de mesa (0,3%) e outro era intérprete de língua gestual (0,3%).

Tabela 4. Distribuição da profissão dos participantes

	N	%
Profissão		
Chefe de café	1	0,3
Empregada de balcão	1	0,3
Estudante	290	99,0
Interprete de língua gestual	1	0,3
Total	293	100,0

Quanto às habilitações literárias dos participantes (cf. Tabela 5), verificamos que a maioria tinha o 12º ano (82,3%), seguindo-se os participantes com Licenciatura (16%) e com Mestrado (1,7%).

Tabela 5. Distribuição das habilitações literárias dos participantes

	N	%
Habilitações Literárias		
12º ano	241	82,3
Licenciatura	47	16,0
Mestrado	5	1,7
Total	293	100,0

No que concerne ao uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão e categoria de medicamentos (cf. Tabela 6), constatamos que a maioria dos participantes não faz uso de medicamentos (85,6%) para a ansiedade ou depressão. Dos participantes que fazem uso de medicamentos (14,4%), a maioria toma ansiolíticos (59%), seguindo-se os participantes que tomam antidepressivos (38,1%), sendo que apenas um participante toma outra categoria de medicamento (2,4%).

Tabela 6. Distribuição do uso e categorias de medicamentos

	N	%
Faz uso de medicamento para ansiedade ou depressão		
Sim	42	14,4
Não	250	85,6
Total	292	100,0
Categoria do medicamento		
Antisiolítico	25	59,5
Antidepressivo	16	38,1
Diversos	1	2,4
Total	42	100,0

Quanto às habilitações literárias dos Pais (cf. Tabela 7), verificamos que a maioria referiu que o pai tinha o 12º ano (26,7%), seguindo-se os participantes com pais com o 9º ano (25,7%), com 4º Ano (23,6%), com Licenciatura (15,4%), com Mestrado (6,2%) e com Doutoramento (2,4%). Em relação à Situação na profissão, (83%) encontram-se empregados.

Tabela 7. Distribuição das variáveis sociodemográficas do pai

	N	%
Habilitações Literárias do Pai		
4º Ano	69	23,6
9º Ano	75	25,7
12º Ano	78	26,7
Licenciatura	45	15,4
Mestrado	18	6,2
Doutoramento	7	2,4
Total	292	100,0
Situação na Profissão		
Empregado	237	83,5
Desempregado	22	7,7
Reformado	25	8,8
Total	284	100,0
Falecido		
Sim	7	2,4
Não	286	97,6
Total	293	100,0

Quanto às habilitações literárias das Mães (cf. Tabela 8), verificamos que a maioria refere que a mãe tinha o 12º ano (26,7%), seguindo-se os participantes com mães com

Licenciatura (23,0%), com 9º Ano (22,7%), com 4º Ano (16,5%), com Mestrado (6,5%) e com Doutoramento (1,7%). Relativamente à Situação na profissão, (81,1%) encontram-se empregadas.

Tabela 8. Distribuição das variáveis sociodemográficas da mãe

	N	%
Habilitações Literárias da Mãe		
4º Ano	48	16,5
9º Ano	66	22,7
12º Ano	86	29,6
Licenciatura	67	23,0
Mestrado	19	6,5
Doutoramento	5	1,7
Total	291	100,0
Situação na Profissão		
Empregado	232	81,1
Desempregado	47	16,4
Reformada	7	2,4
Total	286	100,0
Falecida		
Sim	5	1,7
Não	288	98,3
Total	293	100,0

2. Instrumentos

Para efeitos deste estudo foram utilizados quatro instrumentos de recolha de dados e avaliação, nomeadamente, o questionário sociodemográfico (Anexo II), o TMMS-24 – Escala da Inteligência Emocional (Anexo IV), a EADS-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Anexo V) e a SWLS – Escala de Satisfação com a Vida (Anexo III). Seguidamente, apresenta-se uma descrição destes instrumentos. Os dados relativos à consistência interna das escalas utilizadas serão fornecidos na secção de apresentação de resultados.

Questionário Sociodemográfico

Este questionário incluía questões relativas a dados do sujeito (tais como: sexo, idade profissão e habilitações literárias), dos seus pais (habilitações literárias e profissão) e,

ainda, duas questões referentes ao uso de medicamentos para depressão ou ansiedade.

TMMS-24 – Escala da Inteligência Emocional

A escala *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) é uma medida de auto relato, delineada para aceder às crenças individuais que cada um tem acerca das suas habilidades emocionais. Avalia as diferenças individuais relativamente estáveis, na tendência que as pessoas têm para lidar com os seus estados emocionais e emoções, fazer a distinção clara entre eles e regulá-los. (Salovey et al., 1995; Salovey, Stroud, Woolery, & Epel, 2002; FernándezBerrocal, Extremera & Ramos, 2004, citado em Queirós, Berrocal, Extremera, Carral, & Queirós, 2005). Na sua versão integral, esta é composta por 48 itens. Contudo, neste estudo, foi utilizada a versão reduzida e modificada por Fernández-Barrocal et al. (TMMS-24), composta por 24 itens, distribuídos da seguinte forma: Atenção (8 itens); Clareza (8 itens) e Reparação (8 itens), avaliados segundo uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos, que vão desde o “1. Discordo totalmente” a “5. Concordo plenamente”. Foi esta versão que, por sua vez, deu origem à versão portuguesa modificada da TMMS-24, desenvolvida e validada por Queirós et al. (2005) e utilizada no presente estudo.

EADS-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.

Este instrumento, cujo nome original é *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), é da autoria de Lovibond e Lovibond (1995) e adaptado para a versão portuguesa, primeiro, por Alves, Carvalho e Batista (1999) e, depois, por Ribeiro, Honrado e Leal (2004). A EADS-21 é uma versão mais reduzida do que a original e organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, incluindo cada uma delas sete itens. As três escalas são constituídas por sete itens cada, num total de 21 itens. Cada item consiste numa afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos relativos à “semana passada” do sujeito. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert entre “0. Não se aplicou nada a mim” a “3. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Quanto às pontuações, quanto mais estas forem elevadas, mais sintomas se verificam e, consequentemente, mais fraca é a saúde mental.

SWLS – Escala de Satisfação com a Vida.

Esta escala de cinco itens foi criada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin em 1985, tendo sido revista por Pavot e Diener em 1993. De acordo com Pavot e Diener (1993), foi construída de forma a aceder à satisfação do indivíduo com a vida em geral e não em relação a aspetos particulares (como a saúde ou as finanças), permitindo ao sujeito efetuar a avaliação da sua vida utilizando os seus próprios critérios. Obtém-se uma nota global somando as pontuações obtidas nos 5 itens. Assim, os valores podem variar entre 5 e 25 pontos, sendo que valores mais elevados indicam maior satisfação com a vida. As respostas na escala Likert vão de “1. Discordo muito” a “5. Concordo muito”. A SWLS é o instrumento que permite avaliar a dimensão cognitiva do constructo Bem-Estar Subjetivo.

3.Procedimentos

3.1. Procedimentos de recolha de dados

Os dados recolhidos junto da amostra de conveniência deste estudo foram reunidos entre Abril de 2017 e Maio de 2017, através de questionários em papel, de acordo com um protocolo que incluía os instrumentos anteriormente referidos. Todos os sujeitos que colaboraram neste estudo, e que realizaram o preenchimento dos questionários em papel, foram contactados em estabelecimentos de ensino (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra), assim como em cafés aleatórios da cidade de Coimbra (Portugal), tendo sido assegurado o anonimato das respostas. Foram fornecidas algumas instruções adicionais relativamente à importância da assinatura do consentimento informado (Anexo I) por parte dos indivíduos, de forma de garantir a compreensão do objetivo do estudo, a colaboração voluntária e o entendimento da situação de anonimato (APA, 2010; Ordem dos Psicólogos, 2011). Procedeu-se ainda à explicação de algumas dúvidas apresentadas pelos sujeitos.

A aplicação dos instrumentos obedeceu à seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico; Escala de Satisfação com a Vida/dimensão cognitiva de bem-estar subjetivo (SWLS)- (Adaptação portuguesa: Simões, 1992); *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS – 24) (Adaptação portuguesa: Queirós et. al., 2005); e, por último, Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS21) (Adaptação portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado

& Leal, 2004).

3.2. Procedimentos de análise dos dados

A análise dos dados foi obtida através de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software SPSS-24.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Tendo em consideração o comprimento dos critérios necessários para a realização de testes de hipóteses paramétricos, e após ter sido testada a normalidade das distribuições para cada escala, através do Teste de Kolmogorov-Smirnov, conclui-se que a amostra não segue uma distribuição normal nas variáveis em estudo ($p < 0,005$). Desta forma, foram utilizados testes não-paramétricos, nomeadamente, o Coeficiente de Correlação de Spearman, o Teste de Mann-Withney e o Teste de Qui-Quadrado.

Para associação das variáveis quantitativas foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman, que é uma medida de associação não paramétrica entre pelo menos duas variáveis ordinais. Este coeficiente é obtido através da substituição dos valores das observações pelas respetivas ordens. As medidas de associação quantificam a intensidade e a direção da associação entre duas variáveis (Maroco, 2014).

Para comparação das variáveis quantitativas em estudo entre os grupos, recorreu-se ao Teste de Mann-Withney que é o teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes (Maroco, 2014).

