

**A SAÚDE MENTAL COMO UM ESTADO COMPLETO: INSTRUMENTOS DE
AVALIAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM QUALIDADE DE VIDA,
PERSONALIDADE E VARIÁVEIS BIODEMOGRÁFICAS**

Wagner de Lara Machado

Tese apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
sob orientação da Prof^a Dr^a Denise Ruschel Bandeira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, Novembro de 2013.

AGRADECIMENTOS

Nesta seção gostaria de prestar meus sinceros agradecimentos as pessoas que tornaram este sonho possível:

À Prof^a Dr^a Denise Ruschel Bandeira, minha orientadora desde o mestrado, por toda a sua atenção e zelo, pelo estímulo a encarar novos desafios de forma autônoma e pelo exemplo profissional inspirador. Agradeço por poder contar com a tua amizade, além de tua orientação acadêmica.

À minha família, em especial meus pais Nara Elisa de Lara Machado e Helio Fernandes Machado, que sonharam comigo essa jornada e sempre estiveram ao meu lado para me confortar e estimular a seguir em frente. À minha companheira, Luciele Varaschini Teixeira, amada e amiga de todas as horas, obrigado por estar sempre ao meu lado e ser tão presente em minha vida.

Aos colegas e amigos do Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP) e aos colegas e amigos de outros grupos de pesquisa, Bruno Damásio, Nelson Hauck Manoela Ziebell, Juliana Sbicigo e Cristian Zanon, por estes seis anos de companheirismo e de partilha de experiências.

Aos professores Cláudia Giacomoni, Jerusa Salles, Sílvia Koller, Claudio Hutz, Marco Teixeira e William Gomes pelo aprendizado proporcionado pela ocasião de trabalhar em projetos junto aos seus grupos de pesquisa.

Aos professores Jorge Sarriera e Marco Teixeira revisores do projeto e da versão final da presente tese, respectivamente. Aos professores Christian Kristensen e Makilim Baptista

membros da banca avaliadora desta tese. Agradeço pela cuidadosa leitura e por suas valiosas contribuições no sentido de qualificar o presente trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio, por meio de bolsa, para a realização desta pesquisa.

Sumário

RESUMO	9
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	11
Avaliação psicométrica da saúde mental positiva.....	14
Correlatos da saúde mental positiva.....	15
Justificativa e objetivos da tese	16
Objetivo geral da tese	17
Objetivos específicos da tese:	17
CAPÍTULO II - UNIDIMENSIONALIDADE DA SAÚDE MENTAL POSITIVA: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA <i>MENTAL HEALTH CONTINUUM – SHORT FORM</i> (MHC-SF) PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO.....	18
Resumo	18
Abstract	19
Introdução	20
Avaliação psicométrica da saúde mental positiva.....	22
Método	23

Adaptação do Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) para o Português brasileiro.....	23
Validação e propriedades psicométricas do Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF)	24
Participantes e procedimentos.....	24
Instrumentos	25
Resultados.....	26
Discussão	33
Conclusão.....	34
Referências.....	36
CAPÍTULO III - ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS-21) PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO.....	43
Resumo	43
Abstract.....	44
Introdução	45
Método	46
Adaptação da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) para o Português brasileiro.....	46

Validação e propriedades psicométricas da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21).....	47
Participantes e procedimentos.....	47
Instrumentos.....	48
Resultados.....	50
Discussão.....	55
Conclusão.....	57
Referências.....	59
CAPÍTULO IV - RELAÇÕES ENTRE SAÚDE MENTAL POSITIVA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE: UM ESTUDO CORRELACIONAL.....	64
Resumo.....	64
Abstract.....	65
Introdução.....	66
Método.....	68
Participantes e procedimentos.....	68
Instrumentos.....	69
Resultados.....	69

Discussão	71
Conclusão.....	73
Referências.....	74
CAPÍTULO V - A SAÚDE MENTAL COMO UM ESTADO COMPLETO: UMA ANÁLISE DOS PREDITORES DEMOGRÁFICOS, PSICOSSOCIAIS E DE PERSONALIDADE	78
Resumo	78
Abstract.....	79
Introdução	80
Método	82
Participantes e procedimentos.....	82
Instrumentos	82
Resultados.....	84
Discussão	88
Conclusão.....	90
Referências.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
Referências	103

Anexo A - Permissão dos autores dos instrumentos originais.....	109
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110
Anexo D - Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF).....	113
Anexo E - Escala de Satisfação de Vida (ESV)	114
Anexo F - Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP)	115
Anexo G - Escala de Estresse Percebido (EEP-10).....	118
Anexo H - Questionário de Saúde Geral – (QSG-12)	119
Anexo I - Questionário de fatores biossociodemográficos e psicossociais	120
Anexo J - Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21)	121
Anexo K - Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36).....	123
Anexo L - Marcadores Reduzidos para a Avaliação da Personalidade – Escala Breve	126

RESUMO

A presente tese aborda o tema da saúde mental positiva. A saúde mental é entendida como um construto com duas dimensões independentes: uma positiva e outra negativa. A dimensão negativa diz respeito à psicopatologia, portanto, sua ausência é condição para a saúde. Já a dimensão positiva inclui características que devem estar presentes para configurar a saúde. Essas características podem ser reunidas em três componentes, o bem-estar emocional, o bem-estar psicológico e o bem-estar social. A avaliação da saúde mental entendida como um estado completo deve, portanto, considerar suas duas dimensões. Foram conduzidos dois estudos com o objetivo de adaptar e validar instrumentos psicométricos referentes às duas dimensões da saúde mental. Em uma amostra de adultos brasileiros, os instrumentos *Mental Health Continuum – Short Form* (MHC-SF) e *Depression, Anxiety, and Stress Scale* (DASS-21) apresentaram características psicométricas adequadas. Posteriormente foi investigada a associação entre a saúde mental positiva e a qualidade de vida relacionada à saúde. Os resultados sugerem uma associação positiva entre ambas, especialmente para os componentes referentes à saúde mental e ao funcionamento social. Por fim, foram investigados os preditores, dentre características de personalidade, fatores psicossociais e variáveis demográficas, das duas dimensões da saúde mental e de seu estado completo. Vulnerabilidades pessoais (i.e. neuroticismo), características socialmente orientadas (e.g. socialização, extroversão, possuir um relacionamento íntimo, religiosidade/espiritualidade) e idade desempenham um importante papel como fatores de proteção e promoção em relação à saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental; bem-estar; qualidade de vida; personalidade; variáveis biossociodemográficas; psicometria.

ABSTRACT

This thesis addresses the issue of positive mental health. Mental health is understood as a construct with two independent dimensions: one positive and one negative. The negative dimension relates to psychopathology, so its absence determines health. In another way, the positive dimension includes characteristics that must be present to configure health. These characteristics can be grouped into three components, the emotional well-being, psychological well-being and social well-being. The mental health assessment understood as a complete state must therefore consider its two dimensions. Two studies were conducted in order to adapt and validate psychometric instruments related to two dimensions of mental health. In a sample of Brazilian adults, instruments Mental Health Continuum - Short Form (MHC - SF) and Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS - 21) showed adequate psychometric characteristics. Subsequently we investigated the association between positive mental health and quality of life related to health. The results suggest a positive association between the two, especially for components related to mental health and social functioning . Finally, we investigated the predictors, among personality traits, psychosocial factors, and demographic variables, the two dimensions of mental health and its complete state. Personal vulnerabilities (i.e. neuroticism) and socially oriented characteristics (e.g. socialization, extraversion, have an intimate relationship, religiosity/espiritualidade) and age play an important role as protective factors and promotion in relation to mental health.

Key-words: mental health; well-being; quality of life; personality; biosocial-demographic variables; psychometrics.

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

A saúde mental é definida não apenas pela ausência de transtornos mentais, mas também como um “um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza seu próprio potencial, pode lidar com as tensões normais da vida e é capaz de realizar uma contribuição à sua comunidade” (*World Health Organization – WHO*, 2005, p.12). Esta perspectiva, chamada modelo de dois contínuos da saúde mental (Keyes, 2002), é corroborada por uma série de evidências empíricas que sugerem que os componentes positivos (bem-estar) e negativos (transtornos mentais) da saúde mental formam duas dimensões interdependentes (Alterman et al., 2010; Keyes, 2005; Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair, & Battaglini, 1998; Peter, Roberts, & Dengate 2011; Ryff & Singer, 1998; Weich et al., 2011; Westerhof & Keyes, 2010; Wilkinson & Walford, 1998). Desta forma, a saúde mental como um estado completo apenas pode ser investigada levando em consideração seus componentes positivos e negativos. Os aspectos centrais das definições positivas da saúde mental de acordo com a Organização Mundial da Saúde (i.e. bem-estar, funcionamento efetivo do indivíduo e o funcionamento efetivo do indivíduo em sua comunidade, Westerhof & Keyes, 2010) foram operacionalizados por Keyes (2002, 2007; Keyes & Lopez, 2002) por meio de treze indicadores derivados de mais de meio século de investigações sobre o bem-estar no âmbito psicológico (Diener, 1984; Gurin, Veroff, & Feld, 1960; Jahoda, 1958; Keyes, 1998; Ryff, 1989). A saúde mental positiva é constituída por três componentes: o bem-estar emocional, o bem-estar psicológico e o bem-estar social (Gallagher, Lopez, & Preacher, 2009; Keyes, 2002, 2005, 2007; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Linley, Maltby, Wood, Osborne, & Hurling, 2009).

Conforme Keyes (2006), a primeira tentativa de sistematização do conceito de saúde mental positiva é atribuída à psicóloga austríaca Marie Jahoda (1958), em seu livro intitulado “*Current Concepts of Positive Mental Health*”. A autora enumera seis componentes da saúde mental positiva frutos da revisão de obras de teorias da personalidade e psicologia clínica disponíveis à época, os quais são: autoaceitação, desenvolvimento pessoal ou autoatualização, integração do self, autonomia, percepção preservada da realidade e domínio sobre o ambiente. Em seguida, no ano de 1960, Gurin, Veroff e Feld publicaram um relatório sobre a saúde mental dos americanos (no original, “*Americans view their mental health*”) utilizando indicadores de felicidade e satisfação com domínios de vida (trabalho, família, lazer, etc.) em seu estudo. Ambos os trabalhos, de Jahoda (1958) e Gurin et al. (1960), deram origem a duas áreas complementares no estudo da saúde mental positiva, respectivamente, o bem-estar psicológico desenvolvida por Ryff (1989) e o bem-estar subjetivo (ou emocional) sistematizada por Diener (1984). O bem-estar psicológico enfatiza o desenvolvimento de certas potencialidades individuais ou tarefas evolutivas ao longo do desenvolvimento. Essas características são: autoaceitação, relações positivas com outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal (Ryff, 1989). O bem-estar subjetivo é definido como um conjunto de fenômenos que incluem respostas emocionais, domínios de satisfação (e.g. trabalho, lazer, família) e julgamentos globais de satisfação de vida. Existem, entretanto, três componentes básicos do bem-estar subjetivo: satisfação de vida, afetos positivos e afetos negativos. Sendo assim, uma pessoa que possui alto Bem-estar Subjetivo experimenta satisfação com a sua vida como um todo, frequentes afetos positivos (e.g. contentamento, alegria) e infrequentes afetos negativos (e.g. tristeza, raiva) (Diener, 1984). Posteriormente,

Keyes (1998) ampliou a área de estudo do bem-estar incluindo aspectos relativos ao desenvolvimento social, em contraste com o foco centrado no indivíduo característico das abordagens anteriores. Tendo como base teorias originárias na filosofia, na psicologia social e na análise da cultura, o modelo representa tarefas evolutivas relacionadas às experiências interpessoais. Os componentes do bem-estar social incluem: aceitação, atualização, contribuição, coerência e integração social.

Tabela 1

Dimensões e Indicadores da Saúde Mental Positiva

Dimensão	Indicador
Bem-estar emocional	-Afeto positivo: sentir-se alegre, de bom humor, feliz -Satisfação de vida: sentir-se contente e satisfeito com a maioria dos domínios da vida
Bem-estar psicológico	- Autoaceitação: possuir uma atitude positiva em relação a si mesmo e aceitar múltiplos aspectos de sua personalidade - Relações positivas com outros: possuir relacionamentos acolhedores, seguros, íntimos e satisfatórios com outras pessoas - Autonomia: ser autodeterminado, independente, avaliar experiências pessoais segundo seus próprios critérios - Domínio sobre o ambiente: ter competência em manejar o ambiente para satisfazer necessidades e valores pessoais - Propósito na vida: possuir senso de direção, propósito e objetivos na vida -Crescimento pessoal: perceber um contínuo desenvolvimento pessoal e estar aberto a novas experiências
Bem-estar social	- Aceitação social: demonstrar atitudes positivas e de aceitação em relação às diferenças individuais -Atualização social: ter a crença que a sociedade e seus membros possuem capacidade de se desenvolver positivamente -Contribuição social: perceber suas atividades como úteis e importantes por sua sociedade -Coerência social: preocupar-se e se interessar pela sociedade e outras pessoas -Integração social: sentir-se pertencente e apoiado por sua comunidade

Nota. De acordo com Diener (1984), Ryff (1989) & Keyes (1998).

Esse modelo tem sido replicado em diversos estudos, corroborando a estrutura latente dos indicadores de bem-estar no âmbito psicológico (Gallagher et al., 2009; Keyes, 2002, 2005, 2007; Keyes et al., 2002; Linley et al., 2009). No entanto, tendo como referência doutrinas filosóficas ocidentais (em especial a aristotélica), alguns autores sugerem uma distinção entre os componentes da saúde mental positiva, separando-os em componentes hedônicos (foco nas experiências prazerosas) e

eudaimônicos (foco no desenvolvimento pessoal e social), representadas pelos modelos de bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico/social, respectivamente (Keyes & Annas, 2009; Ryan & Deci, 2001; Waterman, 1993). As definições dos treze indicadores da saúde mental positiva e suas dimensões correspondentes são apresentadas na Tabela 1. Estudos de base populacional indicam que a prevalência da saúde mental positiva varia de 12,1% a 16,9% para saúde mental baixa, 56,6% a 67,8% para a saúde mental moderada, e de 9,3% a 40,6% para a saúde mental elevada (Keyes, 2002; Keyes, 2005; Keyes et al., 2008; Huppert & So, 2011).

Avaliação psicométrica da saúde mental positiva

O *Mental Health Continuum – Short Form* (MHC-SF) é o principal instrumento de avaliação da saúde mental positiva no modelo proposto por Keyes (2005). Ele é formado por quatorze itens que representam as diferentes dimensões da saúde mental positiva: três para a dimensão bem-estar emocional, seis para a dimensão bem-estar psicológico e cinco para a dimensão bem-estar social. O MHC-SF possibilita uma avaliação tanto contínua (somatório das subescalas) quanto categórica da saúde mental positiva (baseada nas separatrizes dos escores contínuos), sendo nesta forma os indivíduos classificados como possuindo saúde mental positiva elevada (*flourishing*), moderada (*moderately mentally healthy*) e baixa (*languishing*) (Keyes, 2002, 2005).

A escala foi validada em países como África do Sul (Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger, & van Rooy, 2008), Canadá (Peter et al. 2011), Holanda (Westerhof & Keyes, 2010) e Irã (Joshi, Rostami, & Nosratabadi, 2009), além dos Estados Unidos da América (Keyes, 2002), país em que foi desenvolvida. Diversos estudos indicam que o instrumento possui bons níveis de fidedignidade e validade fatorial (Keyes, 2005; Keyes et al., 2008; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, &

Keyes, 2011; Robitschek & Keyes, 2009) assim como validade discriminante em relação a indicadores de psicopatologia (Alterman et al., 2010; Keyes, 2005; Massé et al., 1998; Peter et al., 2011; Ryff & Singer, 1998; Weich et al., 2011; Westerhof & Keyes, 2010; Wilkinson & Walford, 1998).

Correlatos da saúde mental positiva

Alguns estudos tiveram como objetivo investigar a associação entre a saúde mental positiva e diferentes desfechos psicossociais. A saúde mental positiva mostra-se positivamente associada à produtividade no trabalho (Keyes & Grzywacz, 2005), à participação de grupos sociais ou comunitários (Cicognani et al., 2009; Grzywacz & Keyes, 2004; Keyes & Grzywacz, 2002), ao engajamento cívico e ativismo social (Albanesi, Cicognani, & Zani, 2007; Klar & Kasser, 2009), e ao senso de autoeficácia comunitária (Keyes et al, 2008). Esses achados sugerem que a saúde mental positiva é acompanhada da experiência de um senso de pertencimento em relação aos seus pares e sua comunidade, e do engajamento em comportamentos prossociais.

Em relação aos desfechos em saúde, a saúde mental positiva apresenta uma associação negativa com condições crônicas (artrite, asma, alergias, migrânea, dor crônica, problemas gastrointestinais), dias de trabalho perdidos ou interrompidos e gastos com serviços de saúde (Grzywacz & Keyes, 2004; Keyes, 2002, 2005; Keyes & Grzywacz, 2002, 2005). Alguns estudos ainda reportam que quanto maior o nível de saúde mental positiva, menor é a prevalência de transtornos do humor, de transtornos ansiosos, do uso de tabaco, drogas e álcool (Keyes, 2002, 2005; Keyes et al., 2008). A saúde mental positiva está positivamente associada à autoeficácia, estratégias de *coping*, esperança e resiliência (Keyes, 2005; Keyes et al., 2008). Abstendo-se de inferências sobre relações causais, o conjunto desses achados sugere que a saúde mental positiva é

um fator de proteção no desenvolvimento, estando interrelacionada a importantes desfechos ligados à saúde física e psicológica e a áreas relevantes da vida social dos indivíduos.

Os estudos investigando a associação entre saúde mental positiva e traços de personalidade adotam, em sua maioria, o modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF, McCrae & Costa, 1989). As evidências são convergentes ao indicar que indivíduos com altos níveis de saúde mental positiva exibem também maiores níveis de abertura à experiência, socialização, extroversão e realização. Do mesmo modo, todas as dimensões da saúde mental positiva estão negativamente associadas ao traço neuroticismo (Costa & McCrae, 1980; Joshanloo et al., 2009; Keyes, 1998; Schmutte & Ryff, 1997). Esse resultado é esperado, pois há um número significativo de evidências de que o traço de personalidade neuroticismo é um fator de risco em relação a diversas psicopatologias (Kotov, Gamez, Shimidt, & Watson, 2010). Em relação às variáveis sociodemográficas, a saúde mental positiva não possui uma associação significativa com idade, sexo e status civil (Khumalo, Temane, & Wissing, 2012; Shapiro & Keyes, 2008), porém está positivamente associada ao nível educacional (Keyes, 2007). Desta forma, é entendido que as habilidades construídas durante a formação acadêmica possibilitam aos indivíduos melhores condições pessoais e materiais para criar situações e contextos que maximizem suas experiências de desenvolvimento e satisfação.

Justificativa e objetivos da tese

Apesar da operacionalização da saúde mental positiva e das evidências em relação aos benefícios a ela associados, a maior parte dos estudos sobre a saúde mental tem o foco exclusivo nos indicadores de psicopatologia (Jahoda, 1958; Keyes, 2002, 2007; Ryff & Singer, 1998; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Investigar os fatores

associados à saúde mental positiva pode ter um papel fundamental no desenvolvimento de políticas públicas que visem à sua promoção, e não somente à prevenção de psicopatologias (Keyes, 2007, 2010; Ryff & Singer, 1998). Tomando em consideração os tópicos anteriormente apresentados e a necessidade do desenvolvimento de instrumentos breves na área de psicologia da saúde no Brasil (Custódio, 2002; Gorayeb, 2010), a presente tese de doutorado teve os seguintes objetivos:

Objetivo geral da tese

Investigar a saúde mental positiva e o modelo da saúde mental como um estado completo em uma amostra de adultos brasileiros, observando sua relação com qualidade de vida relacionada à saúde, características demográficas, aspectos psicossociais e fatores de personalidade.

Objetivos específicos da tese:

Para cumprir o objetivo geral da tese, foram delineados diferentes estudos que serão apresentados na forma de artigo nas seções posteriores:

- Adaptar e validar o *Mental Health Continuum – Short Form* (MHC-SF; Keyes, 2005) para o Português brasileiro;
- Adaptar e validar o *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995) para o Português brasileiro;
- Investigar as relações entre saúde mental positiva e a qualidade de vida relacionada à saúde;
- Investigar as associações entre saúde mental positiva e a saúde mental como um estado completo, características demográficos, aspectos psicossociais e fatores de personalidade.

**CAPÍTULO II - UNIDIMENSIONALIDADE DA SAÚDE MENTAL POSITIVA:
ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA *MENTAL HEALTH CONTINUUM – SHORT
FORM* (MHC-SF) PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO**

Resumo

O *Mental Health Continuum – Short Form* (MHC-SF) é um instrumento de autorrelato para avaliação da saúde mental positiva, entendida como sintomas de afetos positivos, autodesenvolvimento e conexão social. O presente estudo teve como objetivo adaptar este instrumento para o Português brasileiro e investigar suas propriedades psicométricas em uma amostra de 686 adultos. Contrastando com estudos prévios, análises fatoriais exploratórias e confirmatórias indicaram a unidimensionalidade do instrumento e a alta fidedignidade do fator geral. Por meio de uma análise da Teoria de Resposta ao Item (*Rating Scale*) foi investigado o ajuste dos itens ao modelo unidimensional de mensuração e o ordenamento dos mesmos em termos do parâmetro de dificuldade. A análise desse parâmetro permitiu concluir que os aspectos da saúde mental centrados na pessoa são mais facilmente percebidos em relação àqueles com orientação social. O MHC-SF em sua versão brasileira é um instrumento válido e fidedigno para avaliação da saúde mental positiva.

Palavras-chave: saúde mental; bem-estar; análise fatorial confirmatória; modelo bifator; teoria de resposta ao item.

Abstract

The Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF) is a self-report instrument for the assessment of positive mental health understood as symptoms of positive affect, self-development and social connection. The present study aimed to adapt the instrument to Brazilian Portuguese and investigate its psychometric properties in a sample of 686 adults. In contrast to previous studies, exploratory and confirmatory factor analyzes indicated the one-dimensional structure of the instrument and the high reliability of the general factor. Through an Item Response Theory analysis (Rating Scale) was investigated adjusting the items at the one-dimensional measurement model and their ordering in terms of difficulty parameter. The difficulty parameter analysis showed that person-centered aspects of mental health are more easily achieved than those with a social orientation. The MHC-SF in its Brazilian version is a valid and reliable instrument for the assessment of positive mental health.

Keywords: mental health; well-being; confirmatory factor analysis; bifactor model; item response theory.

Introdução

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde, a saúde mental se caracteriza não somente como a ausência de transtornos mentais, mas também como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza seu próprio potencial, pode lidar com as tensões normais da vida, e é capaz de realizar uma contribuição à sua comunidade” (*World Health Organization*, 2005, p. 12). Dito de outra forma, a saúde mental implica a presença componentes positivos. A dimensão positiva da saúde mental foi operacionalizada por Keyes (2002, 2007; Keyes & Lopez, 2002) como um modelo hierárquico, incluindo três fatores de segunda ordem interrelacionados (o bem-estar emocional ou subjetivo, o bem-estar psicológico e o bem-estar social) e treze fatores de primeira ordem (Diener, 1984; Gurin, Veroff, & Feld, 1960; Jahoda, 1958; Keyes, 1998; Ryff, 1989). O bem-estar emocional é um conjunto formado por repostas emocionais e cognitivas, como sentir-se alegre, de bom humor, feliz (afeto positivo) e sentir-se contente e satisfeito com a maioria dos domínios da vida (satisfação de vida). Já o bem-estar psicológico enfatiza o desenvolvimento de certas potencialidades individuais ao longo do desenvolvimento: possuir uma atitude positiva em relação a si mesmo e aceitar múltiplos aspectos de sua personalidade (autoaceitação); possuir relacionamentos acolhedores, seguros, íntimos e satisfatórios com outras pessoas (relações positivas com outros); ser autodeterminado, independente, avaliar experiências pessoais segundo seus próprios critérios (autonomia); ter competência em manejar o ambiente para satisfazer necessidades e valores pessoais (domínio sobre o ambiente); possuir senso de direção, propósito e objetivos na vida (propósito na vida); e, perceber um contínuo desenvolvimento pessoal e estar aberto a novas experiências (crescimento pessoal). Por sua vez, o bem-estar social representa aspectos relativos ao

desenvolvimento interpessoal e social, em contraste com o foco centrado no indivíduo, característico dos componentes anteriores: demonstrar atitudes positivas e de aceitação em relação às diferenças individuais (aceitação social); ter a crença que a sociedade e seus membros possuem capacidade de se desenvolver positivamente (atualização social); perceber suas atividades como úteis e importantes por sua sociedade (contribuição social); preocupar-se e se interessar pela sociedade e outras pessoas (coerência social); e sentir-se pertencente e apoiado por sua comunidade (integração social).

É importante ressaltar que a operacionalização da saúde mental positiva proposta por Keyes (2002) resguarda os principais componentes da definição de saúde mental da Organização Mundial da Saúde, os quais são: bem-estar, funcionamento efetivo do indivíduo, e o funcionamento efetivo do indivíduo em sua comunidade (Westerhof & Keyes, 2010). O funcionamento efetivo, neste contexto, refere-se à capacidade do indivíduo em dispor plenamente de suas competências e habilidades para satisfazer suas necessidades e objetivos pessoais e interpessoais. Esse modelo tem sido replicado em diversos estudos, corroborando a estrutura latente dos indicadores de bem-estar no âmbito psicológico (Gallagher, Lopez, & Preacher, 2009; Keyes, 2002, 2005a, 2007; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Linley, Maltby, Wood, Osborne, & Hurling, 2009). A validade discriminante dos indicadores de saúde mental positiva em relação aos indicadores de psicopatologia foi investigada a partir de análises fatoriais exploratórias e confirmatórias (Alterman et al., 2010; Keyes, 2005a; Massé et al., 1998; Peter, Roberts, & Dengate 2011; Ryff & Singer, 1998; Weich et al., 2011; Westerhof & Keyes, 2010; Wilkinson & Walford, 1998). Ambas as técnicas sugerem que o modelo que melhor representa o conjunto desses indicadores é o de dois fatores oblíquos, em

oposição ao modelo unidimensional e ao modelo de dois fatores ortogonais. Desta forma, afasta-se a hipótese da justaposição entre as dimensões da saúde mental.

Avaliação psicométrica da saúde mental positiva

O *Mental Health Continuum – Long Form* (MHC-LF) foi o instrumento desenvolvido para a avaliação da saúde mental positiva (Keyes, 2002). A medida consiste em quarenta itens, sendo sete para a dimensão bem-estar emocional, dezoito para a dimensão bem-estar psicológico e quinze para a dimensão bem-estar social. A versão reduzida da escala (*Mental Health Continuum – Short Form*, MHC-SF) foi construída a partir de quatorze itens prototípicos das dimensões da saúde mental positiva, sendo três para a dimensão bem-estar emocional, seis para a dimensão bem-estar psicológico e cinco para a dimensão bem-estar social (Keyes, 2005b). Desenvolvido inicialmente nos Estados Unidos da América (Keyes, 2002), o MHC-SF foi adaptado para países como África do Sul (Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger, & van Rooy, 2008), Canadá (Peter, Roberts, & Dengate 2011), Holanda (Westerhof & Keyes, 2010) e Irã (Joshanloo & Nosratabadi, 2009).

Estudos conduzidos com o objetivo de investigar o desempenho psicométrico do MHC-SF, por meio de análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, evidenciam que a estruturas de três fatores oblíquos é o mais parcimonioso para explicar o conjunto dos itens que compõem o instrumento (Keyes, 2005b; Keyes et al., 2008; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011; Robitschek & Keyes, 2009). Os mesmos estudos também reportam medidas adequadas de fidedignidade das subescalas. Apesar de as correlações observadas entre os fatores serem de moderadas a elevadas, esses resultados indicam que é possível distinguir as três dimensões teóricas presentes na literatura (i.e. bem-estar emocional, o bem-estar psicológico e o bem-estar social).

Contudo, uma recente investigação conduzida por Chen, Jing, Hayes e Lee (2012), aplicando um modelo bifator¹, sugeriu que os indicadores de bem-estar emocional e bem-estar psicológico são mais bem explicados por um fator geral do que por fatores específicos. Dito de outra forma, a variância compartilhada entre todos os indicadores é maior que aquela explicada pelos fatores específicos. Não há, até o presente momento, estudos que empregaram o modelo bifator às três dimensões da saúde mental positiva conjuntamente.

O presente artigo apresenta a adaptação e validação do MHC-SF em uma amostra de adultos brasileiros. Após a adaptação linguística foram empregados vários métodos para avaliar as propriedades psicométricas do instrumento, incluindo análises fatoriais exploratórias e confirmatórias e da Teoria de Resposta ao Item. A validade convergente foi investigada por meio de medidas de bem-estar e psicopatologia.

Método

Adaptação do Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) para o Português brasileiro

Procurando satisfazer as orientações gerais apresentadas na literatura (Beaton et al., 2000; Borsa, Damásio & Bandeira, 2012; Geisinger, 1994; Sandoval & Durán, 1998) foi delineada uma estratégia para a adaptação do *Mental Health Continuum – Short Form*. Após o consentimento do autor do instrumento (Anexo A), dois tradutores independentes e bilíngües conduziram a tradução do instrumento do Inglês para o Português brasileiro. Posteriormente, dois doutores e um aluno de doutorado em Psicologia, bilíngües e com experiência na área de avaliação psicológica avaliaram a síntese das duas traduções independentes. Nesta etapa, foram sugeridas mudanças na

¹ *Bifactor*, no original em língua inglesa.

redação de cinco itens (36%). Em seguida, após os ajustes indicados pelos juízes, um tradutor, com língua materna inglesa, realizou o processo de *back-translation*. A versão retrotraduzida foi finalmente avaliada pelo autor do instrumento original. Após o ajuste em um item apenas (7%), foi elaborada a versão final do instrumento.

Validação e propriedades psicométricas do Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF)

Participantes e procedimentos

Devido aos dados não declarados, algumas informações apresentam variação em relação ao número total de sujeitos. Participou deste estudo uma amostra por conveniência de 686 indivíduos, sendo 175 (27,30%) homens e 466 (72,70%) mulheres ($n = 641$), com média de idade de 33,88 ($SD = 11,26$) anos, com amplitude de 18 a 73 ($n = 632$). Em relação à escolaridade, 7 (1,10%) possuíam ensino fundamental completo, 104 (16,10%) ensino médio completo, 37 (5,70%) curso técnico, curso profissionalizante ou magistério, 183 (28,40%) ensino superior completo e 314 (48,70%) pós-graduação completa ($n = 645$). Os participantes declararam residir ($n = 636$) em 22 estados brasileiros (AL, AM, BA, CE, ES, GO, MA, MG, MS, PA, PB, PE, PR, RJ, RN, RO, RS, SC, SE, SP, TO) mais o Distrito Federal, sendo os principais, RS ($n = 449$, 70,6%), PR ($n = 31$, 4,9%), SP ($n = 29$, 4,6%), PB ($n = 27$, 4,2%), SC ($n = 26$, 4,1%) e BA ($n = 15$, 2,4%).

A coleta de dados para o presente estudo foi realizada por meio de um questionário *online*, na plataforma *Survey Monkey*, divulgado em redes sociais e em listas de email de participantes de pesquisas anteriores. O sigilo e confidencialidade sobre a identidade dos participantes foram garantidos, conforme constava no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), segundo a diretriz 466/12 e anteriores do

Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob o nº 89.705 em 03/09/2012 (Anexo C).

Instrumentos

Para o presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF, Keyes, 2005b; Anexo D): o instrumento é composto por 14 itens, respondidos em uma escala tipo *Likert* de seis pontos, onde os extremos são “nunca” (1) e “todos os dias” (6). A escala é dividida em três subescalas que avaliam o bem-estar subjetivo ou emocional (três itens), o bem-estar psicológico (seis itens), e o bem-estar social (cinco itens). Keyes (2005b) reporta medidas de fidedignidade $> 0,80$ para todas as subescalas e a escala global.

Escala de Satisfação de Vida (ESV, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Anexo E): o instrumento possui cinco itens, respondidos em uma escala do tipo *Likert* de sete pontos onde os extremos são “discordo plenamente” e “concordo plenamente”. Estudos brasileiros reportam medidas de consistência interna entre 0,72 e 0,80 (Gonçalves & Kapczinski, 2008; Gouveia et al. 2003).

Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP, Machado, Pawlowski, & Bandeira, 2013; Anexo F): adaptada a partir da versão de Ryff e Essex (1992), a escala é formada por 36 itens, divididos em seis subescalas que avaliam as dimensões do bem-estar psicológico (relações positivas com outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, crescimento pessoal, propósito de vida, autoaceitação). Os itens são respondidos em uma escala do tipo *Likert* de seis pontos, cujos extremos são “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. As subescalas apresentam índices de confiabilidade composta $\geq 0,70$.

Escala de Estresse Percebido (EEP-10, Cohen, Karmack, & Mermelstein, 1983; Anexo G): instrumento unidimensional para avaliação do estresse é composto por 10 itens, sendo seis positivos e quatro negativos, respondidos em uma escala tipo *Likert* de frequência, variando de “Nunca” (0) à “Sempre” (4). Em estudos brasileiros sua consistência interna variou de 0,80 a 0,83 (Luft et al., 2007; Machado, Damásio, Borsa, & Silva, 2013).

Questionário de Saúde Geral – (QSG-12, Sarriera et al., 1996; Anexo H): o instrumento é composto por 12 itens, respondidos em uma escala tipo *Likert* de frequência de quatro pontos. No caso dos itens negativos as respostas variam de 1 (absolutamente não) a 4 (muito mais que de costume), e no caso de itens positivos, variam de 1 (mais que de costume) a 4 (muito menos que de costume). Quanto menor o escore, portanto, melhor a condição de saúde. Os fator geral avaliado pelo QSG-12 apresentam consistência interna de 0,81 (Machado, Damásio, & Silva, 2011).

Questionário de fatores demográficos e psicossociais (Anexo I) – Questionário com perguntas fechadas a respeito das características de sexo e idade.

Resultados

Foram empregadas várias técnicas para estimar os parâmetros psicométricos e a dimensionalidade do MHC-SF. Primeiramente, foram conduzidas análises fatoriais exploratórias, por meio da matriz de correlações policóricas (Holgado-Tello, Chacón-Moscoso, Barbero-García, & Vila-Abad, 2010) dos itens, método de extração *Minimum Rank Factor Analysis* (Shapiro & ten Berge, 2002), com rotação oblíqua *Promin* (Lorenzo-Seva, 1999), utilizando o *software Factor 8.1* (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006). Para definir o número de fatores a serem retidos, diversos métodos foram empregados: *Minimum Average Partial* (MAP; Velicer, 1976), Análise Paralela por

permutação dos valores amostrais (AP; Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011) e o método HULL (Lorenzo-Seva, Timmerman, & Kiers, 2011). A solução unidimensional apresentou menor correlação parcial entre os resíduos (MAP), uma variância explicada superior à média esperada aleatoriamente para matrizes com as mesmas propriedades (AP), e a melhor proporção entre índice de ajuste e graus de liberdade (HULL), como indicado na Tabela 1.

Tabela 1.

Métodos de Retenção Fatorial para o MHC-SF

Fatores	Autovalores	<i>Minimum Average Partial</i>	Análise Paralela		HULL		
			Variância explicada	Média da variância explicada nas matrizes aleatórias ($N = 500$)	Índice de ajuste*	<i>df</i>	<i>Scree test value**</i>
1	7,26	0,02	56,80	14,50	0,83	28	11,01
2	1,26	0,03	9,30	13,20	0,89	41	1,15
3	0,90	0,07	6,70	10,90	0,95	53	0,00

Nota. *No método HULL foi utilizado o índice de ajuste *Comparative Fit Index*. **Maiores valores indicam a melhor proporção entre índice de ajuste e graus de liberdade.

Em seguida, foram conduzidas análises fatoriais confirmatórias, por meio da matriz de correlações policóricas dos itens e o método de estimação *Weighted Least Squares Mean- and Variance-adjusted*, (WLSMV; Muthén, Du Toit, & Spisic, 1997), por meio do *software* Mplus 6.12 (Muthén & Muthén, 2010). Os índices de ajuste considerados, e seus respectivos valores de referência, foram: *Comparative Fit Index* e Tukey-Lewis Index (CFI e TLI, $\geq 0,95$), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA, $\leq 0,05$ ou $\leq 0,08$ com intervalo de confiança de 90%) e a significância estatística do qui-quadrado ($p \geq 0,05$).

Tabela 2.