Para associação das variáveis qualitativas foi utilizado o teste do Qui-Quadrado (χ^2) que serve para testar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável qualitativa é ou não aleatória. Foi também utilizada a *Continuity Correction* dado que se tratam de tabelas de 2x2 (Maroco, 2014).

A determinação da fidelidade foi verificada utilizando o método de consistência interna. Para a interpretação dos resultados, foram seguidos os valores de *Alpha de Cronbach* de Nunally (1978): valores superiores a 0,90 são considerados excelentes, entre 0,80 e 0,90 são bons; entre 0,70 e 0,80 são razoáveis; entre 0,60 e 0,70 são fracos, e menores que 0,60 são considerados inaceitáveis.

Para testar a existência de associações entre as variáveis em estudo (Inteligência Emocional, Saúde Mental e Satisfação com a Vida) foi utilizado o Coeficiente de

Correlação de Spearman. Para interpretação deste coeficiente, foram utilizadas as normas de Pallant (2005), que sugerem que um r entre 0,10 e 0,29 ou -0,10 e -0,29 indica uma correlação baixa; um r entre 0,30 e 0,49 ou -0,30 e -0,49 uma correlação moderada e um r entre 0,50 e 1 ou -0,50 e -1 uma correlação forte.

III – Resultados

1. Análise Descritiva

Quanto à distribuição dos fatores dos instrumentos em estudo (cf. Tabela 9) verificamos que relativamente à inteligência emocional (TMMS) as subescalas apresentam valores médios moderados, sendo que a atenção das emoções apresenta uma média ligeiramente superior (média=3,78) seguindo-se a reparação do espírito (média=3,55) e a clareza de sentimentos (média=3,46).

Relativamente à distribuição dos fatores da saúde mental (EADS) constatamos uma média superior do stress (média=5,94), seguindo-se a depressão (média=3,65) e a ansiedade (média=3,01).

A satisfação com a vida (SWLS) apresenta uma média alta (média=18,99).

Tabela 9. Distribuição dos instrumentos em estudo

	Mín	Máx	Média	dp	Limites
TMMS_Atenção Emoções	1,63	5,00	3,78	0,69	1-5
TMMS_Clareza Sentimentos	1,00	5,00	3,46	0,76	1-5
TMMS_Reparação Espírito	1,25	5,00	3,55	0,76	1-5
EADS_Depressão	0	20	3,65	3,64	0-21
EADS_Ansiedade	0	17	3,01	3,31	0-21
EADS_Stress	0	20	5,94	4,31	0-21
SWLS_Total	7	25	18,99	4,19	5-25

Com relação às estatísticas univariadas (Cf. Tabela 10) foram identificados 95 casos extremos, os quais variam de 10 a 19 casos por variável, entre números extremos altos e baixos, sendo portanto um número influente que se optou por manter nas subamostras totais para realização das análises. Quanto à SWLS Total, observam-se 10 casos extremos baixos, indicando níveis baixos de Satisfação com a vida. Merecem também destaque os 19 casos extremos altos para a EADS Depressão, indicando altos índices de sintomas de

depressão. No mesmo sentido devem ser referidos os 8 casos relativos à soma dos casos extremos altos nas outras dimensões da EADS. Deve ser igualmente referido o conjunto de extremos baixos relativos às dimensões da Inteligência Emocional (TMMS), o que indica, nestes casos, níveis muito baixos nesta variável.

Tabela 10. Estatísticas univariadas, omissos e Número de valores extremos

	N	Média	Desvio Padrão	Omisso		N de extremos ^a	
				Contagem	Porcentagem	Baixo	Alto
SWLS_Total	293	18,99	4,191	0	,0	10	0
EADS_Stress	293	5,94	4,308	0	,0	0	3
EADS_Ansiedade	293	3,01	3,312	0	,0	0	5
EADS_Depressão	293	3,65	3,642	0	,0	0	19
EADS_Total	293	12,60	10,168	0	,0	0	9
TMMS_AtençãoEmoções	293	3,7786	,68900	0	,0	17	0
TMMS_ClarezaSentimentos	293	3,4642	,75625	0	,0	11	0
TMMS_ReparaçãoEspírito	293	3,5516	,75940	0	,0	5	0
TMMS_Total	293	3,5981	,57242	0	,0	16	0

a. Número de casos fora da amplitude

2. Análise da Consistência Interna

A determinação da fidelidade foi verificada utilizando o método de consistência interna. Para a interpretação dos resultados, foram seguidos os valores de Alfa de Cronbach de Nunally (1978): valores superiores a 0,90 são considerados excelentes, entre 0,80 e 0,90 são bons; entre 0,70 e 0,80 são razoáveis; entre 0,60 e 0,70 são fracos, e menores que 0,60 são considerados inaceitáveis. O Alfa de Chronbach deve ser superior a 0,70, que nos indicam fidelidade, correlação e homogeneidade dos itens, o que nos permite um grau de confiança e exatidão dos mesmos valores ao longo do tempo.

Os valores de Alfa de Chronbach dos fatores da Escala de Inteligência Emocional (cf. Tabela 11) indicam boa consistência interna, nomeadamente a Clareza de Sentimentos ($\alpha=0,90$); a Reparação do Espírito ($\alpha=0,87$); e a Atenção das Emoções ($\alpha=0,86$); estando estes valores muito próximos da escala de Salovey, 1995.

Tabela 11. Consistência Interna da Escala de Inteligência Emocional

	Alfa Cronbach		
	Amostra Atual	Salovey et al., 1995	Queirós et al, 2005
TMMS_Atenção Emoções	0,86	0,90	0,80
TMMS_Clareza Sentimentos	0,90	0,90	0,79
TMMS_Reparação Espírito	0,87	0,86	0,85

Quanto à consistência interna da Escala de Saúde mental (cf. Tabela 12), os valores de Alfa de Cronbach apresentam-se superiores relativamente à escala de Pais-Ribeiro, 2004, nomeadamente no fator da Ansiedade ($\alpha=0,77$) e no Stress ($\alpha=0,84$); estando muito próximo o valor da Depressão ($\alpha=0,80$), indicando uma boa consistência interna.

Tabela 12. Consistência Interna da Escala de Saúde Mental

	Alfa Cronbach	
	Amostra Atual	Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004
EADS_Depressão	0,80	0,85
EADS_Ansiedade	0,77	0,74
EADS_Stress	0,84	0,81

No que se refere à consistência interna da Escala de Satisfação com a Vida, (cf. Tabela 13) o valor de Alfa de Cronbach ($\alpha=0,89$) é também superior ao valor de Diener, 1985 e de Simões, 1992; indicando uma boa consistência interna.

Tabela 13. Consistência Interna da Escala de satisfação com a vida

	Alfa Cronbach		
	Amostra Atual	Diener et al., 1985	Simões, 1992
SWLS_Total	0,89	0,87	0,77

3. Análise das hipóteses em estudo

H1- Existem relações de associação entre os 3 constructos em estudo.

H1.1 Existe relação de associação entre a inteligência emocional e a saúde mental.

Para associação entre as variáveis da Escala de Inteligência Emocional e as variáveis da Escala da Saúde Mental, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman que (cf. tabela 14) nos indica a existência de associações significativas ($p=0,01$).

A Atenção das Emoções não apresenta associações significativas com os fatores da Saúde Mental; contudo a Clareza de Sentimentos e a Reparação do Espírito apresenta associações significativas com a Saúde Mental. A Clareza de Sentimentos está associada negativamente à Depressão ($r=-0,408$), à Ansiedade ($r=-0,315$) e ao Stress ($r=-0,367$).

A Reparação do Espírito está associada negativamente à Depressão ($r=-0,401$), à Ansiedade ($r=-0,234$) e ao Stress ($r=-0,411$).

Tabela 14. Matriz de correlações entre a Escala de Inteligência Emocional (TMMS) e a Saúde Mental (EADS)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1) TMMS_Atenção Emoções	-	,326**	,261**	-0,087	-0,042	-0,023
(2) TMMS_Clareza Sentimentos		-	,445**	-,408**	-,315**	-,367**
(3) TMMS_Reparação Espírito			-	-,401**	-,234**	-,411**
(4) EADS_Depressão				-	,619**	,720**
(5) EADS_Ansiedade					-	,703**
(6) EADS_Stress						-

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

H1.2 Existe relação de associação entre a inteligência emocional e a satisfação com a vida.

Os resultados da associação entre os fatores da Escala de Inteligência Emocional e a Satisfação com a vida (cf. Tabela 15) indicam a existência de associações significativas ($p=0,01$) positivas entre as variáveis; isto é, a Satisfação com a vida está associada positivamente à Atenção das Emoções ($r=0,282$), à Clareza de Sentimentos ($r=0,454$) e à

Reparação do Espírito ($r=0,452$).

Tabela 15. Matriz de correlações entre a Escala de Inteligência Emocional (TMMS) e a satisfação com a vida (SWLS)

	SWLS
TMMS_Atenção Emoções	,282**
TMMS_Clareza Sentimentos	,454**
TMMS_Reparação Espírito	,452**

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

H1.3 Existe relação de associação entre a saúde mental e a satisfação com a vida.

Os resultados da associação entre os fatores da Escala de Saúde Mental e a Satisfação com a vida (cf. Tabela 16) indicam a existência de associações estatisticamente significativas ($p=0,01$) negativas entre as variáveis; isto é, a Satisfação com a vida está associada negativamente à Depressão ($r=-0,483$), à Ansiedade ($r=-0,272$) e ao Stress ($r=-0,354$).