Cargas Fatoriais dos Itens e Medidas de Fidedignidade do MHC-SF nas Análises Exploratórias e Confirmatórias

Item (conteúdo resumido)	Análise fatorial exploratória	Análise fatorial confirmatória*			
	Carga fatorial/h ²	Fator geral	BE	BP	BS
1 – Feliz	0,73/0,84	0,70	0,65		
2 – Interessado	0,76/0,74	0,78	0,32		
3 – Satisfeito	0,78/0,85	0,78	0,36		
4 – Contribuir para a sociedade	0,66/0,66	0,69		0,07	
5 – Pertencer a comunidade	0,67/0,64	0,67		0,23	
6 – Sociedade se tornando um lugar melhor	0,67/0,76	0,62		0,63	
7 – Pessoas são boas	0,65/0,56	0,62		0,41	
8 – Como a sociedade funciona faz sentido	0,59/0,81	0,57		0,56	
9 – Gosta de sua personalidade	0,77/0,71	0,79			0,21
10 – Administra bem responsabilidades	0,69/0,61	0,70			0,19
11 – Relacionamentos com outros	0,71/0,59	0,72			0,24
12 – Crescer e tornar-se melhor	0,66/0,63	0,62			0,39
13 – Confiança em expressar ideias	0,71/0,71	0,68			0,52
14 – Propósito e sentido de vida	0,80/0,72	0,83			0,12
Variância extraída	Total = 56,80 Comum = 70,80	0,49	0,22	0,19	0,10
Fidedignidade	$\alpha = 0,96$ $\omega = 0,93$	0,93	0,43	0,47	0,34

Nota. h² = comunalidade, BE = bem-estar emocional, BP = bem-estar psicológico, BS = bem-estar social, M = média, α = alfa de Cronbach, ω = ômega de McDonald. *Na análise fatorial confirmatória foram utilizados a variância extraída média dos itens e o índice de fidedignidade composta.

Apesar do modelo teórico original de três fatores oblíquos mostrar-se ajustado aos dados [$\chi^2 = 425,95$, $df = 74$, $p < 0,001$, CFI = 0,96, TLI = 0,96, RMSEA = 0,09 (I.C. 90% = 0,08 - 0,10)], o modelo bifator, com um fator geral e três fatores específicos, apresentou ajuste superior [$\chi^2 = 195,10$, $df = 63$, $p < 0,001$, CFI = 0,99, TLI = 0,98, RMSEA = 0,06 (I.C. 90% = 0,05 - 0,07)]. A diferença entre os modelos foi estatisticamente significativa ($\Delta\chi^2 = 180,70$, $\Delta df = 11$, $p < 0,001$). As cargas fatoriais dos itens e medidas de fidedignidade das análises exploratórias e confirmatórias são apresentadas na Tabela 2. A escala apresentou adequado nível de fidedignidade (> 0,70). As elevadas cargas fatoriais e comunalidades na análise exploratória e as cargas

fatoriais mais salientes no fator geral no modelo bifator indicam a unidimensionalidade do instrumento. O conjunto de quatorze itens possui uma elevada variância compartilhada maior entre si, fazendo com que o fator geral explique mais das variâncias dos indicadores em relação aos fatores específicos, o que pode ser observado pelos índices de variância extraída.

Após verificar a dimensionalidade do instrumento, testou-se o ajuste dos itens ao modelo de Teoria de Resposta ao Item *Rating Scale* (Andrich, 1978), por meio do *software Winsteps* v. 3.72.2 (Linacre, 2011). O modelo permite estimar, de forma independente, os parâmetros da dificuldade dos itens (δ) e o nível de traço latente (θ) das pessoas da amostra em um mesmo contínuo linear em unidades de logaritmos de chance (*log-odds units* ou apenas *logits*). Em teoria, a escala *logit* assume valores entre $\pm \infty$, contudo os valores costumam se situar entre ± 6 *logits*. Os itens apresentaram ajuste ao modelo de mensuração, estando seus índices *infit* e *outfit* dentro do intervalo recomendado (entre 0,50 e 1,50). Quanto mais próximos à unidade estão esses índices, maior é a explicação dos itens pelo modelo. Nenhum caso de dependência local foi observado, sendo as correlações residuais dos itens todas $< |0,30|$. O conjunto de itens demonstrou não possuir diferenças na probabilidade de endosso ou funcionamento diferencial (DIF) em relação ao sexo dos participantes, estando os valores dos contrastes abaixo de $|0,50|$ *logit* (Linacre, 2011). Esses resultados são apresentados na Tabela 3, sendo os itens ordenados por sua dificuldade.

Tabela 3.

Dificuldade e Ajuste dos Itens, Funcionamento Diferencial e Fidedignidade do MHC-SF

Item	Rating Scale			
	δ	Infit	Outfit	DIF*
8 – Como a sociedade funciona faz sentido	1,41	1,10	1,10	0,03
6 – Sociedade se tornando um lugar melhor	1,11	1,07	1,05	-0,17
7 – Pessoas são boas	0,56	0,97	0,96	0,30
4 – Contribuir para a sociedade	0,30	1,16	1,20	-0,05
5 – Pertencer a comunidade	0,26	1,40	1,41	0,09
9 – Gosta de sua personalidade	-0,10	0,77	0,72	-0,04
3 – Satisfeito	-0,15	0,66	0,68	0,00
10 – Administra bem responsabilidades	-0,16	0,90	0,91	0,17
13 – Confiança em expressar idéias	-0,24	0,90	0,87	-0,45
1 – Feliz	-0,35	0,68	0,79	-0,15
12 – Crescer e tornar-se melhor	-0,40	1,18	1,16	0,23
11 – Relacionamentos com outros	-0,57	1,08	1,10	-0,04
14 – Propósito e sentido de vida	-0,68	1,32	1,14	0,05
2 – Interessado	-0,99	0,90	0,82	0,00
Média (SD)	0,00 (0,65)	1,01 (0,21)	0,99 (0,20)	0,00 (0,18) $\Sigma = -0,03$
Fidedignidade	Itens = 0,99		Pessoas = 0,89	

Nota. δ = dificuldade, DIF = contraste do parâmetro de dificuldade entre os sexos, Σ = somatório.
*Categoria de referência: homem.

Os índices de fidedignidade dos itens e das pessoas mostraram-se adequados (> 0,70) indicando alta reprodutibilidade da ordenação dos mesmos (Linacre, 2011). Os itens situaram-se em torno do ponto central da escala *logit* ($M\delta = 0,00$, $SD = 0,65$), com amplitude acerca de 2,5 unidades (*logits*), sendo adequados para avaliar indivíduos com níveis médios do traço. Já as pessoas situaram-se, em sua maioria, acima do ponto central da escala ($M\theta = 0,62$, $SD = 1,16$), apresentando níveis superiores, em média, de saúde mental positiva. O ordenamento do parâmetro de dificuldade (δ) dos itens fornece importante informação a respeito do contínuo da saúde mental positiva enquanto construto dimensional (ver Figura 1). É possível perceber pequenos clusters de itens característicos em cada região da escala *logit*, representando comportamentos típicos de pessoas com determinado nível do traço latente (θ). Por exemplo, a faixa de $-\infty$ a $-0,57$ é

caracterizada por percepções de interesse e investimento pessoal, busca por sentido e propósitos de vida e busca por relacionamentos seguros e afetuosos com outros significativos. O intervalo entre -0,57 e -0,10 indica a presença das características anteriores somadas a sentimentos de felicidade e satisfação, busca de experiências de crescimento pessoal, autonomia, autoaceitação e a capacidade de criar condições ambientais para satisfazer necessidades pessoais. As percepções de pertencer e contribuir de maneira efetiva para a sociedade e o aumento da aceitação e confiança nos membros da sociedade, além dos aspectos anteriores, são atributos da faixa entre -0,10 e 0,56. Por fim, o intervalo compreendido entre 0,56 e $+\infty$ inclui todas as demais características mais a crença na capacidade da sociedade em atualizar-se e desenvolver-se e uma maior coesão entre indivíduo e sociedade.

Análises de correlação de postos *rho* de Spearman foram empregadas para investigar a associação entre o escore total do MHC-SF e os escores das subescalas e totais dos instrumentos ESV, EBEP, EEP-10 e QSG-12. O objetivo dessa análise foi verificar a validade convergente da medida de saúde mental positiva, sendo esperada uma associação positiva com variáveis de bem-estar (ESV, EBEP) e negativa com medidas de psicopatologia (EEP-10 e QSG-12). Como podem ser observadas na Tabela 4, todas as correlações foram significativas e na direção esperada.

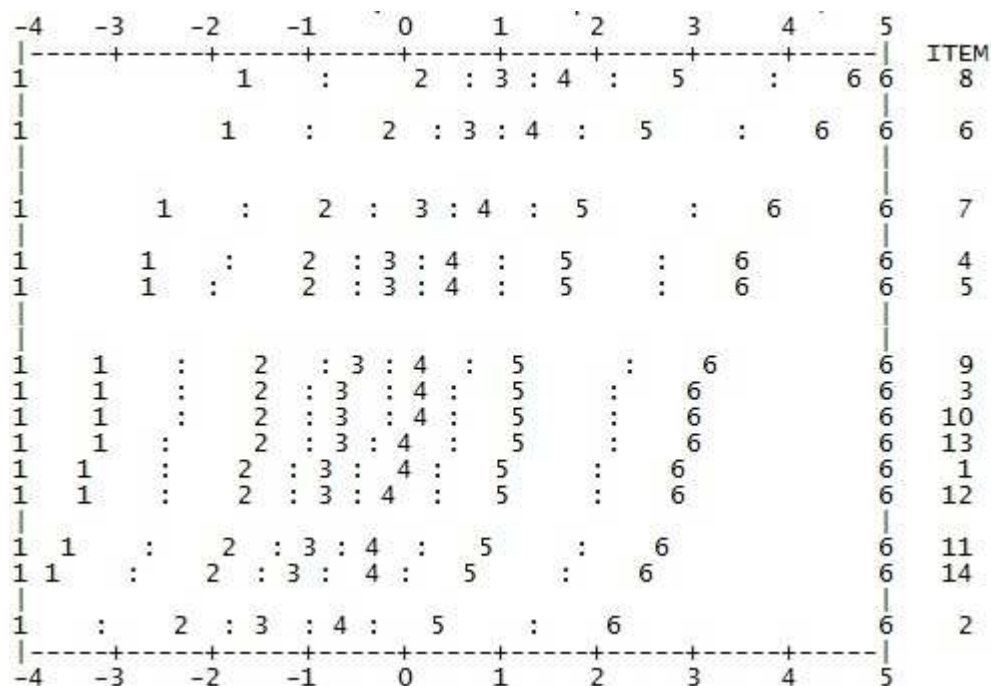


Figura 1. Mapa dos itens do MHC-SF. O símbolo “:” indica o ponto de corte (*thresholds*) entre as categorias de resposta.

Tabela 4.

Correlações entre o MHC-SF e Variáveis-critério e Estatísticas Descritivas dos Indicadores

	Escala									<i>M</i> (<i>SD</i>)
	EBEP									
MHC-SF	ESV	RP	AU	DA	CP	PV	AA	EEP	QSG	
	0,63	0,52	0,26	0,56	0,53	0,69	0,66	-0,60	-0,60	57,79 (13,59)
<i>M</i>	23,49	26,37	24,66	26,15	32,41	29,75	29,15	27,26	22,95	
(<i>SD</i>)	(7,67)	(6,26)	(5,35)	(6,26)	(3,99)	(5,82)	(6,10)	(7,40)	(8,43)	
α	0,91	0,78	0,67	0,82	0,80	0,85	0,85	0,87	0,93	

Nota. Todas as correlações são estatisticamente significativas ao nível de $p \leq 0,01$. O número de casos variou de 403 a 463, devido a valores perdidos. MHC-SF = *Mental Health Continuum – Short Form*, ESV = Escala de Satisfação de Vida, EBEP = Escala de Bem-estar Psicológico, RP = relações positivas com outros, AU = autonomia, DA = domínio sobre o ambiente, CP = crescimento pessoal, PV = propósito de vida, AA = autoaceitação, *M* = média, *SD* = desvio-padrão, α = alfa de Cronbach.

Discussão

Contrariando investigações prévias que propuseram uma estrutura de três fatores oblíquos para o MHC-SF (Keyes, 2005; Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011; Robitschek & Keyes, 2009), o presente estudo fornece evidências da unidimensionalidade do instrumento por meio de técnicas exploratórias e confirmatórias. Os itens possuem altas comunalidades, e o fator geral de saúde mental positiva explica a maior porção da variância dos indicadores, restando apenas uma pequena parte dessa variância por ser explicada pelos fatores específicos. Esse resultado é análogo ao obtido por Chen et al. (2012) em relação às dimensões bem-estar emocional e bem-estar psicológico. O excelente ajuste dos itens ao modelo *Rating Scale* também reforçam essa conclusão, sendo a variância dos itens quase perfeitamente explicada pelo modelo unidimensional de mensuração.

Este achado tem importantes implicações para o entendimento do construto e para a pesquisa futura. Inicialmente, ao separar os indicadores em fatores, divide-se também parte da variância que é comum a todos os indicadores. Esse fracionamento pode conduzir a interpretações enviesadas sobre a relação entre a saúde mental positiva e outras variáveis relevantes (i.e. maximizando, minimizando ou mesmo suprimindo relações existentes). Outro aspecto relevante é que ao considerarem-se os fatores separadamente, uma importante característica do construto é omitida: de que elementos da saúde mental positiva centrados na pessoa são mais facilmente alcançados e percebidos do que aqueles socialmente orientados. Neste sentido a análise do parâmetro de dificuldade dos itens (δ) é essencial para possibilitar essa interpretação. Esse aspecto explica, por exemplo, o fato de o fator bem-estar social, em geral, apresentar médias

mais baixas em relação aos fatores bem-estar emocional e bem-estar psicológico em estudos prévios.

O MHC-SF adaptado para o Português brasileiro demonstrou excelentes propriedades psicométricas. As cargas fatoriais dos itens e a variância explicada pelos fatores foram elevadas. Também o instrumento mostrou ajuste ao modelo de Teoria de Resposta ao Item. A fidedignidade da escala foi investigada por um conjunto de quatro diferentes métodos (alfa de Cronbach, ômega de McDonald, fidedignidade composta e fidedignidade dos itens no modelo *Rating Scale*), indicando pouca variância-erro sistemática nos escores e alta reprodutibilidade do ordenamento dos itens. Análises correlacionais evidenciaram a validade convergente do instrumento, estando seus escores positivamente associados à medidas de satisfação de vida, relações positivas com outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, crescimento pessoal, propósito de vida e autoaceitação, e negativamente associados à medidas de estresse e uma medida geral de sintomas de psicopatologia (QSG). É importante notar que o MHC-SF apresenta uma covariância média de 33% com esses indicadores, afastando a hipótese de uma sobreposição entre os construtos.

Conclusão

O MHC-SF é um instrumento de autorrelato que avalia a saúde mental positiva por meio de treze indicadores de bem-estar no âmbito psicológico. No presente estudo, foram utilizadas diversas técnicas analíticas para investigar as propriedades psicométricas do MHC-SF na sua versão em Português brasileiro. Os resultados convergiram ao indicar que o instrumento é uma medida válida e fidedigna da saúde mental positiva de acordo com o modelo proposto Keyes (2002). Da mesma forma, importantes informações acerca da unidimensionalidade do instrumento e dos

comportamentos característicos do contínuo dimensional do construto foram apresentadas. Esses achados deverão ser confrontados com futuras investigações com amostras probabilísticas e representativas nacionalmente. Outros estudos deverão também investigar a associação entre a medida de saúde mental positiva e variáveis relevantes, como traços de personalidade, características biossociodemográficas, e desfechos psicossociais e de saúde.

Referências

- Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Ivey, M. A., Coviello, D. M., Lynch, K. G., Dugosh, K. L., & Habing, B. (2010). Relationship of mental health and illness in substance abuse patients. *Personality and Individual Differences, 49*(8), 880-884.
- Andrich, D. (1978). A rating formulation for ordered response categories. *Psychometrika, 43*(4), 561-573.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE, 24*, 3186-3191.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012) Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia, 22*(53), 423-432.
- Chen, F. F., Jing, Y., Hayes, A., & Lee, J. M. (2012). Two concepts or two approaches? A bifactor analysis of psychological and subjective well-being. *Journal of Happiness Studies, 14*(3), 1033-1068.
- Cohen, S., Karmack, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396.
- Damásio, B. F., Machado, W. L., & Silva, J. P. (2011). Estrutura fatorial do Questionário de Saúde Geral (QSG-12) em uma amostra de professores escolares. *Avaliação Psicológica, 10*(1), 99-105.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575.

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 91-95.
- Gallagher, M. W., Lopez, S. J., & Preacher, K. J. (2009). The hierarchical structure of well-being. *Journal of Personality*, 77(4), 1025-1050.
- Geisinger, K. F. (1994). Cross-cultural normative assessment: translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessments instruments. *Psychological Assessment*, 6(4), 304-312.
- Gonçalves, D. M., & Kapczinski, F. (2008). Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1060-1066.
- Gouveia, V. V., Chaves, S. S. S., Oliveira, I. C. P., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V., & Andrade, P. R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), 241-248.
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.
- Holgado-Tello, F., Chacón-Moscoso, S., Barbero-García, I., & Vila-Abad, E. (2010). Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. *Quality and Quantity*, 44, 153–166.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York, NY: Basic Books.
- Joshanloo, M. & Nosratabadi, M. (2009). Levels of mental health continuum and personality traits. *Social Indicators Research*, 90(2), 211-224.

- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005a). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2005b). The subjective well-being of America's youth: Toward a comprehensive assessment. *Adolescent and Family Health*, 4, 3–11.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-62). New York, NY: Oxford University Press.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-Being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) in

- Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(3), 181-192.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
- Linacre, J. M. (2011). *A user's guide to Winsteps, Program Manual 3.74.0*. Chicago: Winsteps.com.
- Linley, A., Maltby, J., Wood, A. M., Osborne, G., & Hurling, R. (2009). Measuring happiness: the higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 878-884.
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: A method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research*, 34(3), 347-365.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods*, 38(1), 88-91.
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E., & Kiers, H. A. L. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46(2), 340-364.
- Luft C. B., Sanches S. O., Mazo, G. Z., & Andrade A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 606-615.

Machado, W. L., Damásio, B. F., Borsa, J. C., & Silva, J. P. (2013). *Dimensionalidade da Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale, PSS-10) em uma amostra de professores*. Manuscript submitted for publication.

Machado, W. L., Pawlowski, J., & Bandeira, D. R. (2013). Validação da *Psychological Well-being Scale* em uma amostra de estudantes universitários. *Avaliação Psicológica*, 12(2), 263-272.

Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social Indicators Research*, 45(1-3), 475-504.

Muthén, B., Du Toit, S. H. C., & Spisic, D. (1997). Robust inference using weighted least squares and quadratic estimating equations in latent variable modeling with categorical and continuous outcomes. *Non-published technical report*.

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2010). *Mplus: Statistical analysis with latent variables. User's guide*. Los Angeles: Muthén & Muthén.

Peter, T., Roberts, L. W., & Dengate, J. (2011). Flourishing in life: an empirical test of the dual continua model of mental health and mental illness among Canadian university students. *The International Journal of Mental Health Promotion*, 13(1), 13-22.

Peter, T., Roberts, L. W., & Dengate, J. (2011). Flourishing in life: an empirical test of the dual continua model of mental health and mental illness among Canadian

- university students. *The International Journal of Mental Health Promotion*, 13(1), 13-22.
- Robitschek, C. & Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 321-329.
- Ryff, C. D. & Essex, M. J. (1992). The interpretation of life experience and well-being: the sample case of relocation. *Psychology and Aging*, 7(4), 507-517.
- Ryff, C. D. & Singer B. H. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-108.
- Sandoval, J., & Durán, R.P. (1998). Language. In J. Sandoval, C.L. Frisby, K.F. Geisinger, J.D. Sheuneman & J.R. Grenier (Editors), *Test interpretation and diversity: Achieving equity in assessment wording* (pp. 181-211). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sarriera, J. C., Schwarcz, C. & Câmara, S. G. (1996). Bem-estar psicológico: análise fatorial da escala de Goldberg (GHQ-12) numa amostra de jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9(2), 293-306.
- Shapiro, A., & Ten Berge, J. M. F. (2002). Statistical inference of minimum rank factor analysis. *Psychometrika*, 67(1), 79-94.

- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods, 16*, 209-220.
- Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika, 41*, 321-327.
- Weich, S., Brugha, T., King, M., McManus, S., Beddington, P., Jenkins, R., Cooper, C., McBride, O., & Stewart-Brown, S. (2011). Mental well-being and mental illness: findings from the adult psychiatric morbidity survey for England 2007. *The British Journal of Psychiatry, 199*, 23-28.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110-119.
- Wilkinson, R. B., & Walford, W. A. (1998). The measurement of adolescent psychological health: one or two dimensions? *Journal of Youth and Adolescence, 27*(4), 443-455.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.

CAPÍTULO III - ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS-21) PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

Resumo

A *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) é um instrumento breve para a avaliação de sintomas relacionados à depressão, ansiedade e estresse já traduzido em mais de trinta idiomas. O presente estudo teve como objetivo adaptar e validar a DASS-21 para o Português brasileiro. Análises fatoriais confirmatórias, em uma amostra 686 adultos, corroboraram a estrutura teórica de três fatores oblíquos [$\chi^2 = 485,86$, $df = 186$, $p < 0,001$, CFI = 0,98, TLI = 0,98, RMSEA = 0,05 (I.C. 90% = 0,05 - 0,06)]. Os itens de cada subescala demonstraram bom ajuste ao modelo unidimensional de mensuração, por meio da análise *Rating Scale*. Todas as subescalas possuíram bons índices de fidedignidade. Análises correlacionais com indicadores de estresse, sintomas gerais de transtornos mentais comuns, satisfação de vida e bem-estar psicológico indicaram a validade convergente do instrumento, sendo a magnitude e direção de todas as associações de acordo com a expectativa teórica.

Palavras-chave: depressão; ansiedade; estresse; DASS-21; análise fatorial confirmatória; teoria de resposta ao item.

Abstract

The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) is a brief instrument for assessing symptoms related to depression, anxiety and stress has translated into more than thirty languages. The present study aimed to adapt and validate the DASS-21 for Brazilian Portuguese. Confirmatory factor analyzes in a sample 686 adults, corroborated the three factors oblique theoretical structure [$\chi^2 = 485.86$, $df = 186$, $p < .001$, CFI = .98, TLI = .98, RMSEA = .05 (I.C. 90% = .05 - .06)]. The items in each subscale demonstrated good fit to the one-dimensional measurement model, by Rating Scale analysis. All subscales have good reliability indices. Correlation analyzes with indicators of stress, general symptoms of common mental disorders, life satisfaction and psychological well-being indicated convergent validity of the instrument, and all magnitude and direction of were in accordance with the theoretical expectation.

Keywords: depression; anxiety; stress; DASS-21; confirmatory factor analysis; item response theory.

Introdução

A *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS) foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) como uma medida dimensional dos construtos depressão, ansiedade e estresse. O instrumento tem como referencial teórico o modelo tripartido da ansiedade e depressão, que inclui os seguintes fatores: afeto negativo (característico de ambas as dimensões), baixo afeto positivo (característico da depressão) e hiperestimulação fisiológica (comum da ansiedade) (Clark & Watson, 1991). A análise dos itens permitiu identificar uma terceira dimensão composta de um conjunto de itens relacionados a estados de tensão, agitação e irritabilidade, sendo denominada estresse (Apóstolo, Aínda, & Azeredo, 2006; Lovibond & Lovibond, 1995; Szabó & Lovibond, 2006). Sua versão reduzida a DASS-21 vem sendo utilizado com a mesma finalidade em populações clínicas e não-clínicas (Gloster et al., 2008; Henry & Crawford, 2005; Lovibond & Lovibond, 1995; Ng et al., 2007; Silvone, Marnane, Wagner, Manicavasagar, & Rees, 2010; Wood, Nicholas, Blyth, Asghari, & Gibson, 2010). Apesar de sua brevidade, a DASS-21 tem demonstrado excelentes propriedades psicométricas (Daza, Novy, Stanley, & Averill, 2002; Gloster et al., 2008; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004; Szabó, 2010; Wood et al., 2010), sendo traduzido para 35 idiomas (ver www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass).

A maior parte dos estudos sobre a estrutura latente da DASS-21 corrobora o modelo de três fatores correlacionados (Daza et al., 2002; Gloster et al., 2008; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004; Szabó, 2010; Wood et al., 2010). Contudo, alguns estudos com populações específicas (e.g. crianças, adolescentes, amostras não clínicas) reportam tanto soluções de dois como de um fator para a DASS-21 (Apóstolo, et al., 2006; Henry & Crawford, 2005; Patrick, Murray, & Bramston, 2010; Szabó &

Lovibond, 2006). No modelo de dois fatores, as dimensões ansiedade e estresse são colapsadas, formando um fator de tensão psicológica, já o modelo unifatorial representa um conjunto indiscriminado de afetos negativos. Ainda, os itens da DASS-21 apresentam níveis adequados de fidedignidade nesses estudos e também quando avaliados por meio do modelo de Teoria de Resposta ao Item Rasch (Shea, Tennant, & Pallant, 2009).

O presente estudo teve por objetivo adaptar e validar a DASS-21 em sua versão no Português brasileiro. Foram testados, por meio de análises fatoriais confirmatórias, os modelos fatoriais encontrados em estudos prévios com o instrumento. Posteriormente foram conduzidas análises de Teoria de Resposta ao Item (*Rating Scale*) para avaliar os parâmetros de dificuldade e fidedignidade dos itens e as características do contínuo de cada um dos construtos avaliados. A validade convergente da DASS-21 foi investigada por meio da sua relação com medidas de estresse, sintomas gerais de psicopatologia, satisfação de vida e bem-estar psicológico. Espera-se com este estudo contribuir para a avaliação em saúde mental e áreas correlatas, tendo em vista a significativa prevalência dos transtornos psiquiátricos menores e transtornos mentais comuns na população em geral (Andrade et al., 2012; Coelho, Pinheiro, Horta, Magalhães, Garcias, Silva, 2009) e a relativa escassez de instrumentos breves, válidos e fidedignos no contexto brasileiro para avaliá-los (Custodio, 2002; Gorayeb, 2010).

Método

Adaptação da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) para o Português brasileiro

A estratégia adotada para a adaptação da DASS-21 compreendeu as seguintes etapas: obtenção do consentimento dos autores originais do instrumento (Anexo A);

dois tradutores independentes e bilíngües conduziram a tradução do instrumento do Inglês para o Português brasileiro; dois doutores e um aluno de doutorado em Psicologia, bilíngües e com experiência na área de avaliação psicológica avaliaram a síntese das duas traduções independentes, sendo sugeridas alterações na redação de oito itens (38,09%); após os ajustes indicados pelos juízes, um tradutor, com língua materna inglesa, realizou o processo de *back-translation*; por fim, a versão retrotraduzida foi finalmente avaliada pelos autores do instrumento original, não sendo indicadas modificações. Neste processo, buscou-se satisfazer minimamente orientações gerais sobre a adaptação de instrumentos (Beaton et. al., 2000; Borsa, Damásio & Bandeira, 2012; Geisinger, 1994; Sandoval & Durán, 1998).

Validação e propriedades psicométricas da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)

Participantes e procedimentos

Devido aos dados não declarados, algumas informações apresentam variação em relação ao número total de sujeitos. Participou deste estudo uma amostra por conveniência de 686 indivíduos, sendo 175 (27,30%) homens e 466 (72,70%) mulheres ($n = 641$), com média de idade de 33,88 ($SD = 11,26$) anos, e amplitude de 18 a 73 ($n = 632$). Em relação à escolaridade ($n = 645$), sete (1,10%) possuíam ensino fundamental completo, 104 (16,10%) ensino médio completo, 37 (5,70%) curso técnico, curso profissionalizante ou magistério, 183 (28,40%) ensino superior completo e 314 (48,70%) pós-graduação completa. Os participantes declararam residir ($n = 636$) em 22 estados brasileiros (AL, AM, BA, CE, ES, GO, MA, MG, MS, PA, PB, PE, PR, RJ, RN, RO, RS, SC, SE, SP, TO) mais o Distrito Federal, sendo os principais, RS ($n = 449$,

70,6%), PR ($n = 31$, 4,9%), SP ($n = 29$, 4,6%), PB ($n = 27$, 4,2%), SC ($n = 26$, 4,1%) e BA ($n = 15$, 2,4%).

A coleta de dados para o presente estudo foi realizada por meio de um questionário *online*, na plataforma *Survey Monkey*, divulgado em redes sociais e em listas de email de participantes de pesquisas anteriores. O sigilo e confidencialidade sobre a identidade dos participantes foram garantidos, conforme constava no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), segundo a diretriz 466/12 e anteriores do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob o nº 89.705 em 03/09/2012 (Anexo C).

Instrumentos

Para o presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995; Anexo J): o instrumento é composto por três subescalas para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Cada subescala contém sete itens, respondidos em uma escala tipo *Likert* de quarto pontos, onde os extremos são “não se aplica a mim” (0) a “se aplica a mim, na maior parte do tempo” (3). Henry e Crawford (2005) reportam medidas de fidedignidade variando de 0,82 a 0,90 para as três subescalas, e de 0,93 para a escala global.

Escala de Satisfação de Vida (ESV, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985): o instrumento possui cinco itens, respondidos em uma escala do tipo *Likert* de sete pontos onde os extremos são “discordo plenamente” e “concordo plenamente”. Estudos brasileiros reportam medidas de consistência interna entre 0,72 e 0,80 (Gonçalves & Kapczinski, 2008; Gouveia et al. 2003).

Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP, Machado, Pawlowski, & Bandeira, 2013): adaptada a partir da versão de Ryff e Essex (1992), a escala é formada por 36 itens, divididos em seis subescalas que avaliam as dimensões do bem-estar psicológico (relações positivas com outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, crescimento pessoal, propósito de vida, autoaceitação). Os itens são respondidos em uma escala do tipo *Likert* de seis pontos, cujos extremos são “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. As subescalas apresentam índices de confiabilidade composta $\geq 0,70$.

Escala de Estresse Percebido (EEP-10, Cohen, Karmack, & Mermelstein, 1983): instrumento unidimensional para avaliação do estresse é composto por 10 itens, sendo seis positivos e quatro negativos, respondidos em uma escala tipo *Likert* de frequência, variando de “Nunca” (0) à “Sempre” (4). Em estudos brasileiros sua consistência interna variou de 0,80 a 0,83 (Luft, Sanches, Mazo, & Andrade, 2007; Machado, Damásio, Borsa, & Silva, 2013).

Questionário de Saúde Geral – (QSG-12, Sarriera, Schwarcz, & Câmara, 1996): o instrumento é composto por 12 itens, respondidos em uma escala tipo *Likert* de frequência de quatro pontos. No caso dos itens negativos as respostas variam de 1 (absolutamente não) a 4 (muito mais que de costume), e no caso de itens positivos, variam de 1 (mais que de costume) a 4 (muito menos que de costume). Quanto menor o escore, portanto, melhor a condição de saúde. O fator geral avaliado pelo QSG-12 apresenta consistência interna de 0,81 (Damásio, Machado, & Silva, 2011).

Questionário de fatores demográficos e psicossociais – Questionário com perguntas fechadas a respeito das características de sexo e idade.

Resultados

Foram empregadas várias técnicas para estimar os parâmetros psicométricos e a dimensionalidade da DASS-21. Primeiramente, foram conduzidas análises fatoriais confirmatórias, por meio da matriz de correlações policóricas dos itens (Holgado-Tello, Chacón-Moscoso, Barbero-García, & Vila-Abad, 2010) e o método de estimação *Weighted Least Squares Mean- and Variance-adjusted*, (WLSMV; Muthén, Du Toit, & Spisic, 1997), por meio do *software* Mplus 6.12 (Muthén & Muthén, 2010). Os índices de ajuste considerados, e seus respectivos valores de referência, foram: *Comparative Fit Index* e *Tukey-Lewis Index* (CFI e TLI, $\geq 0,95$), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA, $\leq 0,06$ ou $\leq 0,08$ com intervalo de confiança de 90%) e a significância estatística do teste de qui-quadrado ($p \geq 0,05$). O primeiro modelo testado foi o unifatorial, o qual representa uma dimensão geral de afetos negativos, apresentando ajuste abaixo do recomendado [$\chi^2 = 1318,56$, $df = 189$, $p < 0,001$, CFI = 0,92, TLI = 0,92, RMSEA = 0,10 (I.C. 90% = 0,09 - 0,11)]. O segundo modelo investigado foi formado por dois fatores oblíquos, sendo eles ansiedade/tensão e depressão, apresentando ajuste marginal aos dados [$\chi^2 = 653,91$, $df = 188$, $p < 0,001$, CFI = 0,97, TLI = 0,96, RMSEA = 0,07 (I.C. 90% = 0,06 - 0,07)], porém estatisticamente superior em relação ao primeiro modelo ($\Delta\chi^2 = 664,65$, $\Delta df = 1$, $p < 0,001$). Por fim, foi testado o modelo teórico de três fatores oblíquos: estresse, ansiedade e depressão. Este modelo apresentou o melhor ajuste aos dados [$\chi^2 = 485,86$, $df = 186$, $p < 0,001$, CFI = 0,98, TLI = 0,98, RMSEA = 0,05 (I.C. 90% = 0,05 - 0,06)], e estatisticamente superior ao modelo de dois fatores oblíquos ($\Delta\chi^2 = 168,05$, $\Delta df = 2$, $p < 0,001$). As cargas fatoriais dos itens e medidas de fidedignidade das análises exploratórias e confirmatórias são apresentadas na Tabela 1. A escala apresentou

adequado nível de fidedignidade ($\geq 0,70$). As elevadas cargas fatoriais ($\geq 0,53$) indicam a adequação dos itens em relação aos fatores.

Tabela 1.

Cargas Fatoriais, Correlação entre os Fatores e Fidedignidade pelo Método de Estimação Weighted Least Squares Mean- and Variance-adjusted

Item (conteúdo reduzido)	Subescalas		
	Estresse	Ansiedade	Depressão
1 – Dificuldade para acalmar	0,72		
6 – Reações exageradas	0,75		
8 – Bastante nervoso	0,86		
11 – Ficando agitado	0,81		
12 – Difícil relaxar	0,81		
14 – Eu não tive paciência	0,71		
18 – Muito irritado	0,80		
2 – Boca seca		0,53	
4 – Dificuldade para respirar		0,79	
7 – Tremores		0,72	
9 – Preocupado(a) entrar em pânico		0,79	
15 – Entrar em pânico		0,90	
19 – Percebi as batidas do meu coração		0,75	
20 – Assustado		0,83	
3 – Não conseguia ter sentimentos positivos			0,88
5 – Difícil ter iniciativa			0,60
10 – Não tinha expectativas positivas			0,90
13 – Senti abatido(a) e triste			0,88
16 – Não consegui me empolgar			0,86
17 – Senti que não tinha muito valor			0,87
21 – Senti que a vida não tinha sentido			0,89
Correlações			
Ansiedade	0,85		
Depressão	0,76	0,77	
Fidedignidade composta (FC)	FC = 0,92	FC = 0,91	FC = 0,94

Em seguida, aplicou-se o modelo de Teoria de Resposta ao Item *Rating Scale* (Andrich, 1978) para investigar ajuste dos itens de cada subescala, com auxílio do *software Winsteps v. 3.72.2* (Linacre, 2011). Esses resultados são apresentados na Tabela 2, tendo sido os itens ordenados por sua dificuldade. Os parâmetros estimados, independentemente, pelo modelo *Rating Scale* são a dificuldade dos itens (δ) e o nível de traço latente (θ) das pessoas da amostra em um mesmo contínuo linear em unidades

de logaritmos de chance (*log-odds units* ou apenas *logits*). A escala *logit*, teoricamente, compreende um intervalo entre $\pm \infty$, contudo, os valores tendem a se situar entre ± 6 *logits*.

Tabela 2.