Tabela 16. Matriz de correlações entre a saúde mental (EADS) e a satisfação com a vida (SWLS).

	SWLS
EADS_Depressão	-,483**
EADS_Ansiedade	-,272**
EADS_Stress	-,354**

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

H2-Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de inteligência emocional, saúde mental e satisfação com a vida, em função do sexo.

Recorreu-se à significância do teste de Mann-Whitney para verificar a existência de diferenças nas variáveis em estudo entre os sexos. Os resultados (cf. Tabela 17) indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas na Atenção às Emoções ($p=0,000$) cuja média é superior no gênero feminino. Nos três fatores da Saúde Mental verificam-se diferenças estatisticamente significativas segundo o sexo, sendo os homens que apresentam

níveis mais elevados. Recorde-se que às pontuações mais elevadas correspondem os níveis mais baixos de saúde mental. Quanto à Satisfação com a vida, esta é significativamente mais elevada nas mulheres ($p=0,01$).

Tabela 17. Teste de Mann-Whitney em função do sexo, considerando a inteligência emocional (TMMS), a saúde mental (EADS) e a satisfação com a vida (SWLS)

	Género	Média	dp	<i>U de Mann-Whitney</i>	Z	<i>p</i>
TMMS_AtençãoEmoções	Masculino	3,58	0,77	7605,000	-4,179	0,000
	Feminino	3,94	0,57			
TMMS_ClarezaSentimentos	Masculino	3,32	0,89	9417,500	-1,658	0,097
	Feminino	3,58	0,61			
TMMS_ReparaçãoEspirito	Masculino	3,48	0,84	9962,000	-0,902	0,367
	Feminino	3,61	0,69			
EADS_Depressão	Masculino	4,17	3,94	9022,500	-2,221	0,026
	Feminino	3,22	3,33			
EADS_Ansiedade	Masculino	3,50	3,47	8973,000	-2,304	0,021
	Feminino	2,62	3,13			
EADS_Stress	Masculino	6,58	4,61	9108,000	-2,091	0,037
	Feminino	5,42	3,99			
SWLS_Total	Masculino	18,04	4,92	8772,000	-2,561	0,010
	Feminino	19,76	3,32			

H3- O uso de medicamentos varia em função do sexo

Para analisar a associação das variáveis sexo e o uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão foi utilizado o teste do Qui-quadrado (cf. Tabela 18), verificando-se que **não existem associações estatisticamente significativas** ($\chi^2(1) = 3,280$; $p=0,347$), **entre as duas variáveis**, o que nos leva a concluir que existe independência das variáveis.

Tabela 18. Teste do qui-quadrado para o uso de medicamento segundo o gênero

Faz uso de medicamento para ansiedade ou depressão	Gênero		Total	<i>p</i>
	Masculino	Feminino		
Sim	22 52,4%	20 47,6%	42 100%	
Não	108 43,2%	142 56,8%	250 100%	0,347

H4-Não existe relação entre a idade e os níveis de inteligência emocional, de saúde mental e de satisfação com a vida.

Para analisar a existência de associação entre a idade e os níveis de inteligência emocional, saúde mental e de satisfação com a vida, procedeu-se a cálculos através do coeficiente de correlação de Spearman. Verificamos (cf. Tabela 19) a existência de uma associação positiva e estatisticamente significativa, mas fraca, entre a idade e o stress ($r=0,153$; $p=0,01$), sendo as outras relações não significativas.

Tabela 19. Matriz de correlações entre a idade e as variáveis inteligência emocional (TMMS), saúde mental (EADS) e a satisfação com a vida (SWLS)

	Idade
TMMS_Atenção Emoções	-0,040
TMMS_Clareza Sentimentos	-0,024
TMMS_Reparação Espírito	-0,075
EADS_Depressão	0,057
EADS_Ansiedade	0,055
EADS_Stress	,153**
SWLS	-0,098

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

H5-O uso de medicamentos varia em função da idade (faixa etária), não havendo no entanto diferenças no tipo de medicamento

No estudo da associação entre a faixa etária e o uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão, e após realizado o teste do Qui-quadrado (cf. Tabela 20.), verificamos que existe uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis

($p=0,003$), o que nos leva a concluir pela dependência das variáveis. Os resultados indicam que, considerando duas faixas etárias e dois grupos quanto ao consumo de medicamentos (Sim ou Não), dos participantes que fazem uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão a maioria pertence à faixa dos 21-25 anos (59,5%) ($\chi^2(1) = 9,977$; $p=0,003$).

Tabela 20. Teste do qui-quadrado

		Faixa Etária			
Faz uso de medicamento para ansiedade ou depressão		18-20 anos	21-25 anos	Total	<i>p</i>
	Sim	17 40,5%	25 59,5%	42 100%	
Não	165 66,0%	85 34,0%	250 100%	0,003	

Quanto à análise da associação entre faixa etária e a categoria do medicamento que os participantes usam para a ansiedade ou depressão, que foram classificados em ansiolíticos e antidepressivos (cf. Tabela 21), constatamos que não existem associações significativas. Assim, o tipo de medicamento utilizado é semelhante nas duas faixas etárias consideradas ($\chi^2(1) = 1,227$; $p=0,215$).

Tabela 21. Teste do qui-quadrado

		Faixa Etária			
Categoria do medicamento que usa para ansiedade ou depressão		18-20 anos	21-25 anos	Total	<i>p</i>
	Antisioítico	8 32,0%	17 68,0%	25 100%	
Antidepressivo	9 56,3%	7 43,8%	16 100%		
Diversos	0 0,0%	1 100%	1 100%	0,215	

H6- Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de inteligência emocional, na saúde mental e na satisfação com a vida em função do uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão

Para comparação das dimensões em estudo em função dos participantes fazerem uso (N=42) ou não (N=250) de medicamentos para a ansiedade ou depressão (cf. Tabela 21), recorreu-se à significância do teste de Mann-Whitney, que nos indica diferenças

estatisticamente significativas na escala da inteligência emocional, nomeadamente na atenção das emoções ($p=0,015$), na clareza de sentimentos ($p=0,001$) e na reparação do espírito ($p=0,001$), cujas médias são superiores no grupo de participantes que não faz uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão; na escala da saúde mental, nomeadamente na depressão ($p=0,000$), na ansiedade ($p=0,000$) e no stress ($p=0,000$), cujas médias são superiores no grupo de participantes que faz uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão; e ainda na escala da satisfação com a vida ($p=0,001$), cuja média é superior no grupo de participantes que não faz uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão.

Tabela 22. Teste de Mann-Whitney relativo às comparações da inteligência emocional (TMMS), da saúde mental (EADS) e da satisfação com a vida (SWLS) em função do uso de medicamento ou não

		Faz uso de medicamento para ansiedade ou depressão				
		Média	dp	<i>U de Mann-Whitney</i>	Z	<i>p</i>
TMMS_Atenção Emoções	Sim	3,49	0,83	4019,50	-2,436	0,015
	Não	3,83	0,65			
TMMS_Clareza Sentimentos	Sim	2,97	1,06	3560,50	-3,343	0,001
	Não	3,55	0,66			
TMMS_Reparação Espírito	Sim	3,13	0,86	3514,50	-3,434	0,001
	Não	3,62	0,72			
EADS_Depressão	Sim	5,98	3,78	2751,50	-4,976	0,000
	Não	3,24	3,48			
EADS_Ansiedade	Sim	4,95	3,87	3280,50	-3,946	0,000
	Não	2,69	3,11			
EADS_Stress	Sim	9,26	4,69	2742,50	-4,968	0,000
	Não	5,38	4,00			
SWLS_Total	Sim	16,93	4,74	3573,50	-3,326	0,001
	Não	19,36	3,99			

IV – Discussão

Reconhecendo a diversidade presente no processo de formação relativo ao desenvolvimento humano, a partir um paradigma positivo, centrado na promoção do bem-estar e da saúde mental, nomeadamente na fase de desenvolvimento em que se encontram os adultos emergentes, este estudo buscou investigar a atribuição de alguns constructos, cujo interesse científico se tem evidenciado na atualidade.

Assim, o primeiro objetivo da presente investigação passa por perceber se existem

relações entre Inteligência Emocional, Satisfação com a Vida (dimensão cognitiva do Bem-Estar Subjetivo) e Saúde Mental (níveis de ansiedade, depressão e stress) no adulto emergente.

Em segundo lugar, pretende-se explorar as relações entre estes constructos e o uso de medicamentos para ansiedade e depressão junto dos Adultos Emergentes.

Para além destes objetivos principais, pretende-se ainda estudar a relação do sexo e da idade com as variáveis acima mencionadas.

Em segundo lugar, pretende-se verificar, também, as diferenças nestas variáveis considerando as diferentes idades destes Adultos Emergentes.

Para além destes objetivos principais, pretende-se ainda estudar a relação do sexo com os quatro constructos supramencionados.

Os resultados desta investigação tiveram por base uma amostra composta por 293 sujeitos, 162 do sexo feminino e 131 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos.

Para a recolha de dados, foram usados instrumentos adequados aos construtos em análise, tendo a determinação da sua fidelidade sido verificada utilizando o método de consistência interna (Alpha de Cronbach). Para a interpretação dos resultados, foram seguidos os valores de Alpha de Cronbach de referência (Nunally, 1978).