Dificuldade e Ajuste dos Itens, Funcionamento Diferencial e Fidedignidade da DASS-21

Dimensão/Item	Rating Scale		
	δ	Infit/Outfit	DIF
Estresse			
14 – Eu não tive paciência	0,53	1,25/1,26	-0,55
6 – Reações exageradas	0,16	0,96/0,97	-0,17
11 – Ficando agitado	0,14	0,90/0,89	-0,24
8 – Bastante nervoso	0,03	0,82/0,80	0,28
18 – Muito irritado	-0,12	0,92/0,89	0,04
1 – Dificuldade para acalmar	-0,21	1,13/1,08	0,03
12 – Difícil relaxar	-0,54	0,97/0,91	0,55
Média (SD)	0,00 (0,31)	0,99 (0,14)/0,97 (0,14)	-0,01 (0,36) $\Sigma = -0,06$
Fidedignidade		Itens = 0,92 Pessoas = 0,83	
Ansiedade			
20 – Assustado	0,50	0,95/0,93	-0,10
7 – Tremores	0,33	1,15/1,07	0,02
15 – Entrar em pânico	0,33	1,03/0,95	-0,33
4 – Dificuldade para respirar	0,21	0,83/0,79	0,21
19 – Percebi as batidas do meu coração	-0,34	0,88/0,85	0,19
9 – Preocupado(a) entrar em pânico	-0,39	0,89/0,90	0,12
2 – Boca seca	-0,64	1,34/1,38	-0,12
Média (SD)	0,00 (0,41)	1,01 (0,17)/0,98 (0,18)	-0,00 (0,19) $\Sigma = -0,01$
Fidedignidade		Itens = 0,95 Pessoas = 0,65	
Depressão			
21 – Senti que a vida não tinha sentido	1,28	1,08/0,78	-0,56
10 – Não tinha expectativas positivas	0,65	0,98/0,83	0,00
17 – Senti que não tinha muito valor	0,60	1,09/0,95	0,07
3 – Não conseguia ter sentimentos positivos	0,01	0,86/0,82	0,60
16 – Não consegui me empolgar	-0,05	0,93/0,90	0,00
5 – Difícil ter iniciativa	-0,83	1,52/1,64	-0,55
13 – Senti abatido(a) e triste	-1,66	0,77/0,82	0,36
Média (SD)	0,00 (0,91)	1,03 (0,23)/0,96 (0,28)	-0,01 (0,43) $\Sigma = -0,08$
Fidedignidade		Itens = 0,99 Pessoas = 0,82	

Nota. δ = dificuldade, DIF = contraste do parâmetro de dificuldade entre os sexos (categoria de referência: homem), Σ = somatório.

Os valores dos índices *infit* e *outfit* dentro do intervalo recomendado (entre 0,50 e 1,50) indicam o ajuste dos itens ao modelo de mensuração. Quanto mais próximos à

unidade estão esses índices, maior é a parte da variância dos itens é explicada pelo modelo. Não foram observados casos de dependência local entre os itens, sendo suas correlações residuais $< |0,30|$. Apesar de alguns itens apresentarem diferenças significativas ($|0,50|$ *logit*) na probabilidade de endosso ou funcionamento diferencial (DIF) em relação ao sexo dos participantes, especialmente na subescala depressão, os valores de média e somatório dessa medida indicam que as subescalas estão equilibradas. Desta forma, o conjunto dos itens não favorece nenhum dos grupos (Linacre, 2011). Os índices de fidedignidade dos itens e das pessoas mostraram-se adequados ($> 0,70$) para a maioria das subescalas, indicando alta reprodutibilidade da ordenação dos mesmos (Linacre, 2011).

Na subescala estresse, a média dos itens foi fixada no centro da escala *logit* ($M\delta = 0,00$, $SD = 0,31$), com amplitude acerca de 1 unidade (*logit*). A média do traço latente ($M\theta = -1,58$, $SD = 2,25$) situou-se na porção negativa da escala *logit*, indicando que os participantes apresentavam, em média, baixos níveis de estresse. O ordenamento dos itens em função do parâmetro de dificuldade permite observar o curso dos sintomas, partindo de sinais relacionados à perda da capacidade de resiliência (acalmar-se e relaxar), passando por níveis elevados de tensão psicológica (irritado, nervoso e agitado) até culminar com o descontrole emocional (perda de paciência e reações exageradas). Na subescala ansiedade, os itens apresentaram igualmente uma variação de cerca de 1 *logit* ($M\delta = 0,00$, $SD = 0,41$) e os participantes situaram-se, em média, muito abaixo na escala *logit* ($M\theta = -2,63$, $SD = 1,78$). O curso dos sintomas, de acordo com a ordenação dos itens, reflete um estágio inicial de alterações somáticas (tremores nas mãos, taquicardia) e preocupações mais brandas, passando pela intensificação desses sintomas (dificuldade de respirar, tremores) até os quadros agudos de medo e

preocupações (entrar em pânico e assustado). Por fim, a subescala depressão apresentou a maior amplitude na dificuldade dos itens, cerca de 3 *logits* ($M\delta = 0,00$, $SD = 0,91$), e os participantes situaram-se, em média, nos níveis inferiores do contínuo da depressão ($M\theta = -2,60$, $SD = 2,52$). Os sintomas iniciais de depressão referem-se, basicamente, aos afetos negativos (abatimento e tristeza) e a anedonia (falta de iniciativa e empolgação, não conseguir experimentar sentimentos positivos), avançando para sintomas de desvalia, desesperança e angústia existencial (sentir não ter valor, não ter expectativas positivas e sentir que a vida não tem sentido).

Com a finalidade de estimar a região da escala *logit* em que as subescalas são mais informativas (i.e. apresentam menores erros na estimação do θ) foram observadas suas funções de informação (*test information function*). Como é possível observar na Figura 1, as subescalas estresse tem uma curva bimodal de informação, com os picos de fidedignidade nos valores de -3,1 e 1,8 *logits*. Já as subescalas ansiedade e depressão apresentam uma melhor recuperação do traço latente nas regiões em torno de 0,8 e 1,3 *logits*, respectivamente.

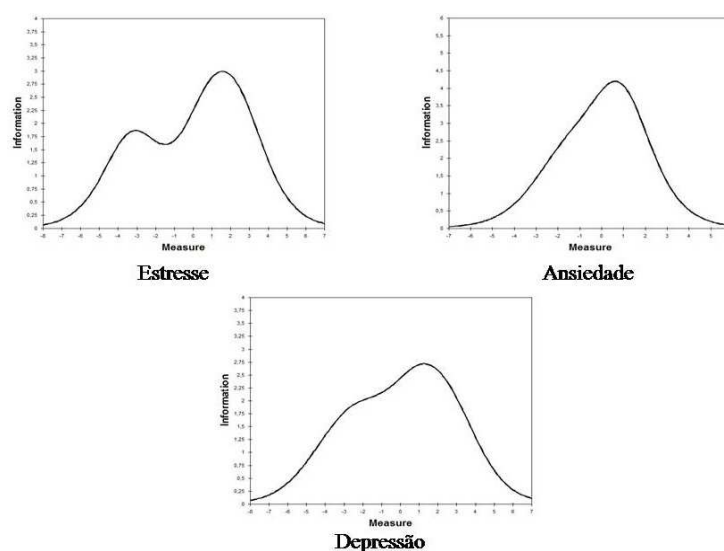


Figura 1. Funções de informação para as três subescalas da DASS-21.

Análises de correlação *rho* de Spearman foram empregadas para investigar a associação entre as três subescalas da DASS-21 e os escores das subescalas e totais dos instrumentos EEP-10, QSG-12, ESV e EBEP. O objetivo dessa análise foi de verificar a validade convergente das medidas de estresse, ansiedade e depressão, sendo esperadas associações positivas com medidas de estresse (EEP-10) e de sintoma gerais de psicopatologia (QSG-12) e negativas com variáveis de satisfação de vida (ESV) e bem-estar psicológico (EBEP). Como podem ser observadas na Tabela 3, todas as correlações foram significativas e na direção esperada.

Tabela 3.

Correlações entre as Subescalas da DASS-21 e Variáveis-critério, Estatísticas Descritivas e Índices de Fidedignidade

Subescalas	Escalas									<i>M</i> (<i>SD</i>)	α
	EEP-10	QSG-12	ESV	EBEP							
				RP	AU	DA	CP	PV	AA		
DASS-E	0,63	0,52	-0,36	-0,36	-0,25	-0,40	-0,24	-0,38	-0,42	14,00 (4,33)	0,89
DASS-A	0,46	0,45	-0,30	-0,29	-0,25	-0,35	-0,16	-0,29	-0,36	10,51 (3,77)	0,85
DASS-D	0,64	0,64	-0,52	-0,50	-0,30	-0,53	-0,40	-0,59	-0,63	12,11 (4,65)	0,91
<i>M</i>	27,26	22,95	23,49	26,37	24,66	26,15	32,41	29,75	29,15		
(<i>SD</i>)	(7,40)	(8,43)	(7,67)	(6,26)	(5,35)	(6,26)	(3,99)	(5,82)	(6,10)		
α	0,87	0,93	0,91	0,78	0,67	0,82	0,80	0,85	0,85		

Nota. Todas as correlações são estatisticamente significativas ao nível de $p \leq 0,01$. O número de casos variou de 426 a 495, devido a valores perdidos. DASS-E = subescala estresse, DASS-A = subescala ansiedade, DASS-D = subescala depressão, EEP-10 = Escala de Estresse Percebido, QSG-12 = Questionário de Saúde Geral, ESV = Escala de Satisfação de Vida, EBEP = Escala de Bem-estar Psicológico, RP = relações positivas com outros, AU = autonomia, DA = domínio sobre o ambiente, CP = crescimento pessoal, PV = propósito de vida, AA = autoaceitação, *M* = média, *SD* = desvio-padrão, α = alfa de Cronbach.

Discussão

A versão em Português brasileiro da DASS-21 demonstrou refletir a estrutura dimensional teórica do instrumento original. Apesar de os fatores apresentarem elevadas

correlações, o modelo de três fatores oblíquos apresentou o melhor ajuste aos dados, quando comparado aos demais modelos concorrentes de um e dois fatores (Daza et al., 2002; Gloster et al., 2008; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004; Szabó, 2010; Wood et al., 2010). Isso significa que a DASS-21 é capaz de discriminar empiricamente as dimensões de estresse, ansiedade e depressão. As análises de Teoria de Resposta ao Item (*Rating Scale*) evidenciaram o bom ajuste dos itens às escalas unidimensionais, a ausência de funcionamento diferencial dos itens e a alta reprodutibilidade do ordenamento do parâmetro de dificuldade dos mesmos. De forma contrária ao estudo de Shea et al.(2009) utilizando o modelo *Partial Credit*, nenhum item da DASS-21 foi excluído, entretanto, a ordenação dos mesmos foi muito semelhante. Todas as subescalas apresentaram índices de fidedignidade adequados, sendo todas elas mais precisas em regiões um pouco acima do centro da escala *logit*, com exceção da subescala estresse que também possui um bom nível de precisão em níveis inferiores da escala (cerca de -3 *logits*).

Análise correlacionais evidenciaram a validade convergente das três subescalas da DASS-21. As subescalas apresentaram correlações positivas e moderadas com medidas de sintomas de estresse (EEP-10) e de sintomas gerais de transtornos mentais comuns (QSG-12), como alterações de concentração, sono, humor, ansiedade e autoconfiança. Foram também observadas correlações negativas e moderadas com indicadores de satisfação de vida e bem-estar psicológico. A satisfação de vida refere-se ao componente cognitivo do bem-estar subjetivo, representando julgamentos globais do nível de satisfação do indivíduo com a sua vida como um todo (Diener, 1984). Já o bem-estar psicológico reúne um conjunto de dimensões desenvolvimentais individuais referente às capacidades e potencialidades, como relações positivas com outros,

autonomia, domínio sobre o ambiente, crescimento pessoal, propósito de vida e autoaceitação (ver Machado & Bandeira, 2012; Ryff, 1989). Desta forma, é esperado que, em média, um indivíduo que experiencie sintomas de estresse, ansiedade e depressão julgue de forma mais negativa os eventos e condições de vida e encontre obstáculos ao seu desenvolvimento pessoal. As variáveis-critério avaliadas neste estudo apresentaram correlações de maior magnitude com a subescala depressão, com exceção da variável estresse que mostrou associações de magnitudes praticamente idênticas com as subescalas estresse e depressão da DASS-21. Uma explicação plausível é que esse padrão se deva ao componente de baixo afeto positivo, típico da depressão no modelo tripartido de Clark e Watson (1991). Especialmente as características de anedonia podem explicar o julgamento mais negativo a respeito da satisfação com a vida como um todo e a diminuição do investimento no autodesenvolvimento.

Conclusão

O presente estudo teve como objetivo adaptar e validar a DASS-21 para o Português brasileiro por meio de diferentes técnicas analíticas. Análises fatoriais confirmatórias corroboraram a estrutura dimensional de três fatores do instrumento, compatível com o modelo teórico e estudos anteriores. Análises de Teoria de Resposta ao Item demonstraram que os itens possuem boa qualidade psicométrica e a alta fidedignidade em todas as subescalas. Análises correlacionais com variáveis-critério indicaram a validade convergente da DASS-21. Esse conjunto de achados indica que a DASS-21 na versão em Português brasileiro é um instrumento válido e fidedigno. A DASS-21 é um instrumento breve e com excelentes propriedades psicométricas, podendo auxiliar em futuras investigações na avaliação em saúde mental e áreas correlatas. Futuros estudos com amostras representativas e probabilísticas poderão

averiguar a estabilidade desses resultados. De modo semelhante, desenhos longitudinais e incluindo grupos clínicos serão úteis em determinar a validade de critério e os parâmetros de sensibilidade e especificidade do instrumento.

Referências

- Andrade L. H., Wang Y. P., Andreoni S., Silveira C. M., Alexandrino-Silva C., et al. (2012) Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE*, 7(2).
- Andrich, D. (1978). A rating formulation for ordered response categories. *Psychometrika*, 43(4), 561–573.
- Apóstolo, J. L. A., Aida, C. M., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE*, 24, 3186-3191.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012) Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316–336.
- Coelho, F. M. C., Pinheiro, R. T., Horta, B. L., Magalhães, P. V. S., Garcias, C. M. M., & Silva, C. V. (2009). Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: A population-based study. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 50-67.
- Cohen, S., Karmack. T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.

- Custódio, E. M. (2002). *Avaliação psicológica no setor da saúde*. In R. Primi (Ed.), *Temas em Avaliação Psicológica*, (pp. 13-25). Campinas: IBAP.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 91-95.
- Geisinger, K. F. (1994). Cross-cultural normative assessment: translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessments instruments. *Psychological Assessment*, 6(4), 304-312.
- Gloster, A. T., Rhoades, H. M., Novy, D., Klotsche, J., Senior, A., Kunik, M., ... Stanley, M. A. (2008). Psychometric properties of the depression anxiety and stress scale-21 in older primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 248-259.
- Gorayeb, R. (2010). Psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 115-122.
- Gouveia, V. V., Chaves, S. S. S., Oliveira, I. C. P., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V., & Andrade, P. R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), 241-248.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239.

- Holgado-Tello, F., Chacón-Moscoso, S., Barbero-García, I., & Vila-Abad, E. (2010). Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. *Quality and Quantity*, *44*, 153–166.
- Linacre, J. M. (2011). *A user's guide to Winsteps, Program Manual 3.74.0*. Chicago: Winsteps.com.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research Therapy*, *33*(3), 335-343.
- Luft C. B., Sanches S. O., Mazo, G. Z., Andrade A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, *41*(4), 606-615.
- Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*, *29*(1), 587-595.
- Machado, W. L., Damásio, B. F., & Silva, J. P. (2011). Estrutura fatorial do Questionário de Saúde Geral (QSG-12) em uma amostra de professores escolares. *Avaliação Psicológica*, *10*(1), 99-105.
- Machado, W. L., Damásio, B. F., Borsa, J. C., & Silva, J. P. (2013). *Dimensionalidade da Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale, PSS-10) em uma amostra de professores*. Manuscript submitted for publication.
- Machado, W. L., Pawlowski, J., & Bandeira, D. R. (2013). Validação da *Psychological Well-being Scale* em uma amostra de estudantes universitários. *Avaliação Psicológica*, *12*(2), 263-272.

- Muthén, B., Du Toit, S. H. C., & Spisic, D. (1997). Robust inference using weighted least squares and quadratic estimating equations in latent variable modeling with categorical and continuous outcomes. *Non-published technical report*.
- Ng, F., Trauer, T., Dodd, S., Callaly, T., Campbell, S., & Berk, M. (2007). The validity of the 21-item version of the depression anxiety stress scales as a routine clinical outcome measure. *Acta Neuropsychiatrica*, *19*(5), 304-310.
- Pais-Ribeiro, J. L., 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.
- Patrick, J., Murray, D., & Bramston, P. (2010). Depression Anxiety Stress Scale: is it valid for children and adolescents? *Journal of Clinical Psychology*, *66*(9), 996-1007.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069-108.
- Sandoval, J., & Durán, R.P. (1998). Language. In J. Sandoval, C.L. Frisby, K.F. Geisinger, J.D. Sheuneman & J.R. Grenier (Editors), *Test interpretation and diversity: Achieving equity in assessment wording* (pp. 181-211). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sarriera, J. C., Schwarcz, C. & Câmara, S. G. (1996). Bem-estar psicológico: análise fatorial da escala de Goldberg (GHQ-12) numa amostra de jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *9*(2), 293-306.
- Shea, T. L., Tennant, A., & Pallant, F. J. (2009). Rasch model analysis of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *BioMed Central Psychiatry*, *9*, 9-21.

- Silove, D. M., Marnane, C. L., Wagner, R., Manicavasagar, V. L., & Rees, S. (2010). The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BioMed Central Psychiatry, 10*(21).
- Szabó, M., & Lovibond, P. F. (2006). Anxiety, Depression, and Tension/Stress in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 28*(3), 195-205.
- Szabó, M. (2010). The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): factor structure in a Young adolescent sample. *Journal of Adolescence, 33*(1), 1-8.
- Wood, B. M., Nicholas, M. K., Blyth, F., Asghari, A., & Gibson, S. (2010). The utility of the short version of the Depression Anxiety Stress scales (DASS-21) in elderly patients with persistent pain: does age make a difference? *Pain Medicine, 11*(12), 1780-1790.

**CAPÍTULO IV - RELAÇÕES ENTRE SAÚDE MENTAL POSITIVA E
QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE: UM ESTUDO
CORRELACIONAL**

Resumo

Associações entre a saúde mental positiva e qualidade de vida relacionada à saúde foram investigadas em uma amostra de 686 adultos (72,70% mulheres). As dimensões avaliadas foram: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde (saúde física) e vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (saúde mental). Diferenças entre os sexos foram observadas nas dimensões dor e vitalidade, em que as mulheres apresentaram, respectivamente, níveis mais elevados e mais baixos em relação aos homens. Análises correlacionais sugerem que a saúde mental positiva está diretamente associada a percepções positivas em relação à saúde ($r = 0,12$ a $0,62$), sendo de menor magnitude para os domínios da saúde física capacidade funcional, aspectos físicos e dor. Os achados convergem ao indicar a saúde mental positiva como um fator de proteção para problemas de saúde física e mental percebidos. Estudos futuros deverão investigar os processos envolvidos nas diferenças observadas entre os sexos e nas relações causais entre saúde mental positiva e status de saúde.

Palavras-chave: saúde mental positiva; bem-estar; qualidade de vida; qualidade de vida relacionada à saúde; diferença entre sexos.

Abstract

Associations between positive mental health and health related quality of life were investigated in a sample of 686 adults (72.70 % women). The dimensions were measured: physical functioning, role physical, bodily pain, general health (physical health) and vitality, social functioning , emotional and mental health (mental health) . Gender differences were observed in the dimensions pain and vitality, in which women were respectively higher and lower than men. Correlation analyzes suggest that positive mental health is directly related to positive perceptions in relation to health ($r = 0.12$ to 0.62), being of lesser magnitude for the domains of physical functional capacity , and physical pain. The findings converge to indicate positive mental health as a protective factor for health problems perceived physical and mental . Future studies should investigate the processes involved in the observed differences between the sexes and the causal relationships between health status and positive mental health .

Keywords: positive mental health; well-being; quality of life; quality of life related to health; difference between sexes.

Introdução

O modelo de saúde mental positiva foi desenvolvido por Keyes (2002) em uma tentativa de suprir a lacuna operacional do componente positivo da saúde mental como um estado de bem-estar e funcionamento pleno do indivíduo (*World Health Organization*, 2005, p. 12). A saúde mental positiva é um contínuo dimensional formado por três componentes: afetos positivos (e.g. satisfação de vida, sentir-se alegre, feliz), engajamento no autodesenvolvimento (e.g. autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida) e crenças e atitudes positivas frente à sociedade (e.g. contribuição social, integração social, aceitação social). Essas dimensões foram derivadas de diferentes estudos sobre a estrutura básica do bem-estar em âmbito psicológico (Diener, 1984; Gurin, Veroff, & Feld, 1960; Jahoda, 1958; Keyes, 1998; Ryff, 1989).

Uma importante área de investigação sobre a saúde mental positiva diz respeito ao seu reflexo nas dimensões física, mental e social da saúde. Por meio de teorias consequencialistas são testadas hipóteses de o quanto experiências de felicidade (afeto positivo), autodesenvolvimento e integração social constituem processos que mantêm as pessoas saudáveis, seja por meio de melhores hábitos e autocuidados ligados à saúde, ou por meio do funcionamento ótimo dos processos regulatórios fisiológicos de nosso organismo (Dockray & Steptoe, 2010; Ryff et al., 2006; Ryff & Singer, 1998, 2008). Por exemplo, pessoas com altos níveis de saúde mental positiva apresentam menor prevalência de condições crônicas de saúde, como artrite, asma, migrânea, dor crônica, problemas gastrointestinais e hipertensão (Grzywacz & Keyes, 2004; Keyes, 2002, 2005a, 2007; Keyes & Grzywacz, 2002). Os níveis de bem-estar também parecem estar negativamente associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares e crônicas

como a diabetes, sobrepeso e a razão cintura/quadril (Ryff et al., 2006). De forma semelhante, a menor prevalência de transtornos do humor, de transtornos ansiosos e uso de tabaco, drogas e álcool é observada em pessoas com níveis elevados de saúde mental positiva em relação a pessoas com níveis moderados e baixos (Keyes, 2002, 2005a, 2007; Keyes et al., 2008). Como conseqüências desse padrão geral de associação negativa da saúde mental positiva e problemas de saúde, são também menores os dias de trabalho interrompidos ou perdidos e os gastos com serviços de saúde (Keyes, 2002, 2005a, 2007; Keyes, & Grzywacz, 2005).

Uma alternativa à avaliação dos indicadores objetivos de desfechos em saúde é a chamada qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). A qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p.28). Quando considerada no contexto da saúde é referida como qualidade de vida relacionada à saúde (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). A QVRS é um construto multidimensional que se diferencia das medidas objetivas em saúde por incluir avaliações subjetivas sobre as conseqüências relacionadas ao status de saúde física, mental e social. Seus indicadores são baseados na percepção e julgamento do próprio indivíduo a respeito de sua saúde em um amplo espectro, desde questões referentes à dor e o desconforto em realizar atividades físicas diárias, passando pela conclusão de tarefas e o nível experimentado de energia e vitalidade ao realizá-las e, por fim, os níveis de afetos positivos e negativos.

O presente estudo teve por objetivo investigar as relações entre a saúde mental positiva e a chamada qualidade de vida relacionada à saúde. As dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde avaliadas são aquelas presentes no *Medical Outcomes Study*

36-Item Short-Form Health Survey (SF-36, Ware & Sherbourne, 1992): capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Serão também investigadas eventuais diferenças nessas associações em relação ao sexo dos participantes.

Método

Participantes e procedimentos

Devido aos dados não declarados, algumas informações apresentam variação em relação ao número total de sujeitos. Participou deste estudo uma amostra por conveniência de 686 indivíduos, sendo 175 (27,30%) homens e 466 (72,70%) mulheres ($n = 641$), com média de idade de 33,88 ($SD = 11,26$) anos, com amplitude de 18 a 73 ($n = 632$). Em relação à escolaridade ($n = 645$), 7 (1,10%) possuíam ensino fundamental completo, 104 (16,10%) ensino médio completo, 37 (5,70%) curso técnico, curso profissionalizante ou magistério, 183 (28,40%) ensino superior completo e 314 (48,70%) pós-graduação completa. Os participantes declararam residir ($n = 636$) em 22 estados brasileiros (AL, AM, BA, CE, ES, GO, MA, MG, MS, PA, PB, PE, PR, RJ, RN, RO, RS, SC, SE, SP, TO) mais o Distrito Federal, sendo os principais, RS ($n = 449$, 70,6%), PR ($n = 31$, 4,9%), SP ($n = 29$, 4,6%), PB ($n = 27$, 4,2%), SC ($n = 26$, 4,1%) e BA ($n = 15$, 2,4%).

A coleta de dados para o presente estudo foi realizada por meio de um questionário *online*, na plataforma *Survey Monkey*, divulgado em redes sociais e em listas de email de participantes de pesquisas anteriores. O sigilo e confidencialidade sobre a identidade dos participantes foram garantidos, conforme constava no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), segundo a diretriz 466/12 e anteriores do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de

Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob o nº 89.705 em 03/09/2012 (Anexo C).

Instrumentos

Para o presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF, Keyes, 2005b): o instrumento é composto por 14 itens, respondidos em uma escala tipo *Likert* de seis pontos, onde os extremos são “nunca” (1) e “todos os dias” (6). A escala avalia conjuntamente aspectos do bem-estar emocional, psicológico e social e apresenta medidas de fidedignidade $\geq 0,93$.

Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36, Ware & Sherbourne, 1992; Anexo K): instrumento de autorrelato genérico para avaliação da qualidade de vida, ele possui 36 itens, divididos em oito subescalas sendo quatro relativas à saúde física (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde) e quatro relacionadas à saúde mental (vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Estudos brasileiros reportam índices adequados de reprodutibilidade intra e inter-avaliadores (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão, & Quaresma, 1999) e índices de consistência interna variando entre 0,68 e 0,95 para as subescalas e de 0,92 para o escore total (Silqueira, 2005).

Questionário de fatores demográficos e psicossociais – Questionário com perguntas fechadas a respeito das características de sexo e idade.

Resultados

Estatísticas descritivas das variáveis investigadas são apresentadas na Tabela 1. Todas as subescalas do SF-36 foram recodificadas, de forma que quanto maior o valor melhor é o status de saúde. As escalas e subescalas demonstraram índices adequados de

fidedignidade, avaliados por meio do coeficiente *alpha* de Cronbach. Comparações de média entre os sexos evidenciaram que mulheres apresentaram uma maior percepção de dor e menor vitalidade em relação aos homens.

Tabela 1.

Médias, Desvios-padrão, Consistência Internada das Escalas e Subescalas e Testes de Comparação de Médias

Variáveis	Total	Homens	Mulheres	<i>t</i> (<i>gl</i>)	α
	Média (<i>SD</i>)	Média (<i>SD</i>)	Média (<i>SD</i>)		
MHC-SF	57,79 (13,59)	56,08 (14,19)	58,47 (13,26)	-1,74 (501)	0,92
Capacidade funcional	24,32 (3,25)	24,58 (3,41)	24,22 (3,19)	1,10 (514)	0,87
Aspectos físicos	17,13 (4,00)	17,13 (4,03)	17,17 (3,95)	-0,10 (506)	0,90
Dor	8,46 (2,09)	8,92 (1,91)	8,31 (2,13)	2,92 (515)**	0,83
Saúde geral	19,41 (3,91)	19,59 (3,68)	19,34 (3,99)	0,64 (507)	0,78
Vitalidade	15,55 (4,50)	16,24 (4,46)	15,33 (4,50)	1,97 (504)*	0,87
Aspectos sociais	7,46 (2,15)	7,65 (2,13)	7,40 (2,15)	1,14 (511)	0,82
Aspectos emocionais	11,55 (3,52)	11,73 (3,40)	11,50 (3,55)	0,64 (508)	0,92
Saúde mental	22,15 (5,20)	22,67 (5,04)	22,01 (5,23)	1,25 (507)	0,88

Nota. α = *alpha* de Cronbach. * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$.

Posteriormente foram realizadas análises de correlação entre os escores do MHC-SF e as subescalas do SF-36, assim como foram testadas as diferenças entre os sexos (Tabela 2). No grupo geral, com exceção da dimensão dor, todas as demais dimensões apresentaram associações positivas e significativas com a saúde mental positiva. Entretanto, apesar de estatisticamente significativas, as associações entre saúde mental positiva e as dimensões capacidade funcional e aspectos físicos são de pequena magnitude. Considerando a diferença nos níveis médios na dimensão dor entre os sexos, foram conduzidas análises correlacionais para cada um dos grupos. As associações entre saúde mental positiva e as dimensões capacidade funcional, aspectos físicos e dor permaneceram com magnitude desprezível, apesar de atingirem a significância estatística, e não apresentaram diferença entre os sexos. Por outro lado, a associação entre saúde mental positiva e aspectos sociais possui uma magnitude significativamente

maior para as mulheres em relação aos homens. Para as demais dimensões a magnitude das associações foi de baixa a moderada e equivalente entre os sexos.

Tabela 2.

Correlações entre Saúde Mental Positiva e Dimensões da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde para o Grupo Total, Mulheres e Homens

Dimensões do SF-36	MHC-SF			z ^a
	Total	Mulheres	Homens	
Capacidade funcional	0,12*	0,15**	0,06	0,84
Aspectos físicos	0,18**	0,21**	0,09	1,14
Dor	0,09	0,11*	0,04	0,65
Saúde geral	0,36**	0,38**	0,32**	0,63
Vitalidade	0,59**	0,60**	0,56**	0,56
Aspectos sociais	0,41**	0,45**	0,29**	1,73*
Aspectos emocionais	0,46**	0,48**	0,38**	1,14
Saúde mental	0,60**	0,62**	0,52**	1,38

Nota. * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$. ^a Teste de diferença de correlações.

Discussão

Diferenças em relação aos sexos foram observadas nas dimensões dor e vitalidade. As mulheres apresentaram níveis significativamente maiores de percepção de intensidade e do quanto a dor interfere nas atividades diárias. Alguns estudos atribuem essa diferença a uma maior reatividade de mulheres frente à dor devido a disposições biológicas (e.g. maior sensibilidade devido à oscilação dos níveis hormonais, Dao & LeResche, 2000; Wiesenfeld-Hallin, 2005). Já a vitalidade inclui indicadores de cansaço, esgotamento e energia. Desta forma, as mulheres parecem encontrar mais dificuldades no processo de resiliência ou recuperação do efeito de estressores quando comparadas aos homens (Boardman, Blalok & Button, 2008).

Análises correlacionais evidenciam que não há associação entre as dimensões capacidade funcional, aspectos físicos e dor e a saúde mental positiva na amostra geral.

Quando analisadas separadamente entre os sexos, essas associações passam a ser significativas para o grupo das mulheres, embora possuam baixas magnitudes e não se diferenciem estatisticamente em relação ao grupo dos homens. Somente a percepção geral de saúde apresenta uma associação positiva e significativa com a saúde mental positiva, contudo, de pequena magnitude. Essa dimensão reúne indicadores como a percepção de quão bem está a saúde como um todo e em comparação com outras pessoas, de quanto o indivíduo acredita que sua saúde irá piorar e que venha a adoecer com maior facilidade. Desta forma, conclui-se que embora a saúde mental positiva constitua um fator de proteção em relação a diversos problemas de saúde (Grzywacz & Keyes, 2004; Keyes, 2002, 2005a, 2007; Keyes & Grzywacz, 2002; Spindler, Denollet, Kruse, & Pedersen, 2009), essa mesma associação não é observada em relação à percepção de limitações nos aspectos funcionais físicos mais amplos.

A saúde mental positiva exerce um papel importante em relação às dimensões da saúde mental avaliadas. Por exemplo, quanto maiores os níveis de saúde mental positiva, maiores são a percepção de empenho e motivação (vitalidade) para engajar-se em atividades diárias satisfatórias (aspectos sociais), podendo dedicar o tempo e os cuidados necessários para a realização dessas tarefas (aspectos emocionais). A dimensão saúde mental do SF-36 avalia tanto afetos negativos (nervosismo, abatimento e desânimo) quanto afetos positivos (felicidade e tranquilidade). Portanto, a associação positiva entre a saúde mental positiva e essas dimensões implica uma relação com o balanço entre os afetos, ou seja, com a predominância de afetos positivos sobre os afetos negativos. Em outras palavras, além da associação positiva esperada devido à sobreposição de indicadores com os afetos positivos, a saúde mental positiva também está negativamente associada com os afetos negativos. Este resultado reforça o papel da

saúde mental positiva como um fator de proteção da saúde mental (Keyes, 2002, 2005a, 2007; Keyes et al., 2008), tendo em vista que os afetos negativos são importantes preditores de transtornos mentais (Dua, 1993, 1994).

Conclusão

Foram investigadas as associações entre a saúde mental positiva e os diferentes domínios da qualidade de vida relacionada à saúde. Estes se referem a percepções do indivíduo sobre a própria saúde, física, mental e social. Não foram observadas associações entre a saúde mental positiva e os domínios da saúde física capacidade funcional, aspectos físicos e dor. Os demais resultados convergem ao indicar a saúde mental positiva como um fator de proteção para problemas de saúde física e mental percebidos. Eventuais especificidades na associação entre saúde mental positiva e aspectos funcionais físicos em mulheres devem ser melhor investigadas. O presente estudo limita-se ao delineamento transversal, portanto, hipóteses causais referentes às relações entre saúde mental positiva e a qualidade de vida relacionada à saúde não foram testadas. Futuras investigações, utilizando desenhos longitudinais, por exemplo, poderão esclarecer os processos responsáveis por essas associações.

Referências

- Boardman, J.D., Blalock, C. L., & Button, T. M.M. (2008). Sex differences in the heritability of resilience. *Twin Research and Human Genetics*, 11(1), 12-27.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.
- Dao, T. T., & LeResche, L. (2000). Gender differences in pain. *Journal of Orofacial Pain*, 14(3), 169-184.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Dockray, S., & Steptoe, A. (2010). Positive affect and psychobiological processes. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 69-75.
- Dua, J. K. (1993). The role of negative affect and positive affect in stress, depression, self-esteem, assertiveness, Type A behaviors, psychological health, and physical health. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 119(4), 515-552.
- Dua, J. K. (1994). Comparative predictive value of attributional style, negative affect, and positive affect in predicting self-reported physical health and psychological health. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(7), 669-680.
- Grzywacz, J. G., & Keyes, C. L. M. (2004). Toward health promotion: physical and social behaviors in complete health. *American Journal of Health Behavior*, 28(2), 99-111.
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.

- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York, NY: Basic Books.
- Keyes, C. L. M., & Grzywacz, J. G. (2002). Complete health: Prevalence and predictors among U.S. adults in 1995. *American Journal of Health Promotion, 17*(2), 122-131.
- Keyes, C. L. M., & Grzywacz, J. G. (2005). Health as a complete state: the added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational & Environmental Medicine, 47*(5), 523-532.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly, 61*(2), 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research, 43*(2), 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005a). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 73*(3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2005b). The subjective well-being of America's youth: Toward a comprehensive assessment. *Adolescent and Family Health, 4*, 3-11.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62*(2), 95-108.
- Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*(3), 181-192.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-108.
- Ryff, C.D., & B.H. Singer: (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry* 9, 1–28.
- Ryff, C.D., & Singer B.H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 1103–1119
- Ryff, C.D., Love, G.D., Urry, H.L., Muller, D., Rosenkranz, M.A., Friedman, E.M., Davidson, R.J., & Singer, B. (2006). Psychological Well-Being and Ill-Being: Do They Have Distinct or Mirrored Biological Correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 85-95.
- Silqueira, S. M. F. (2005). *O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hipertensos* (Doctoral dissertation). Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Spindler, H., Denollet, J., Kruse, C., & Pedersen, S.S. (2009). Positive affect and negative affect correlate differently with distress and health-related quality of life in patients with cardiac conditions: Validation of the Danish Global Mood Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(1), 57-65.
- U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2020 (2010). *Health-Related Quality of Life and Well-Being*. Retrieved in November 08th, from: <http://www.healthypeople.gov/2020/about/qolwabout.aspx>.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-83.

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status.

International Journal of Mental Health, 23(3), 24-56.

Wiesenfeld-Hallin, Z. (2005). Sex differences in pain perception. *Gender Medicine*,

2(3), 137-145.

World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging*

evidence, practice. Geneva: WHO.

CAPÍTULO V - A SAÚDE MENTAL COMO UM ESTADO COMPLETO: UMA ANÁLISE DOS PREDITORES DEMOGRÁFICOS, PSICOSSOCIAIS E DE PERSONALIDADE

Resumo

A saúde mental é formada por componentes positivos e negativos independentes. Quando avaliadas ambas as suas dimensões, tem-se uma estimativa da saúde mental como um estado completo. O presente estudo teve por objetivo investigar os preditores das dimensões positivas e negativas da saúde mental, bem como, de uma medida conjunta de seus componentes. Participou do estudo uma amostra de 555 indivíduos, 75,00% mulheres, com média de idade de 34,13 ($SD = 11,29$) anos, com amplitude de 18 a 73 ($n = 545$), sendo a maior parte com ensino superior completo ($n = 279$, 50,30%). Os preditores avaliados foram variáveis demográficas, aspectos psicossociais e fatores de personalidade. Análises de regressão linear múltipla evidenciaram a importância dos fatores de personalidade, especialmente neuroticismo, e das variáveis idade, religiosidade/espiritualidade e relacionamento íntimo como determinantes da preponderância da saúde mental positiva sobre os componentes negativos da saúde mental. Relações específicas com as dimensões positivas e negativas são apresentadas e discutidas.