Os valores de Alfa de Cronbach dos fatores da Escala de Inteligência Emocional indicam boa consistência interna, nomeadamente a Clareza de Sentimentos ($\alpha=0,90$); a Reparação Emocional ou do Espírito ($\alpha=0,87$); e a Atenção às Emoções ($\alpha=0,86$). Estes valores são muito próximos dos da escala de Salovey (1995).

Quanto à consistência interna da Escala utilizada para avaliar a Saúde mental, ou sintomas relativos à qualidade dessa saúde, os valores de Alfa de Cronbach apresentam-se superiores relativamente à escala de Pais-Ribeiro (2004), nomeadamente no fator da Ansiedade ($\alpha=0,77$) e no Stress ($\alpha=0,84$), estando muito próximo do valor da Depressão ($\alpha=0,80$), indicando uma boa consistência interna.

No que se refere à consistência interna da Escala de Satisfação com a Vida, o valor de Alfa de Cronbach ($\alpha=0,89$) é também superior aos valores de Diener (1985) e de Simões (1992), indicando uma boa consistência interna.

No que se refere às hipóteses colocadas neste estudo, a Hipótese 1 foi dividida em 3 sub-hipóteses, com vista a analisar as relações entre os três constructos em estudo. Desta forma, procedeu-se à execução do Coeficiente de Correlação de Spearman, teste este que permite obter o coeficiente de correlação entre variáveis contínuas.

De acordo com a Hipótese 1.1 – *Existem relações de associação entre a Inteligência Emocional e a Saúde Mental*, concluímos que existem correlações negativas, significativas e moderadas, entre os sintomas de saúde mental e a Inteligência Emocional. Apenas a atenção às emoções não apresenta associações significativas com os fatores da saúde mental, contudo, quanto mais Clareza de sentimentos (forma como as pessoas acreditam perceber as suas emoções) e Reparação do espírito (capacidade que o sujeito tem de acreditar na sua capacidade para interromper os estados emocionais negativos e prolongar os positivos) (Queirós et al, 2005) os indivíduos tiverem, menores níveis (menos sintomas) nas medidas de Saúde Mental acusarão e vice-versa. A hipótese é, desta forma, corroborada.

A Hipótese 1.2– *Existem relações de associação entre a Inteligência Emocional e a Satisfação com a Vida* foi elaborada à luz de vários estudos que evocam relações entre ambos os constructos, conforme referido em Martinez-Pons (1997), Quoidbach et al. (2010) e Livingstone e Srivastava (2012). Os presentes resultados indicam que existe uma correlação significativa, positiva e moderada, entre os dois constructos, sendo que a Satisfação com a Vida está associada positivamente à Atenção às Emoções, à Clareza de Sentimentos e à Reparação do Espírito (Emocional). Os resultados levam a concluir que quanto mais Atenção, Clareza e Reparação tivermos mais satisfeitos com a vida estaremos (e vice-versa). A hipótese é desta forma corroborada.

De acordo com a Hipótese 1.3– *Existem relações de associação entre Saúde Mental e a Satisfação com a Vida*, verificam-se associações moderadas que indicam que a Satisfação com a Vida está associada significativa e negativamente à Depressão, à Ansiedade e ao Stress. Tais resultados atestam o sentido do estudo de Galinha & Ribeiro (2005), em que o conceito de Bem-Estar, incluindo a sua componente cognitiva, surge, consistentemente, associado ao conceito de Saúde. As correlações negativas e estatisticamente significativas obtidas entre a Satisfação com a Vida e as dimensões da Saúde Mental (significando as notas mais elevadas, menor saúde mental) foram consideradas moderadas, permitindo afirmar que a hipótese foi corroborada na sua totalidade. Tendo em conta estes últimos resultados, vale a pena recordar alguns autores que nos dizem que uma nova concepção de Saúde Mental remete para a presença de uma vivência emocional positiva, que se manifesta através do envolvimento ativo do sujeito nas tarefas do seu próprio processo de desenvolvimento e na potencialização do seu funcionamento (por exemplo, Maia de Carvalho & Vale-Dias, 2012).

A segunda Hipótese desta investigação teve como objetivo explorar e *avaliar as*

diferenças segundo o sexo na Inteligência Emocional, Satisfação com a Vida e Saúde Mental, através do teste de U de Mann-Whitney. No seu conjunto, a hipótese foi corroborada. Começando pela Inteligência Emocional, verificou-se que apenas a dimensão da Atenção às Emoções apresenta diferenças estatisticamente significativas segundo o sexo, sendo as mulheres que apresentam níveis mais elevados. Quanto a este constructo, a hipótese é parcialmente corroborada, indo de encontro a alguns estudos realizados sobre este tema. Esse é o caso de um estudo efetuado por Jill M. Goldstein e colegas, que defende que determinadas partes do córtex límbico, importante para as reações emocionais, são mais volumosas no sexo feminino (Vieira et al, 2010). Há outros estudos que defendem que as mulheres têm pontuações mais elevadas na Inteligência Emocional ou nos seus fatores por comparação com os homens (Ahammed, Abdullah e Hassane, 2011; Nicolau, 2008).

Quanto à Satisfação com a vida, esta é significativamente mais elevada nas mulheres, aceitando-se deste modo a hipótese quanto a esta variável. Tais resultados não vão de encontro aos estudos que não apontam para diferenças de género (por exemplo, Neto, 1999; Diener & Diener, 1999; Dias, 2016). Os presentes resultados também contrastam, de certa forma, com os estudos que referem que as mulheres apresentam níveis mais elevados de afetividade negativa e mais baixos de afeto positivo (Assunção, 2014; Rask et al., 2002; Dias, 2016).

Para concluir a análise da H2, quanto à *Saúde Mental*, apresentam-se diferenças estatisticamente significativas segundo o sexo, sendo os homens que apresentam níveis mais elevados em qualquer dos sintomas, isto é, que apresentam níveis mais baixos de saúde mental, uma vez que a notas mais elevadas na escala EADS correspondem piores índices de saúde. Também nesta dimensão a hipótese é corroborada, já que se verificam diferenças em função do sexo. No entanto, este resultado contraria grande parte da literatura, a qual refere com frequência que as mulheres tendem a reportar níveis inferiores de Saúde Mental, mais sofrimento psicológico e sintomas patológicos do que os homens (por exemplo, Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton-Taylor, 2001; Bauer, 2004; Neria et al., 2010; Nerdrum, Rustoen, & Ronnestad, 2006; Üner, Özcebe, Telatar, & Tezcan, 2008; Costa, 2005; Santos, Pereira, & Veiga, 2009, citado em Santos, 2011). Caberá em estudos futuros aprofundar estes dados, os quais se poderão dever a especificidades da amostra ocasional, constituída por adultos emergentes, estudantes na sua quase totalidade. Dado que é comum apontar-se, em média, maior sucesso académico ao género feminino por comparação com o masculino, este dado poderá ser importante para compreender os

resultados positivos encontrados para as mulheres. Este poderá ser um factor a explorar em estudos futuros.

Relativamente à Hipótese 3 – *O uso de medicamentos varia em função do sexo*, não se verificam diferenças significativas para o sexo, rejeitando-se deste modo a hipótese. Este resultado é coerente com os da anterior hipótese, no que se refere às mulheres, não se destacando estas negativamente. De acordo com estudos anteriores, esperava-se encontrar resultados diferentes. Em Pelotas (Brasil), no ano de 2002, num estudo transversal com uma amostra da população geral, composta por indivíduos com idades a partir dos 20 anos, foi avaliada a utilização global de medicamentos (Bertoldi, Barros, Hallal & Lima, 2004). Neste estudo, foi encontrada uma prevalência de 65,9% quanto a essa utilização global (10% referem-se a psicofármacos e 3,1% a antidepressivos), sendo que a prevalência do uso de medicamentos foi mais elevada entre as mulheres, idosos e nível económico mais alto. Também no estudo intitulado *Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006* (Garcias, Pinheiro, Garcias, Horta & Brum, 2008), realizado com mais de 1300 adultos de ambos os sexos, se constatou que a percentagem de pessoas que fez uso de antidepressivos, nos últimos 15 dias, foi de 11,6% entre as mulheres, enquanto que, entre os homens, foi de 4,8%, sendo esta diferença significativa ($p < 0,0001$). De facto, o estudo considera que “os principais fatores associados ao uso de antidepressivos [...] foram: ser do sexo feminino, pertencer aos níveis socioeconómicos mais elevados (A e B) e a ausência de uma atividade de trabalho” (p. 1570). Entre as explicações para o maior consumo de antidepressivos entre as mulheres, os autores apontam a maior frequência de transtornos de ansiedade e depressão no sexo feminino. Face à ausência de diferenças entre os sexos encontradas no presente estudo, contrastando com alguns dados da literatura anterior mas em consonância com alguns dos resultados deste mesmo estudo, caberá aprofundar esta questão, de forma a perceber se esta ausência de diferenças entre os sexos no uso de medicamentos, numa amostra de adultos emergentes, se manteria caso se alargasse a faixa etária, incluindo também adultos mais velhos, como é o caso dos estudos anteriormente citados.