Palavras-chave: saúde mental, bem-estar, saúde mental positiva, personalidade, fatores psicossociais, variáveis demográficas

Abstract

Mental health is comprised of independent positive and negative components. When evaluated both dimensions, it has an estimate of mental health as a complete state. The present study aimed to investigate the predictors of positive and negative dimensions of mental health, as well as a joint measure of its components. Participated in the study a sample of 555 subjects, 75.00% women, with a mean age of 34.13 ($SD = 11.29$) years, amplitude 18-73, with most with bachelors educational level ($n = 279, 50.30\%$). The predictors evaluated were demographic, psychosocial and personality factors. Multiple linear regression analysis showed the importance of personality factors, especially neuroticism, age, religiosity/spirituality and intimate relationship as determinants of preponderance of positive over negative components of mental health. Specific relations with positive and negative dimensions are presented and discussed.

Keywords: mental health; well-being; positive mental health; personality; psychosocial factors; demographic variables.

Introdução

A saúde mental, como um estado completo, inclui tanto componentes positivos quanto negativos, relativamente independentes entre si (Alterman et al., 2010; Keyes, 2005; Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair, & Battaglini, 1998; Peter, Roberts, & Dengate 2011; Ryff & Singer, 1998; Weich et al., 2011; Westerhof & Keyes, 2010; Wilkinson & Walford, 1998; *World Health Organization*, 2005). O componente negativo (i.e. do qual a ausência representa a saúde) abrange uma ampla categoria de fenômenos que envolvem prejuízos ou funcionamento desadaptativo de ordens afetiva, cognitiva, psicossocial e neurobiológicas. Por exemplo, a última versão do Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-V-TR, *American Psychiatric Association* - APA, 2002) chega a listar 297 diferentes categorias diagnósticas psiquiátricas. Já o componente positivo (i.e. que a presença representa a saúde) é formado por um contínuo unidimensional que inclui o bem-estar emocional (i.e. afetos positivos e satisfação), o bem-estar psicológico (i.e. autoaceitação, relações positivas com outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal) e bem-estar social (i.e. aceitação, atualização, contribuição, coerência e integração social) (Diener, 1984; Gurin, Veroff, & Feld, 1960; Jahoda, 1958; Keyes, 1998, 2002; Ryff, 1989).

A avaliação conjunta das dimensões negativas e positivas permite, por exemplo, investigar quais os fatores associados aos diferentes status de saúde mental. Em relação às variáveis demográficas, evidências sugerem que os maiores níveis do componente positivo da saúde mental sobre o negativo são prevalentes em pessoas mais velhas, com mais anos de educação formal, sem diferenças entre os sexos (Keyes, 2007, Khumalo, Temane, & Wissing, 2012; Shapiro & Keyes, 2008). Sobre os aspectos psicossociais,

peessoas com maiores níveis de saúde mental positiva apresentem maior produtividade e menos dias de trabalho perdidos ou interrompidos (Keyes & Grzywacz, 2005). Este perfil também se mostra associado a um maior senso de auto-eficácia comunitária (Keyes et al, 2008), que se reflete em uma maior participação em grupos sociais ou comunitários (Cicognani et al., 2008; Grzywacz & Keyes, 2004; Keyes & Grzywacz, 2002), no engajamento cívico, no ativismo social (Albanesi, Cicognani, & Zani, 2007; Klar & Kasser, 2009).

Os estudos investigando a associação entre saúde mental positiva e traços de personalidade adotam, em sua maioria, o modelo dos cinco grandes fatores (CGF, McCrae & Costa, 1989). As evidências são convergentes ao indicar que indivíduos com altos níveis de saúde mental positiva exibem também maiores níveis de abertura à experiência, socialização, extroversão e realização. Do mesmo modo, a dimensão positiva da saúde mental está negativamente associada ao traço neuroticismo. Estes resultados são observados tanto quando é levando em conta uma medida geral dessa dimensão quanto são analisados seus componentes (Costa & McCrae, 1980; Diener, 1984; Joshanloo & Nosratabadi, 2009; Keyes, 1998; Schmutte & Ryff, 1997).

O presente estudo teve por objetivo investigar, em uma amostra de adultos, os preditores das dimensões positivas e negativas da saúde mental, bem como a saúde mental com um estado completo, por meio de uma medida conjunta de ambas as dimensões. Foi investigado o poder preditivo de variáveis demográficas, de fatores psicossociais e de traços de personalidade sobre a saúde mental.

Método

Participantes e procedimentos

Devido aos dados não declarados, algumas informações apresentam variação em relação ao número total de sujeitos. Participou deste estudo uma amostra por conveniência de 555 indivíduos, sendo 138 (25,00%) homens e 415 (75,00%) mulheres ($n = 553$), com média de idade de 34,13 ($SD = 11,29$) anos, com amplitude de 18 a 73 ($n = 545$). Em relação à escolaridade ($n = 555$), 124 (22,30%) possuíam ensino fundamental completo, ensino médio completo ou curso técnico, curso profissionalizante ou magistério, 152 (27,40%) ensino superior completo e 279 (50,30%) pós-graduação completa. Os participantes ($n = 548$) declararam residir em 19 estados brasileiros (AL, BA, CE, ES, GO, MA, MG, MS, PA, PB, PE, PR, RJ, RN, RS, SC, SE, SP) mais o Distrito Federal, sendo os principais, RS ($n = 398$, 72,6%), PR ($n = 26$, 4,70%), SP ($n = 24$, 4,40%), SC ($n = 22$, 4,00%), PB ($n = 19$, 3,50%), e BA ($n = 13$, 2,40%).

A coleta de dados para o presente estudo foi realizada por meio de um questionário *online*, na plataforma *Survey Monkey*, divulgado em redes sociais e em listas de email de participantes de pesquisas anteriores. O sigilo e confidencialidade sobre a identidade dos participantes foram garantidos, conforme constava no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), segundo a diretriz 466/12 e anteriores do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob o nº 89.705 em 03/09/2012 (Anexo C).

Instrumentos

Para o presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF, Keyes, 2005b): o instrumento é composto por 14 itens, respondidos em uma escala tipo *Likert* de seis pontos, onde os extremos são “nunca” (1) e “todos os dias” (6). A escala avalia conjuntamente aspectos do bem-estar emocional, psicológico e social e apresenta medidas de fidedignidade $\geq 0,93$.

Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995): o instrumento é composto por três subescalas para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Cada subescala contém sete itens, respondidos em uma escala tipo *Likert* de quatro pontos, onde os extremos são “não se aplica a mim” (0) a “se aplica a mim, na maior parte do tempo” (3). Henry e Crawford (2005) reportam medidas de fidedignidade variando de 0,82 a 0,90 para as três subescalas, e de 0,93 para a escala global.

Marcadores Reduzidos para a Avaliação da Personalidade – Escala Breve (Hauck, Machado, Teixeira, & Bandeira, 2012; Anexo L): avalia a personalidade no modelo dos Cinco Grandes Fatores a partir de adjetivos/marcadores. Vinte e cinco adjetivos são respondidos em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, onde os extremos são “descreve apropriadamente” (1) e “não o descreve apropriadamente” (5). As subescalas apresentam medidas de consistência interna variando entre 0,61 a 0,83.

Questionário de fatores demográficos e psicossociais – Questionário com perguntas fechadas a respeito das características de sexo, idade, status civil, escolaridade, atividade, renda pessoal e familiar, religiosidade/espiritualidade e trabalho voluntário.

Resultados

Estatísticas descritivas das variáveis investigadas neste estudo são apresentadas na Tabela 1. Na variável escolaridade, as categorias fundamental completo, médio completo e curso técnico profissionalizante ou magistério foram colapsadas para fins analíticos. Com exceção da subescala do fator de personalidade abertura que apresentou um nível de fidedignidade marginal ($\alpha = 0,67$), todas as demais escalas e subescalas apresentaram níveis adequados de fidedignidade.

Tabela 1.

Estatísticas Descritivas das Variáveis Investigadas

Variável	Estatísticas descritivas
Sexo ($n = 553$)	Mulheres = 415 (75,00%) Homens = 138 (25,00%)
Idade ($n = 545$)	Média = 34,13 Desvio-padrão = 11,29
Relacionamento íntimo/conjugal ($n = 548$)	Sim = 383 (69,90%) Não = 165 (30,10%)
Renda pessoal ($n = 470$)	Média = 3.342,45 Desvio-padrão = 2.797,32
Renda familiar ($n = 502$)	Média = 6.795,64 Desvio-padrão = 6.730,79
Trabalho voluntário ($n = 546$)	Sim = 150 (27,50%) Não = 396 (72,50%)
Religiosa ou espiritualizada ($n = 553$)	Sim = 394 (71,20%) Não = 159 (28,8%)
Atividade ($n = 534$)	Estuda = 96 (18,00%) Trabalha = 192 (36,00%) Estuda e trabalha = 246 (46,00%)
Escolaridade ($n = 555$)	F/M/TM = 124 (22,30%) Superior = 152 (27,40%) Pós-graduação = 279 (50,30%)
MHC-SF ($n = 555$)	Média = 57,76 Desvio-padrão = 13,61 $\alpha = 0,93$
DASS-E ($n = 555$)	Média = 14,00 Desvio-padrão = 4,33 $\alpha = 0,89$
DASS-A ($n = 555$)	Média = 10,51 Desvio-padrão = 3,77 $\alpha = 0,85$
DASS-D ($n = 555$)	Média = 12,11 Desvio-padrão = 4,65 $\alpha = 0,91$
Extroversão ($n = 496$)	Média = 17,09 Desvio-padrão = 4,54 $\alpha = 0,82$
Socialização ($n = 494$)	Média = 19,89 Desvio-padrão = 3,44 $\alpha = 0,82$
Conscienciosidade ($n = 487$)	Média = 20,57 Desvio-padrão = 3,46 $\alpha = 0,78$
Neuroticismo ($n = 496$)	Média = 12,89 Desvio-padrão = 4,42 $\alpha = 0,79$
Abertura ($n = 490$)	Média = 15,33 Desvio-padrão = 4,03 $\alpha = 0,67$

Nota. F/M/TM = fundamental completo, médio completo e curso técnico profissionalizante ou magistério, MHC-SF = *Mental Health Continuum – Short Form*, DASS-E = subescala estresse, DASS-A = subescala ansiedade, DASS-D = subescala depressão.

Posteriormente foram realizadas análises de regressão linear múltipla, tendo como variáveis dependentes os escores fatoriais do MHC-SF e das subescalas estresse, ansiedade e depressão do DASS-21 e as demais variáveis como preditores nos modelos.

No caso de variáveis com três ou mais categorias, estas foram dicotomizadas. Na Tabela 2 constam as soluções pelo método *stepwise* (*pairwise deletion*) para cada variável dependente.

Tabela 2.

Modelos de Preditores das Variáveis Saúde Mental Positiva, Estresse, Ansiedade e Depressão

Variáveis predictoras			
Variável dependente = Saúde mental positiva $R = 0,69$ $R^2 = 47$ R^2 ajustado = 0,46 $F = 48,58$ $df = 544$ $p \leq 0,001$			
(Intercepto = -2,16)	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	-0,34	-9,21	$\leq 0,001$
Socialização	0,21	5,68	$\leq 0,001$
Conscienciosidade	0,16	4,12	$\leq 0,001$
Abertura	0,11	3,57	$\leq 0,001$
Extroversão	0,10	2,83	0,005
Sexo ^a	0,08	2,37	0,02
Idade	0,07	2,15	0,03
Religiosa/Espiritualizada	0,07	2,08	0,04
Relacionamento	0,07	2,34	0,02
Trabalho voluntário	0,07	2,26	0,02
Variável dependente = Estresse $R = 0,57$ $R^2 = 0,32$ R^2 ajustado = 0,32 $F = 87,65$ $df = 551$ $p \leq 0,001$			
(Intercepto = -0,49)	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	0,52	14,01	$\leq 0,001$
Socialização	-0,10	-2,68	0,007
Idade	-0,07	-1,97	0,05
Variável dependente = Ansiedade $R = 0,53$ $R^2 = 0,28$ R^2 ajustado = 0,28 $F = 109,47$ $df = 552$ $p \leq 0,001$			
(Intercepto = -0,65)	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	0,51	14,10	$\leq 0,001$
Renda pessoal	-0,09	-2,72	0,007
Variável dependente = Depressão $R = 0,64$ $R^2 = 0,41$ R^2 ajustado = 0,41 $F = 96,19$ $df = 550$ $p \leq 0,001$			
(Intercepto = -0,54)	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	0,57	16,51	$\leq 0,001$
Conscienciosidade	-0,12	-3,47	0,001
Religiosa/Espiritualizada	-0,09	-2,57	0,01
Relacionamento	-0,07	-2,16	0,03

Nota. R = correlação multivariada, R^2 = variância da variável dependente explicada. ^a Homem = 0, Mulher = 1.

Todos os fatores de personalidade apresentam-se como os melhores preditores da saúde mental positiva, seguidos de um bloco de menor influência dos fatores biodemográficos sexo, idade e relacionamento íntimo/conjugal e das variáveis psicossociais considerar-se uma pessoa religiosa/espiritualizada e realizar trabalho voluntário. Em relação aos fatores de psicopatologia, observa-se uma variabilidade das variáveis predictoras. O fator neuroticismo exerce uma grande influência sobre os níveis de estresse, ansiedade e depressão (Beta = 0,51 a 0,57). Socialização e idade são preditores dos níveis de ansiedade, enquanto para a ansiedade a renda pessoal exerce uma moderada influência. Na variável depressão, o fator de personalidade conscienciosidade, e as variáveis relacionamento íntimo/conjugal e considerar-se uma pessoa religiosa/espiritualizada também desempenham um papel relevante.

Posteriormente, para investigar as variáveis predictoras da saúde mental como um estado completo, isto é, considerando as dimensões positiva e negativa, foi realizada uma análise de perfil latente (Bartholomew, 1987), com a finalidade de identificar grupos com diferentes combinações considerando essas dimensões. Apesar de uma solução de quatro classes latentes apresentar um bom ajuste (Loglikelihood = -1438,99, Akaike Information Criterion = 2923,98, Bayesian Information Criterion = 3023,31, Bootstrapped Likelihood Ratio Test = $p \leq 0,001$, Entropia = 0,88), uma análise das médias latentes dos grupos (Figura 1) permitiu interpretar um padrão mais dimensional que categórico nas diferenças entre os perfis. Em outras palavras, as diferenças entre as classes se davam apenas no nível em que as duas dimensões (positiva e negativa) estavam associadas. Também foi observado que os níveis intra-grupo de estresse, ansiedade e depressão eram muito próximos dentre os perfis.

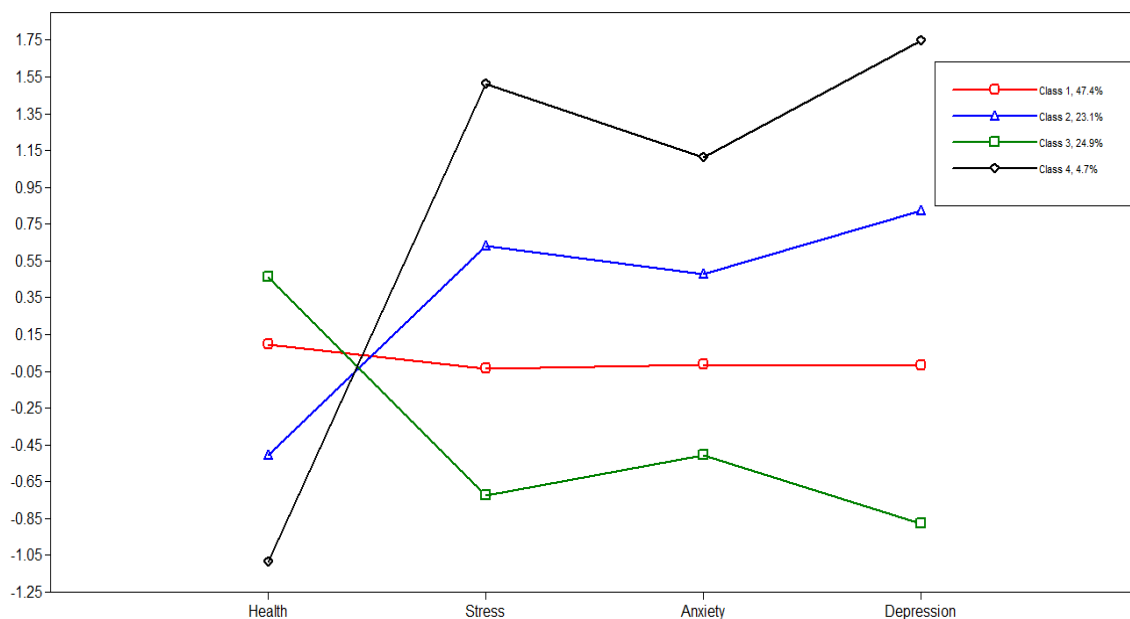


Figura 1. Perfis latentes nas variáveis saúde mental positiva, estresse, ansiedade e depressão. Círculos representam valores padronizados das médias latentes em cada um dos grupos.

Desta forma, foi criada uma variável por meio da subtração do escore em saúde mental positiva e a média dos escores nas variáveis estresse, ansiedade e depressão. Essa medida, portanto, reflete a preponderância da saúde mental positiva em relação às variáveis de psicopatologia, no caso de valores positivos, e o inverso no caso de valores negativos. Além dos fatores de personalidade neuroticismo, socialização, conscienciosidade e extroversão, as variáveis idade, considerar-se uma pessoa religiosa/espiritualizada e possuir um relacionamento íntimo e conjugal demonstraram poder explicativo sobre 51% (50% ajustado) do balanço entre as dimensões da saúde mental (Tabela 3).

Tabela 3.

Modelo de Preditores da Saúde Mental como um Estado Completo

Variáveis predictoras	Variável dependente = medidas combinadas de saúde mental $R = 0,71$ $R^2 = 0,51$ R^2 ajustado = 0,50 $F = 80,38$ $df = 547$ $p \leq 0,001$		
(Intercepto = -1,51)	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	-0,48	-13,83	$\leq 0,001$
Socialização	0,18	5,14	$\leq 0,001$
Conscienciosidade	0,13	3,63	$\leq 0,001$
Extroversão	0,08	2,52	0,01
Religiosa/Espiritualizada	0,08	2,43	0,01
Idade	0,07	2,34	0,02
Relacionamento	0,06	2,09	0,04

Nota. R = correlação multivariada, R^2 = variância da variável dependente explicada.