Na Hipótese 4 – *Não existe relação entre a idade e os níveis de inteligência emocional, saúde mental e satisfação com a vida*, analisada através do coeficiente de correlação de Spearman, verificamos apenas a existência de uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a idade e o stress, verificando-se um ligeiro incremento de stress à medida que a idade aumenta e *vice-versa*. Considerando que a única correlação

($r=0,153$; $p=0,01$) verificada, apesar de estatisticamente significativa, é baixa Pallant (2005), consideramos que a hipótese é corroborada, não havendo associação estatisticamente relevante entre a idade dos sujeitos e os constructos referidos. Dado que os sujeitos se situam numa faixa etária entre os 18 e os 25 anos ($M=20,44$; $DP=1,704$), considerada uma etapa que encerra consistência no que se refere às características e tarefas desenvolvimentais e que corresponde ao conceito de adultez emergente (por ex., Arnett, 2004; Arnett, Žukauskienė, & Sugimura, 2014), não eram esperadas grandes oscilações nas variáveis em estudo ao longo das idades incluídas no estudo. Destaque-se o facto de se observar uma certa homogeneidade em termos das idades dos sujeitos, sendo que a maioria (62,5 %) se situava entre os 18 e os 20 anos, o que permitia não antever grandes alterações nas associações entre a idade e as outras variáveis investigadas. Também em favor de uma certa uniformidade de condições influentes em aspectos desenvolvimentais, merece ainda destaque o facto de, neste estudo, a totalidade dos sujeitos serem solteiros e quase todos, à excepção de três, serem estudantes. Assim, pode-se assumir que ao longo do período etário aqui estudado, de adultos emergentes, não seria de esperar grandes alterações nos constructos analisados em relação com a idade.

Na Hipótese 5– *O uso de medicamentos varia em função da idade (faixa etária), não havendo no entanto diferenças no tipo de medicamento*, verificamos que existe uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, sendo que dos jovens que fazem uso de medicamentos, a maioria pertence à faixa etária dos 21-25 anos. Quanto à associação entre a idade e a categoria do medicamento, não foram encontradas associações significativas. A hipótese foi então corroborada.. Em Pelotas (Brasil), no ano de 1994, num estudo transversal com uma amostra populacional geral, composta por 1.277 indivíduos, com idade a partir dos 15 anos, moradores de área urbana, foi avaliada a utilização de medicamentos, levando em conta a sua categoria (Bertoldi, Barros, Hallal & Lima, 2004). Neste estudo foi encontrada uma prevalência de 11,9% na utilização de psicofármacos nas duas semanas que antecederam a aplicação do questionário, no qual 1,2% dos indivíduos havia feito uso de antidepressivos. Também no estudo intitulado *Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006* (Garcias, Pinheiro, Garcias, Horta & Brum, 2008), destaca que num estudo comparativo realizado no ano de 1994, também transversal de base populacional geral, composta por 3.542 indivíduos a partir de 15 anos. também residentes na área urbana, foi encontrada uma prevalência de 9,9% na utilização de psicofármacos, no qual 3,1% usaram antidepressivos. Estes dois estudos constataram que o consumo de

psicofármacos crescia conforme o aumento da idade (Garcias et al.,2008). Com relação ao estudo da variável idade com relação à categoria do medicamento utilizado (ansiolíticos e antidepressivos), este se deu por caráter exploratório, não tendo sido encontrados estudos que evidenciam valores para possível referência dentro da faixa etária estudada. Este é um aspecto que será interessante continuar a investigar em pesquisas futuras.

Para concluir o estudo das hipóteses, na análise da Hipótese 6– *Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de inteligência emocional, na saúde mental e na satisfação com a vida em função do uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão*, recorreu-se à significância do teste de Mann-Whitney, que nos indica diferenças estatisticamente significativas na escala da inteligência emocional, nomeadamente na atenção às emoções, na clareza de sentimentos e na reparação do espírito, cujas médias são superiores no grupo de participantes que não faz uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão (N=250), o qual é mais numeroso do que o outro (N=42). Também na escala da saúde mental as diferenças entre os que usam ou não os medicamentos foram estatisticamente significativos, nomeadamente na depressão, na ansiedade e no stress, cujas médias, como seria de esperar, são estatisticamente superiores no grupo de participantes que faz uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão. Finalmente, na escala de Satisfação com a vida, verificou-se que esta média é significativamente superior no grupo de participantes que não faz uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão. No seu conjunto, os resultados permitiram corroborar a hipótese colocada. Quanto à inteligência emocional, podemos colocar a hipótese de que os melhores recursos neste campo poderão constituir-se como fatores que permitem utilizar estratégias que poderão associar-se a melhores índices de saúde mental, como se viu através dos resultados da hipótese 1 (a Tabela 13 evidenciando interessantes correlações negativas entre inteligência emocional e sintomas de depressão, ansiedade e stress), e farão diminuir a necessidade de medicamentos. Quanto à satisfação com a vida, a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo, tal como expectável, esta revela-se mais associada a uma vida sem necessidade de uso de medicamentos para a ansiedade e depressão. Caberá futuramente aprofundar melhor a direção desta associação junto de uma amostra mais alargada e representativa da população de adultos emergentes.

Para além da discussão das hipóteses apresentadas acima, cabe referir que foram encontrados valores que carecem de comentário no que diz respeito aos valores extremos (cf. Tabela 10). Embora esta seja uma análise meramente descritiva, vale a pena referir que, embora as médias encontradas para as variáveis em estudo revelem um cenário

positivo, um número relativamente alto de casos extremos foi encontrado no que se refere aos jovens adultos que apresentam alto índice de depressão, baixa satisfação com a vida, bem como baixa atenção às emoções e clareza de sentimentos. Tais elementos devem ser levados em consideração, dada sua grande importância individual e também social. Se salienta então a importância em se continuar os estudos com esta faixa etária, buscando encontrar respostas para tais resultados, assim como procurar promover o bem-estar destes sujeitos, visando uma alteração deste quadro preocupante para os indivíduos e para a sociedade.

CONCLUSÕES FINAIS

O presente estudo teve como principal objetivo perceber, dentro fase de desenvolvimento do adulto emergente, englobando jovens entre 18 e 25 anos, de ambos os sexos, se existem relações entre Inteligência Emocional, Satisfação com a vida, Saúde Mental e uso de medicamentos para ansiedade ou depressão.

Relativamente aos três principais constructos em análise, verificamos que os adultos emergentes participantes neste estudo apresentam, em média, relativamente à inteligência emocional (TMMS) e seus fatores, valores médios moderados, sendo que a atenção às emoções revela uma média ligeiramente superior, seguindo-se a reparação emocional ou do espírito e a clareza de sentimentos.

Em relação aos fatores da saúde mental (EADS), nesta amostra de adultos emergentes, constatamos a existência de níveis relativamente baixos de sintomatologia patológica, assinalando-se que a média mais alta é a do stress, seguindo-se a depressão e a ansiedade.

No que se refere à satisfação com a vida (SWLS), os resultados apresentam uma média alta, revelando que a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo relatada pelos adultos emergentes que participaram no estudo é bastante positiva.

Considerando em conjunto os dados que acabamos de referir, pode-se concluir que esta amostra de adultos emergentes revela dados positivos quanto ao seu bem-estar, saúde mental e inteligência emocional, apesar da época de alguma indefinição (por exemplo, profissional e nas relações românticas estáveis) e de contraste entre autonomia e dependência (por exemplo, financeira), referidos pela literatura relativamente à adultez emergente (Arnett, 1998, 2000, 2014). Assim, apesar daqueles aspetos, esta época de especial oportunidade de exploração da identidade e de alargamento de perspectivas (Arnett, 2000, 2001, 2014), parece ser vivido de forma não problemática pelos participantes desta amostra, os quais revelam até níveis bastante bons de satisfação com a vida.

No que concerne ao uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão e categoria de medicamentos, constatamos que a maioria dos participantes não faz uso de medicamentos (85,6%) para a ansiedade ou depressão, sendo que, dos participantes que fazem uso de medicamentos (14,4%), a maioria toma ansiolíticos (59%), seguindo-se os participantes que tomam antidepressivos (38,1%). O facto de a percentagem de utilização de medicamentos para a ansiedade e depressão não ser elevada, embora não seja mais baixa do que as referidas em alguns estudos (Garcias et al., 2008), encontra-se de acordo com as conclusões anteriores relativamente a esta amostra de adultos emergentes. Seja de

que forma for, interessa continuar a investir na promoção de condições para a saúde mental, facto que pode ser facilitado pelo desenvolvimento da literacia em saúde mental, bastante necessária junto de todos os sujeitos, inclusivamente os jovens adultos (Vale-Dias, Carvalho, Martins, & Vieira, 2014).

O estudo da relação entre os principais construtos revela correlações bastante interessantes, na sua maioria moderadas, mas perto do patamar superior desta classificação, isto é, próximas de 0,50. Com efeito, os resultados referentes ao estudo da relação entre os fatores da Escala de Inteligência Emocional e a Satisfação com a Vida indicam a existência de associações significativas positivas e moderadas entre as variáveis. Ou seja, a Satisfação com a Vida está positivamente associada à Atenção às Emoções, à Clareza de Sentimentos e à Reparação emocional ou do Espírito.

Embora a Atenção às Emoções não apresente associações significativas com os fatores da Saúde Mental, a Clareza de Sentimentos e a Reparação do Espírito apresentam associações significativas com a Saúde Mental. Assim, a Clareza de Sentimentos e a Reparação do Espírito, fatores da Inteligência Emocional, revelam correlações negativas, significativas e moderadas com a Depressão, a Ansiedade e o Stress. Os resultados da associação entre os fatores da Escala de Saúde Mental e a Satisfação com a vida indicam a existência de associações estatisticamente significativas negativas e moderadas entre as variáveis, isto é, a Satisfação com a vida está associada negativamente à Depressão, à Ansiedade e ao Stress.

Atendendo a este conjunto de resultados, será importante investir na promoção e desenvolvimento da Inteligência Emocional, contribuindo para a Satisfação com a vida e, conseqüentemente, para a Saúde Mental. Será também importante investigar modelos mais complexos que impliquem considerar todas estas variáveis em relação.

Na Saúde Mental, apresentam-se diferenças estatisticamente significativas segundo o sexo, sendo os homens que apresentam níveis mais elevados de sintomas de Depressão, Ansiedade e Stress. Embora diversa literatura mostre que as mulheres tendem a apresentar níveis mais baixos de Saúde Mental, com maior sofrimento psicológico e mais sintomatologia do que os homens, os dados do presente estudo não corroboram essa tendência. Já que essas diferenças de género, de acordo com Mendes “são consistentes ao longo de vários países, como, por exemplo, o Canadá (Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton-Taylor, 2001), a Noruega (Nerdrum, Rustoen, & Ronnstad, 2006) a Turquia (Üner, Özcebe, Telatar, & Tezcan, 2008) ou Portugal (Costa, 2005; Santos, Pereira, & Veiga, 2009, citado em Santos, 2011)”, interessa continuar a explorar a razão dos dados

aqui obtidos (2016, 41). Na discussão destes resultados, foram deixadas algumas pistas de pesquisa que apontam para a exploração de algumas especificidades da amostra e para fatores como o papel do sucesso acadêmico feminino no seu bem-estar.

Ainda em relação ao efeito do gênero, os resultados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas na Atenção às Emoções, fator da Inteligência Emocional, e ainda na Satisfação com a vida, cujas médias são superiores no gênero feminino. Atendendo a estes dados, seria interessante, junto dos homens, investir em estratégias específicas para o desenvolvimento da componente da Inteligência Emocional que se refere à Atenção às emoções.

Em relação ao uso de medicamentos e ao sexo dos participantes, verificamos que não existem associações estatisticamente significativas entre as duas variáveis, o que nos leva a concluir acerca da independência das variáveis.

Em suma, as diferenças de gênero analisadas neste estudo foram evidentes nos principais constructos: Atenção às emoções (Inteligência Emocional), Satisfação com a vida e Saúde Mental, sendo em todas elas mais favoráveis ao sexo feminino, facto que abre portas para novas pesquisas, inclusivamente no que se refere ao funcionamento do cérebro e aos factores da Inteligência Emocional. É sabido que o cérebro feminino e masculino processa a informação e a linguagem de formas diferentes.

Neste estudo, foi também possível verificar a existência de associação entre a idade e os níveis de inteligência emocional, saúde mental e satisfação, tendo-se notado, tal como esperávamos para esta fase de adultez emergente, tomada como relativamente uniforme em termos das tarefas desenvolvimentais ao longo desse período, a ausência de uma associação positiva e estatisticamente significativa e relevante entre a idade e os constructos em análise. No entanto, foi possível encontrar uma associação entre a faixa etária e o uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão, sendo que os resultados indicam que, dos participantes que fazem uso de medicamentos para a ansiedade ou depressão, a maioria pertence à faixa dos 21-25 anos (59,5%).

No decorrer desta investigação, encontramos resultados extremamente interessantes, tendo em vista uma fase do desenvolvimento que apenas recentemente ganhou um maior interesse nas áreas de investigação científica, podendo estes contribuir diretamente para estudos posteriores, uma vez que os instrumentos apresentaram boas qualidades psicométricas, e podendo, também, permitir comparações transculturais, sendo que os aspectos estudados são transversais a outras culturas. Outro fator que merece destaque refere-se à homogeneidade entre os sexos dispostos na pesquisa, sendo próximo o número

de homens e mulheres presentes na amostra. Cabe ainda destacar que todos os instrumentos foram aplicados presencialmente, impossibilitando qualquer fraude aleatória relacionada com instrumentos com aplicabilidade online. Refira-se também que o valor de números extremos encontrados nas escalas aplicadas pode ter uma implicação prática importante, pois nos levam a direcionar, de forma imediata, a atenção para estes jovens, uma vez que tais números podem ser indicadores de transtornos mentais graves, cujo tratamento adequado pode vir a ser imprescindível para um desenvolvimento saudável. Contudo, também foi possível perceber a existência de limitações no âmbito da investigação apresentada. Elas remetem-nos essencialmente para o tamanho da amostra, um tanto limitado, e para o facto de esta ser de conveniência e se referir apenas a uma população restrita de adultos emergentes, sendo todos os sujeitos universitários e estudantes da mesma universidade.

De qualquer modo, podemos salientar que, apesar dos contextos de limitações apresentados, resultados de suma importância nos foram apresentados. Há que pensar em maneiras de se promover o bem-estar dessa faixa etária, nomeadamente considerando os indivíduos que apresentam dificuldades a este nível, visando uma melhor qualidade de vida e perspectiva de sucesso seja pessoal, académico ou profissional. Acredito também ser de suma importância identificar de maneira mais abrangente a presença de fatores indicadores de saúde mental na comunidade académica de Coimbra, visando posteriormente orientar, prevenir e estabelecer medidas adequadas, que proporcionem cuidados para com a saúde mental destes jovens, que possam ser também posteriormente estudados noutras comunidades de adultos emergentes.

Em estudos futuros sugere-se a inclusão de novas medidas, permitindo a análise de outras variáveis, tais como de personalidade e confiança interpessoal. Sugere-se também a repetição do estudo com uma amostra mais alargada e diversificada, que permita perceber melhor o controle de diferentes variáveis, agregando o uso de roteiros de entrevista que sejam úteis para avaliar mais precisamente aspectos emocionais de cada sujeito. Acredito ser de significância investigativa comparar este estudo com outros referentes a uma população universitária distinta da de Coimbra, ou até mesmo da população geral de jovens de Portugal e de outros países. Finalmente, também seria interessante estudar estes mesmos constructos em adultos para além da etapa da adultez emergente.

Bibliografia

- Abbott, A. (2012). Urban decay: scientists are testing the idea that the stress of modern city life is a breeding ground for psychosis. *Nature*, *490*, 162-164.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). Happiness and social skills. *Personality and Individual Differences*, *11*, 1255-1261.
- Arnett, J. J. (1998). Learning to stand alone: The contemporary American transition to adulthood in cultural and historical context. *Human Development*, *41*, 295-315.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from late teens through the twenties. *American Psychologist*, *55*, 469-480.
- Arnett, J. J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development*, *8*, 133-143.
- Arnett, J. J. (2004). Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties. *New York, NY, US: Oxford University Press* is a department of the University of Oxford.
- Arnett, J.J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: implications for mental health. *The Lancet*, *1*, 569-576.
- Arnett, J. J. (2006). Emerging adulthood: Understanding the new way of coming of age. In J. Arnett & L. Tanner (Eds). *Emerging adulthood in America: Coming of age in the 21st Century* (pp. 3-19). Washington, DC. American Psychological Association.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, *78* (5), 359-366.
- Baltes, P. B., & Goulet, L. R. (1970). *Life-span Developmental Psychology*. New York: Academic Press.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of the lifespan developmental psychology : On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, *23*, 611-696.

- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Barbui C & Tansella M (2005) Psychotropic drug epidemiology: the road travelled, the road ahead. *International Review of Psychiatry*, 17, 143–145.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In R. Bar –on & J.D.A. Parker (Eds), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 363-388). San Francisco: Jossey- Bass.
- Bar-On, R (2006). The Bar-On Model of Emotional- Social Intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, supl., 12-25. Disponível em www.eiconsortium.org.
- Bartley, C. & Roesch, S. (2011). Coping with daily stress: the role of conscientiousness. *Personality and Individual Differences*, 50, 79-83.
- Bartram, D., Sinclair, J. & Baldwin, D. (2013). Further validation of the WarwickEdinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) in the UK veterinary profession: Rasch analysis. *Quality of Life Research*, 22 (2), 379-391.
- Bauer, S. (2004). *Da ansiedade à depressão*. Campinas: Editora Livro Pleno.
- Bertoldi, A.D., Barros, A.J.D., Hallal, P.C., & Lima, R.C. (2004). Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública*, 38, 228-238.
- Bischoff, R. (2004). Depression. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 3 (4), 81-88.
- Brackett, M., Lopes, P. N., Ivcevic, Z., Mayer, J. D., & Salovey, P. (2004). Integrating emotion and cognition: The role of emotional intelligence. In D. Dai e R. J. Sternberg (Eds.), *Motivation, emotion, and cognition: Integrating perspectives on intellectual functioning* (pp. 175-194). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Bayram, N. & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 667-672.

- Brenes, G., Knudson, M., McCall, W., Williamson, J., Miller, M. & Stanley, M. (2008). Age and racial differences in the presentation and treatment of generalized anxiety disorder in primary care. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1128-1136.
- Buttorff, C., Hock, R., Weiss, H., Naik, S., Araya, R., Kirkwood, B., Chisholm, D. & Patel, V. (2012). Economic evaluation of a task-shifting intervention for common mental disorders in India. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 813-821.
- Callegari, A. (2000). *Como vencer o stress, a ansiedade e a depressão*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Campbell, J. & Ehlert, U. (2012). Acute psychosocial stress: Does the emotional stress response correspond with physiological responses? *Psychoneuroendocrinology*, 37, 1111-1134.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F. & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 20-23.
- Côté, J. (2000). *Arrested adulthood: The changing nature of maturity and identity*. New York: New York University Press.
- Côté, J. (2006). Emerging adulthood as an institutionalized moratorium: Risks and benefits to identity formation. In J. Arnett & L. Tanner (Eds). *Emerging adulthood in America: Coming of age in the 21st Century* (pp. 85-116). Washington, DC. American Psychological Association.
- Diener, E. (1985). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Diener, E., Sapyta, J., & Suh, E. (1998). Subjective Well-Being is Essential to WellBeing. *Psychological Inquiry*, 9 (1), 33-37.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2000). New Directions In Subjective Well Being Research: The Cutting Edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27, 21-33.
- Diener, E. & M. Seligman (2002). *Very happy people*. APA, January.

- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5 (1), 1-31.
- DSM-IV. American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: *Editora Artmed*, 4a. ed.
- DSM-V. American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: *Editora Artmed*, 5a. ed.
- Edwards S & Kumar V (1984) A survey of prescribing of psychotropic drugs in a Birmingham psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry*, 145, 502–507.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Fernández Berrocal, P., & Ruiz, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(2), 421-436.
- Fortuna, A. P. (2010). *Personalidade e bem-estar subjetivo: O papel da inteligência emocional*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, apresentado ao Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, Portugal.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Garcias, C., Pinheiro, R., Garcias, G., Horta, B., & Brum, C. (2008). Prevalence of antidepressant use and associated factors among adults in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2006. *Cad. Saúde Pública*, 24(7),1565-1571. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1610.pdf>
- Goldenberg., I, Matheson. J. & Mantler. J. (2006). The Assessment of Emotional Intelligence: A Comparison of Performance- Based and Self – Report Methodologies. *Journal of Personality Assessment*, 86 (1), 33-45.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas & Debates.
- Goleman, D. (1998). *Trabalhar com a inteligência emocional*. Lisboa: Temas & Debates
- Goleman, D. (2001). A EI-based theory of performance. In C. Cherniss & D. Goleman, *The emotionally intelligence workplace* (pp-27-44). San Francisco: Jossey Bass.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 13-27.

- Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). *O stress: emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp.3-24). New York: The Guilford Press.
- Hallahan B, Murray I, McDonald C (2009) Benzodiazepine and hypnotic prescribing in an acute adult psychiatric in-patient unit. *Psychiatric Bulletin*, 33,12–4.
- Harris CM, Heywood PL, Clayden AD (1990) *The Analysis of Prescribing in General Practice: A Guide to Audit and Research*. London: HSMO.
- Hetem, L. & Graeff, F. (2004). Transtornos de ansiedade. São Paulo: Atheneu.
- Herxheimer A (1976) Ignorance: educating doctors to use drugs well. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 3, 111-112.
- Hodgson R & Belgamwar R (2006) Off-label prescribing by psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 30, 55-7.
- Hodgson R, Sukumaran MK, Sudharsan S, Kumar M (2008) Prescribing on psychiatric acute wards at four hospitals. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 12 (3):10–14.
- Holmes, D. (2001). *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto: Artmed.
- Iwanaga, M., Yokoyama, H. & Seiwa, H. (2004). Coping availability and stress reduction for optimistic and pessimistic individuals. *Personality and Individual Differences*, 36, 11–22.
- Johansen, J. (2013). Anxiety is the sum of its parts. *Nature*, 496, 174-175.
- Keyes, C. & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the united states: a descriptive epidemiology. O. G. Brim, C. D. Ryff & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 350-372). Chicago: IL The University of Chicago Press.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2), 121-140.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.

- Keyes, C. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: the complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging & Mental Health*, 8 (3), 266-274.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. (2006a). Mental health in the CDS youth: is america's youth flourishing? *PSID*, 1-25.
- Keyes, C. (2006b). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: an introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing - a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62 (2), p. 95-108.
- Keyes, C., Dhingra, S. & Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100 (12), 2366-2371.
- Keyes, C., Eisenberg, D., Perry, G., Dube, S., Kroenke, K. & Dhingra, S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 60 (2), 126-133.
- Keyes, C., Wissing, M., Potgieter, J., Temane, M., Kruger, A. & Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum – short form (MHC-SF) in Setswanaspeaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 181-192.
- Kopp, M., Thege, B., Balog, P., Stauder, A., Salavecz, G., Rózsa, S., Purebl, G. & Ádám, S. (2010). Measures of stress in epidemiological research. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 211-225
- Kung, C. & Chan, C. (2014). Differential roles of positive and negative perfectionism in predicting ocupacional eustress and distress. *Personality and Individual Differences*, 58, 76-81.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Lenze, E., Rollman, B., Shear, M., Dew, M., Pollock, B., Ciliberti, C., Costantino, M., Snyder, S., Shi, P., Spitznagel, E., Andreescu, C., Butters, M. & Reynolds, C. (2009). Escitalopram for older adults with generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 301 (3), 295-303.
- Lopes et al. (2004). Emotional Intelligence and Social Interaction. *Pers Soc Psychol Bull*, 30(8), 1018-1034.
- Lopez, B., Turner, R. & Saavedra, L. (2005). Anxiety and risk for substance dependence among late adolescents/young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 275-294.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Maia, A. (1999). Estatuto empírico das terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 20 (3), 205-212.
- Maia de Carvalho, M. P. & Vale Dias, M.L. (2011). Contributos para o desenvolvimento de uma vida de qualidade: factores sócio demográficos e estilos de coping preditores de bem-estar psicológico. In Chaleta, M. L., Rebelo dos Santos, N. & Grácio, M. L. (Coords.), *Actas do II Congresso Internacional Interfaces da Psicologia* (pp.149-169). Évora: Centro de Investigação e Educação em Psicologia.
- Maia de Carvalho, M. P. & Vale Dias, M.L. (2012). Saúde Mental e Desenvolvimento Pessoal Positivo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4, 135-143.
- Mayer, J. D., Caruso, D., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2000a). Models of emotional intelligence. In R. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 396- 420). Cambridge: Cambridge University

- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2000b). Emotional Intelligence as Zeitgeist, as Personality, and as a Mental Ability. In R. Bar –on & J.D.A. Parker (Eds), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 92 -115). San Francisco: Jossey- Bass
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implication* (pp. 3 - 31). New York: Basic Books.
- Marmorstein, N. (2012). Anxiety disorders and substance use disorders: different associations by anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 26, 88-94.
- Maroco, J. (2014). *Análise Estatística: Com o SPSS Statistics* (6^a ed.). Lisboa: ReportNumber. ISBN 978-989-96763-4-3.
- Martinez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 3-13.
- Matos, A., André, R., Cherpe, R., Rodrigues, D., Figueira, C. & Pinto, A. (2010). Estudo psicométrico preliminar da Mental Health Continuum - Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portugueses. *Psychologica*, 53, 131-156.
- Matos, E., Matos, T. & Matos, G. (2006). Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. *Estudos de Psicologia*, 23 (2), 173-179.
- Matos, A., André, R., Cherpe, R., Rodrigues, D., Figueira, C. & Pinto, A. (2010). Estudo psicométrico preliminar da Mental Health Continuum - Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portugueses. *Psychologica*, 53, 131-156.
- Matud, M. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- Mendes, A. R. C. (2014). *O papel moderador da inteligência emocional na relação entre regulação emocional e bem-estar: Um estudo com trabalhadores portugueses*. Dissertação de Mestrado em Psicologia das Organizações e do Trabalho não publicada apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Mendes, J . (2013). *Padrão de prescrição de psicofármacos em unidades de internamento agudo de serviços de psiquiatria em Portugal*. Dissertação do Mestrado Internacional em Políticas e Serviços de Saúde Mental, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

- Mendes, T. (2016). *De Adulto Emergente a Adulto de Meia-Idade: Estudo das relações entre Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado em Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento não publicada, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Monte, K. (2014). *Caraterização da Saúde Mental numa população jovem dos Açores: da psicopatologia ao bem-estar*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Monteiro, I. (2012). *Depressão: Porque uns deprimem e outros não?*. Lisboa: Climepsi.
- Murofuse, N., Abranches, S. & Napoleão, A. (2005). Reflexes sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (2), 255-261.
- Neria, Y., Besser, A., Kiper, D. & Westphal, M. (2010). A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in Israeli civilians exposed to war trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (3), 322-330.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oliveira, E. (2008). *Estudo Exploratório da Inteligência Emocional em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Pafaro, R. & Martino, M. (2004). Estudo do estresse do enfermeiro em dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 38 (2), 152-160.
- 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.
- Paranhos, M. & Werlang, B. (2009). Diagnóstico e intensidade da depressão. *Babarói*, 31, 111-125.

- Paton C & Lelliott P (2004) The use of prescribing indicators to measure the quality of care in psychiatric inpatients. *Quality & Safety in Health Care*, 13, 40-5.
- Pinheiro, M., Quintella, R. & Vertzman, J. (2010). Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicologia Clínica*, 22 (2), 147-168.
- Pinheiro, T. (2005). Depressão na contemporaneidade. *Revista de Psicanálise*, 18 (182), 101-109.
- Prior, A . (2017). *Inteligência emocional, bem-estar e saúde mental: um estudo com técnicos de apoio à vítima*. Dissertação de Mestrado em Psicologia clínica e da saúde, apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Queirós, M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. Carral, J. M. C. & Queirós, P. S. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 199-216.
- Queirós, M. (2014). *Inteligência Emocional – Aprender a ser Feliz*. Porto: Porto Editora.
- Roberts, R., Zeidner, M., & Matthews, G. (2001). Does emotional intelligence meet traditional standards for an “intelligence”? Some new data and conclusion. *Emotions*, 1, 196-231.
- Sahoo, S. & Khess, C. (2010). Prevalence of depression, anxiety and stress among young male adults in India: a dimensional and categorical diagnosis-based study. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 198 (12), 901-904.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Santos, M . (2011). *Saúde mental e comportamento de risco em estudantes universitários*. Tese de Doutoramento em Psicologia, apresentada à Universidade de Aveiro.
- Scott, S. (2013). Depression. *Nursing Standard*, 28 (8), 61.
- Serra, A. (2005). As múltiplas facetas do stress. In A. M. Pinto & A. L. Silva (Eds.), *Stress e bem-estar* (1ª edição) (17-42). Lisboa: Climepsi Editores.
- Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. Lda.

- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M. & Oliveira, M. A. (2000). O bem-estar subjectivo dos adultos: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4 (2), 243-279.
- Sheppard C, Collins L, Florentino D, Fracchia J, Merliss S (1969) Polypharmacy in psychiatric treatment: 1. Incidence at a state hospital. *Current Therapeutic Research*, 11, 765-74.
- Sousa, F. (2005). O que é “ser adulto”: As práticas e representações sociais sobre o que é “ser adulto” na sociedade portuguesa. *Revista Moçambros: Acolhendo a alfabetização nos países de língua portuguesa*, 1.(2), 56-69. Consultado em Setembro 2007, [http:// www.moçambros.org](http://www.moçambros.org).
- Straand J & Rokstad KS (1997) General practitioner’s prescribing patterns of benzodiazepine hypnotics: are elderly patients at particular risk for overprescribing? A report from the More and Romsdal prescription study. *Scandinavian journal of primary health care*, 15:16–21
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5 (63).
- Teodoro, W. (2010). Depressão: corpo, mente e alma. Retirado de <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/depressaocma.pdf>
- Vandenplas-Holper (2000). *Desenvolvimento Psicológico na Idade Adulta e Durante a Velhice*. Porto: Edições Asa.
- Vale-Dias, M. L., Carvalho, M., Martins, M. J. & Vieira, S. (2014). Mental health literacy, stigma, shame and self criticism: a study among young adults. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. XXVI, 1, Vol. 2, 47-56.
- Volz A, Khorsand V, Gillies D, Leucht S (2007) Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*. Art. No.: CD00639.
- Xia, L., Ding, C., Hollon, S. & Wan, L. (2013). Self-supporting personality and psychological symptoms: the mediating effects of stress and social support. *Personality and Individual Differences*, 54, 408-413.

Walkup, J. & Albano, A. (2011). Commentary on the special issue. [Editorial]. *Depression and Anxiety*, 28, 1-4.

Weissman, M. (2009). Depression. *Annals of Epidemiology*, 19 (4), 264-267.

Anexos

ANEXO I – PEDIDO DE COLABORAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO



FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

PEDIDO DE COLABORAÇÃO

EM INVESTIGAÇÃO

E CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo sobre “As relações entre Inteligência Emocional, Satisfação com a Vida, Saúde Mental e o uso de Medicamentos para Ansiedade ou Depressão no Adulto Emergente” está a ser realizado no âmbito da Tese de Mestrado em Temas de Psicologia do Desenvolvimento da *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*, elaborada pela Dr.ª Marina Cesar Pimenta, sendo orientada pela Professora Doutora Maria da Luz Vale Dias.

A atual investigação tem por objetivo perceber, junto aos Jovens Adultos, se existem relações entre Inteligência Emocional, Satisfação com a vida, Saúde Mental e o uso de medicamentos para ansiedade ou depressão, bem como estabelecer o índice do uso destes medicamentos na faixa etária estudada, clarificando ainda o potencial efeito preditor da Inteligência Emocional sobre a Saúde Mental, a Satisfação com a vida e o uso de medicamentos, assim como o valor preditivo da Saúde Mental face à Inteligência Emocional, Satisfação com a vida e ao uso de medicamentos.

Assim, pedimos a sua colaboração neste estudo, através da resposta aos questionários que se seguem. Será assegurado o completo anonimato e confidencialidade da informação recolhida e os dados apenas serão utilizados para efeito da presente investigação. Não há respostas certas ou erradas. Será muito importante que responda de forma individual e sincera às questões que lhe serão colocadas.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 09 de Março de 2017

Prof. Doutora Maria Vale Dias

INVESTIGADORA MARINA CESAR PIMENTA

CONTACTO:

Maria da Luz Vale Dias – valedias@fpce.uc.pt

Marina Cesar Pimenta – marinapimentapsique@hotmail.com

Eu, _____, declaro ter sido suficientemente informado(a), aceitando participar nesta investigação.

_____ (localidade), ___ de _____ de 2017

Assinatura: _____

ANEXO II – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Por favor responda às questões a seguir de acordo com o que se aplica às suas condições de vida. A análise destas respostas será aplicada à amostra global, sendo que todos os dados são anônimos e confidenciais.

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo

Profissão: _____

Habilitações Literárias :

4ºano 12ºano Mestrado

9ºano Licenciatura Doutorado

Faz uso de medicamento para depressão ou ansiedade: Sim Não

Se sim, Qual ? _____

Acerca do seu Pai, por favor indique:

Habilitações Literárias:

4ºano 12ºano Mestrado

9ºano Licenciatura Doutorado

Profissão: _____

Situação na Profissão: Empregado Desempregado

Acerca da sua Mãe, por favor indique:

Habilitações Literárias:

4ºano 12ºano Mestrado

9ºano Licenciatura Doutorado

Profissão: _____

Situação na Profissão: Empregado Desempregado

ANEXO III – SWLS – Escala de Satisfação com a Vida.

SWLS

Satisfaction With Life Scale (Diener et al., 1985; versão portuguesa de Simões, 1992)

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 5 e marque uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo, nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As minhas condições de vida são muito boas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO IV – TMMS-24 – Escala da Inteligência Emocional

➤ **TMMS-24**

INSTRUÇÕES

Neste questionário encontrará algumas afirmações sobre as suas emoções e sentimentos.

Leia atentamente cada frase e indique, por favor, o grau em que está de acordo ou desacordo com cada uma delas marcando com **X** o número que mais se aproxima das suas preferências.

Tenha sempre presente que não há respostas certas ou erradas, nem respostas boas ou más. Não gaste muito tempo a pensar em cada resposta.

	1	2	3	4	5
	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo plenamente
1. Presto muita atenção aos meus sentimentos.					1 2 3 4 5
2. Preocupo-me muito com os meus sentimentos.					1 2 3 4 5
3. Acho que é útil pensar nas minhas emoções.					1 2 3 4 5
4. Vale a pena prestar atenção às minhas emoções e estados de espírito.					1 2 3 4 5
5. Deixo que os meus sentimentos se intrometam com os meus pensamentos.					1 2 3 4 5
6. Penso constantemente no meu estado de espírito.					1 2 3 4 5
7. Penso muitas vezes nos meus sentimentos.					1 2 3 4 5
8. Presto muita atenção àquilo que sinto.					1 2 3 4 5
9. Normalmente sei o que estou a sentir.					1 2 3 4 5
10. Muitas vezes consigo saber aquilo que sinto.					1 2 3 4 5
11. Quase sempre sei exactamente aquilo que sinto.					1 2 3 4 5
12. Normalmente conheço os meus sentimentos sobre as pessoas ou qualquer assunto.					1 2 3 4 5
13. Tenho, muitas vezes, consciência do que sinto sobre qualquer assunto.					1 2 3 4 5
14. Consigo dizer sempre o que sinto.					1 2 3 4 5
15. Às vezes, consigo dizer o que sinto.					1 2 3 4 5
16. Consigo perceber aquilo que sinto.					1 2 3 4 5
17. Embora, por vezes, esteja triste tenho, quase sempre, uma atitude optimista.					1 2 3 4 5
18. Mesmo que me sinta mal, tento pensar em coisas agradáveis.					1 2 3 4 5
19. Quando me aborreço, penso nas coisas agradáveis da vida.					1 2 3 4 5
20. Tento ter pensamentos positivos mesmo que me sinta mal.					1 2 3 4 5
21. Se sinto que estou a perder a cabeça, tento acalmar-me.					1 2 3 4 5
22. Preocupo-me em manter um bom estado de espírito.					1 2 3 4 5
23. Tenho sempre muita energia quando estou feliz.					1 2 3 4 5
24. Quando estou zangado procuro mudar a minha disposição.					1 2 3 4 5

ANEXO V – EADS 21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.

EADS-21 -					
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i> 0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Reference- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239