Discussão

O fator de personalidade neuroticismo desempenha um papel fundamental em relação aos componentes positivos e negativos da saúde mental. Isso pode ser observado tanto pela análise individual dos componentes positivos e negativos da saúde mental quanto pela análise conjunta de ambos os indicadores. Este fator reúne características como baixo controle de impulsos, vulnerabilidade ao estresse, insegurança e afetos negativos, explicando assim sua forte relação com sintomas de psicopatologia (Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson, 2010; Sutin, Costa Jr., Wethington, & Eaton, 2010). Estas características parecem também influenciar negativamente e em menor magnitude o modo com que as pessoas se julgam satisfeitas com suas vidas, o investimento no desenvolvimento pessoal e a qualidade de relações e crenças com outras pessoas significativas (Costa & McCrae, 1980; Diener, 1984; Joshanloo & Nosratabadi, 2009; Keyes, 1998; Schmutte & Ryff, 1997). Todos os demais traços de personalidade aparecem positivamente associados com a dimensão positiva da saúde mental e de forma inversa ao seu componente negativo. Esse achado corrobora a expectativa que quanto mais próximo ao perfil resiliente de personalidade (baixos níveis de

neuroticismo e altos níveis nos demais fatores) melhor status de saúde física e mental (Honkaniemi, Feldt, Metsäpelto, & Tolvanen, 2013).

No que tange às variáveis demográficas, a idade apresenta um padrão complexo em relação à saúde mental. Pessoas mais jovens apresentam menores níveis de estresse, contudo, quanto maior a idade, maiores são os níveis de saúde mental positiva e sua preponderância sobre o componente negativo da saúde mental. Adultos jovens tendem a possuir uma menor habilidade em manejar o ambiente para satisfazer suas necessidades e uma menor autonomia, acompanhadas de uma maior responsividade a eventos estressores que se reflete em níveis mais baixos de afetos positivos e satisfação com a vida (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008). Mulheres apresentam níveis mais altos de saúde mental positiva em comparação aos homens, de acordo com achados anteriores (Keyes, 2002, 2007). Um resultado inesperado diz respeito ao nível educacional não exercer influência sobre a saúde mental, especialmente sobre sua dimensão positiva. Indivíduos com maior nível educacional em geral também apresentam um maior investimento no crescimento pessoal e nas dimensões socialmente orientadas do bem-estar (Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks, 1997; Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008). Esse achado, contudo, deve ser interpretado com cautela, tendo em vista a sub-representação dos níveis de menor escolaridade na amostra.

Ao observar o conjunto das relações entre os traços de personalidade socialização e extroversão, possuir um relacionamento íntimo/conjugal, considerar-se uma pessoa religiosa/espiritualizada e realizar trabalho voluntário com os componentes positivos e negativos e com a medida conjunta de saúde mental, o gregarismo (i.e. socialização; a busca e satisfação com a companhia de outros significativos) parece desempenhar um importante papel como fator de proteção importante em relação à

saúde mental. Altos níveis nos fatores de personalidade socialização e extroversão indicam um perfil mais voltado para as relações sociais, isto é, pessoas com melhor comunicação, assertivas, simpáticas e compreensivas. O papel dos relacionamentos íntimos como fatores de proteção e promoção da saúde mental são bem documentados na literatura (Nisbet, Zelenski, & Murphy, 2011; Vanassche, Swicegood, & Matthijs, 2013), estando associados a comportamentos pró-sociais e pró-relacionamento como o perdão, a determinação e a disposição em auxiliar o parceiro a satisfazer suas necessidades e valores (i.e. o parceiro). Em relação à religiosidade/espiritualidade, há o estímulo, em diferentes tradições e filosofias, ao desenvolvimento tanto de valores autocentrados (e.g. propósito e sentido de vida) quanto daqueles com orientação social (e.g. solidariedade, gratidão, benevolência, humildade, e o perdão) (Holder, Coleman, & Wallace, 2010; Joshanloo, 2011; Marques, Lopez, & Mitchell, 2013; van Dierendonck, 2012; Wills, 2009). Por fim, o trabalho voluntário reflete um engajamento em atividades comunitárias, um senso de eficácia comunitária e comportamentos pró-sociais (Albanesi, Cicognani, & Zani, 2007; Cicognani et al., 2008; Grzywacz & Keyes & Grzywacz, 2002; Keyes, 2004; Keyes et al, 2008; Klar & Kasser, 2009) fatores relacionados aos aspectos socialmente orientados do bem-estar (Keyes, 1998, 2002).

Conclusão

As análises dos preditores das dimensões positivas e negativas da saúde mental, bem como a medida conjunta destes (saúde mental como um estado completo) evidenciaram a importância da influência dos fatores de personalidade na determinação de seus níveis. Características compatíveis com o perfil conhecido como resiliente (baixo neuroticismo e alto em todos os demais fatores) mostram-se associadas aos melhores perfis de saúde mental. O fator neuroticismo exerce uma especial influência

sobre a saúde mental, sendo um indicador de vulnerabilidade pessoal. A religiosidade/espiritualidade também desempenha um papel importante na determinação dos níveis de saúde mental, refletindo assim o cultivo de valores como propósito de vida, solidariedade e benevolência. Pessoas mais velhas e com relacionamentos íntimos apresentam melhores status de saúde, refletindo efeitos positivos do desenvolvimento (e.g. domínio sobre o ambiente) e de manter relacionamentos estáveis. Os diferentes preditores observados das dimensões positivas e negativas da saúde mental reforçam o modelo de dois contínuos, isto é, que a saúde é melhor entendida como um estado completo de dois componentes independentes.

O presente estudo apresenta importantes limitações. A primeira delas diz respeito à sub-representação de grupos de indivíduos masculinos e de grupos com baixa escolaridade. Em seguida, o fato de inferir causalidade em um desenho de estudo transversal. O critério para eleger as variáveis independentes no estudo seguiu uma orientação teórica, e o modelo estatístico não permitiu avaliar efeitos de *feedbacks*. Desta forma, sugere-se que futuros estudos com amostras probabilísticas e melhor balanceadas utilizem estudos longitudinais a fim de investigar a estabilidade destes achados.

Referências

- Albanesi, C., Cicognani, E., & Zani, B. (2007). Sense of community, civic engagement and social well-being in Italian adolescents. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 17*, 387-406.
- Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Ivey, M. A., Coviello, D. M., Lynch, K. G., Dugosh, K. L., & Habing, B. (2010). Relationship of mental health and illness in substance abuse patients. *Personality and Individual Differences, 49*(8), 880-884.
- American Psychiatric Association - APA (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR*. Ed. 4ª. C. Dornelles (Trans.) Porto Alegre: ArtMed.
- Bartholomew, D. J. (1987). *Latent variable models and factor analysis*. London: Griffin
- Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C. L. M., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2008). Social participation, sense of community and social well being: a study on American, Italian and Iranian university students. *Social Indicators Research, 89* (1), 97-112.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of Extraversion and Neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*, 668-678.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin, 95* (3), 542-575.
- Grzywacz, J. G. & Keyes, C. L. M. (2004). Toward health promotion: physical and social behaviors in complete health. *American Journal of Health Behavior, 28*(2), 99-111.
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.

- Hauck, N., Machado, W. L., Teixeira, M. A. P. & Bandeira, D. R. (2012). Evidências de validade de Marcadores Reduzidos de para a Avaliação da Personalidade no modelo dos Cinco Grandes Fatores. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(4), 417-423.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clínical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239.
- Holder, M. D., Coleman, B., & Wallace, J. M. (2010). Spirituality, religiousness, and happiness in children aged 8-12 years. . *Journal of Happiness Studies*, 11(2), 131-150.
- Honkaniemi, L., Feldt, T., Metsäpelto, R., & Tolvanen, A. (2013). Personality types and applicant reactions in real-time selection. *International Journal of Selection and Assessment*, 21(1), 32-45.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York, NY: Basic Books.
- Joshanloo, M., & Nosratabadi, M. (2009). Levels of mental health continuum and personality traits. *Social Indicators Research*, 90(2), 211-224.
- Joshanloo, M. (2011). Investigation of the contribution of spirituality and religiousness to hedonic and eudaimonic well-being in Iranian young adults. *Journal of Happiness Studies*, 12(6), 915-930.
- Keyes, C. L. M., & Grzywacz, J. G. (2002). Complete health: Prevalence and predictors among U.S. adults in 1995. *American Journal of Health Promotion*, 17(2), 122-131.

- Keyes, C. L. M., & Grzywacz, J. G. (2005). Health as a complete state: the added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational & Environmental Medicine, 47*(5), 523-532.
- Keyes, C. L. M., & Grzywacz, J. G. (2005). Health as a complete state: the added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational & Environmental Medicine, 47*(5), 523-532.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly, 61*(2), 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research, 43*(2), 207-222.
- Keyes, C.L.M. (2005b). The subjective well-being of America's youth: Toward a comprehensive assessment. *Adolescent & Family Health, 4*(1), 3-11.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62*(2), 95-108.
- Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*(3), 181-192.
- Khumalo, I. P., Temane, Q. M., & Wissing, M. P. (2012). Socio-demographic variables, general psychological well-being and the mental health continuum in an African context. *Social Indicators Research, 105*(3), 419-442.
- Klar, M., & Kasser, T. (2009). Some benefits of being an activist: measuring activism and its role in psychological well-being. *Political Psychology, 30* (5), 755-777.

- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. & Watson, D (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research Therapy*, 33 (3), 335-343.
- Marmot, M., Ryff, C.D., Bumpass, L.L., Shipley, M., & Marks, N.F. (1997). Social Inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science and Medicine*, 44, 901–910.
- Marques, S. C., Lopez, S.J., & Mitchell, J. (2013). The role of hope, spirituality and religious practice in adolescents’ life satisfaction: Longitudinal findings. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 251-261.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social Indicators Research*, 45 (1-3), 475-504.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1989). More reasons to adopt the five-factor model. *American Psychologist*, 44(2), 451-453.
- Nisbet, E. K., Zelenski, J. M., & Murphy, S. A. (2011). Happiness is in our nature: Exploring nature relatedness as a contributor to subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 12, 303-322.

- Peter, T., Roberts, L. W., & Dengate, J. (2011). Flourishing in life: an empirical test of the dual continua model of mental health and mental illness among Canadian university students. *The International Journal of Mental Health Promotion*, 13(1), 13-22.
- Ryff, C. D., & Singer B. H. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Ryff, C. D. & Singer B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-108.
- Schutte, P. S. & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549-559.
- Shapiro, A. & Keyes, C. L. M. (2008). Marital status and social well-being: are the married always better off? *Social Indicators Research*, 88(2), 329-346.
- Sutin, A.R., Costa Jr., P.T., Wethington, E., & Eaton, W. (2010). Turning points and lessons learned: stressful life events and personality trait development across middle adulthood. *Psychology and Aging*, 25(3), 524-533.
- van Dierendonck, D. (2012). Spirituality as an essential determinant for de good life, its importance relative to self-determinant psychological needs. *Journal of Happiness Studies*, 13(4), 685-700.

- Vanassche, S., Swicegood, G., & Matthijs, K. (2013). Marriage and children as a key to happiness? Cross-national differences in the effects of marital status and children on well-being. *Journal of Happiness Studies, 14*, 501-524.
- Weich, S., Brugha, T., King, M., McManus, S., Beddington, P., Jenkins, R., Cooper, C., McBride, O., & Stewart-Brown, S. (2011). Mental well-being and mental illness: findings from the adult psychiatric morbidity survey for England 2007. *The British Journal of Psychiatry, 199*, 23-28.
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110-119.
- Wilkinson, R. B., & Walford, W. A. (1998). The measurement of adolescent psychological health: one or two dimensions? *Journal of Youth and Adolescence, 27*(4), 443-455.
- Wills, E. (2009). Spirituality and subjective well-being: Evidences for a new domain in the personal well-being index. *Journal of Happiness Studies, 10*(1), 49-69.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese teve como objetivo investigar o modelo da saúde mental como um estado completo, considerando seus componentes positivos e negativos. Foram adaptados e validados instrumentos para a avaliação da saúde mental positiva e de sintomas de ansiedade, estresse e depressão. Ainda, foram investigadas as relações entre a saúde mental positiva e indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde. Por fim, foram investigados os preditores das dimensões positivas e negativas da saúde mental, bem como, de uma medida combinada de ambas as dimensões.

Embora os estudos sobre felicidade e bem-estar no âmbito psicológico tenham sido sistematizados há mais de cinquenta anos, apenas na última década observou-se a operacionalização dos indicadores da dimensão positiva da saúde mental. Teórica e empiricamente, três componentes eram propostos para representá-la: o bem-estar emocional ou subjetivo, o bem-estar psicológico e o bem-estar social. Esses componentes refletem os três principais aspectos da saúde mental positiva: bem-estar ou felicidade, o funcionamento ótimo do indivíduo e o funcionamento efetivo do indivíduo em sua comunidade. No estudo intitulado “Unidimensionalidade da saúde mental positiva: adaptação e validação da *Mental Health Continuum – Short Form* (MHC-SF) para o Português brasileiro” foram analisadas a dimensionalidade e as propriedades psicométricas de uma medida da saúde mental positiva. Por meio de diferentes técnicas analíticas foi observado que um componente geral é suficiente para representar o conjunto de indicadores do instrumento. No contínuo unidimensional da saúde mental positiva, os aspectos mais centrados na pessoa (bem-estar emocional e psicológico) são mais facilmente alcançados e percebidos do que aqueles socialmente orientados (bem-

estar social). O MHC-SF mostra-se um instrumento válido e fidedigno, próprio para a avaliação da saúde mental positiva em nosso contexto.

Em um segundo estudo, intitulado “Adaptação e validação da *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) para o Português brasileiro”, foram investigadas as propriedades psicométricas de um instrumento breve que avalia indicadores amplos de psicopatologias mais prevalentes. Todas as subescalas apresentaram características adequadas de validade e fidedignidade, podendo ser instrumentos úteis na avaliação e pesquisa de sintomas de depressão, estresse e ansiedade. O ordenamento dos itens das subescalas também é compatível com descrições clínicas de transtornos relacionados a estes sintomas. O fato de ser um instrumento breve, com apenas vinte e um itens, favorece o seu uso em contextos de avaliação em que o pesquisador ou profissional deseja obter informações acerca de outras variáveis relevantes. Futuros estudos deverão investigar o desempenho do instrumento em amostras clínicas, por exemplo, bem como seus níveis de sensibilidade e especificidade como instrumentos de rastreio de sintomas psicopatológicos.

A associação entre a saúde mental positiva e a qualidade de vida relacionada à saúde foi investigada no estudo intitulado “Relações entre saúde mental positiva e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo correlacional”. A qualidade de vida relacionada à saúde se refere às percepções do indivíduo sobre a própria saúde, física, mental e social. A saúde mental positiva se mostrou associada à saúde geral física e os componentes da dimensão de saúde mental avaliados. Associações entre a saúde mental positiva e os domínios da saúde física capacidade funcional, aspectos físicos e dor não foram observadas. Apesar das limitações metodológicas (i.e. desenho transversal) os resultados convergem com hipóteses consequencialistas, nas quais a saúde mental

positiva constitui um processo importante na manutenção da saúde como um todo, tanto por meio de melhores hábitos e autocuidados relacionados à saúde quanto por meio do funcionamento adequado de processos fisiológicos regulatórios do organismo humano.

Por fim, foram investigados os preditores das dimensões positiva e negativa da saúde mental dentre características de personalidade, fatores psicossociais e variáveis demográficas. Ainda, uma medida conjunta dessas dimensões, com a finalidade de representar a saúde mental como um estado completo, também foi avaliada em relação aos mesmos preditores. Características de personalidade desempenham um papel importante na determinação dos níveis nas dimensões da saúde mental e em seu estado completo, em especial o fator neuroticismo. As características pessoais relacionadas a este fator aumentam a suscetibilidade para os sintomas psicopatológicos e diminuem a percepção de bem-estar. Características com orientação social, como os traços de personalidade socialização e extroversão, considerar-se uma pessoa religiosa/espiritualizada e possuir um relacionamento íntimo surgem como outras influências relevantes sobre a saúde mental. A variável idade e o fator de personalidade conscienciosidade indicam que as habilidades em exercer domínio sobre o ambiente e a autonomia desenvolvida contribuem para melhores status de saúde mental. Os diferentes preditores das dimensões positivas e negativas reforçam o modelo de dois contínuos da saúde mental.

Tomados em conjunto, esses estudos trazem importantes contribuições para o estudo da saúde mental positiva e da saúde mental como um estado completo. Primeiro, a identificação da saúde mental positiva como um contínuo unidimensional e a análise do ordenamento de seus indicadores permitiram esclarecer uma importante característica do construto que é compatível com a vasta literatura clínica e sobre o

desenvolvimento humano (e.g. Allport, Erikson, Freud, Jung, Maslow, Rogers) em que o indivíduo engajado em seu autodesenvolvimento tem uma maior probabilidade de expressar comportamentos pró-sociais e atitudes positivas em relação à sociedade. Este achado é corroborado, em parte, pela análise dos preditores da saúde mental como um estado completo. Além do impacto de características de vulnerabilidade pessoal (i.e. neuroticismo), aquelas com orientação social exercem uma dupla função sobre a saúde mental: previnem as psicopatologias e potencializam experiências e a percepção relacionadas ao bem-estar.

Outro achado relevante diz respeito à associação entre a saúde mental positiva e a qualidade de vida relacionada à saúde. Apesar das limitações do desenho transversal e correlacional, os resultados reforçam a influência positiva da saúde mental positiva no status geral de saúde, ao menos em relação à saúde percebida. Essa relação é mais evidente nas dimensões mental e social da saúde, e menor quanto à saúde física. O papel da saúde mental positiva como um fator de proteção e promoção para a saúde geral pode ser inferido por meio da extensa literatura sobre as hipóteses consequencialistas. Os achados da presente tese são, neste sentido, uma contribuição rumo à investigação dos processos responsáveis por essas associações. Futuras investigações com desenhos longitudinais, incluindo variáveis como o autocuidado, estilos de vida e medidas objetivas de saúde poderão ampliar a compreensão deste fenômeno em nosso contexto.

A presente tese apresenta importantes limitações. A primeira é o fato de contar com uma amostra por conveniência, não-probabilística, o que pode resultar em vieses na estimativa de parâmetros populacionais. Esta característica é agravada pelo fato de que certos grupos foram sub-representados na amostra, como homens e indivíduos com baixa escolaridade. Em seguida, o desenho transversal e correlacional limita a

observações de processos dinâmicos, intra-individuais, tanto em relação aos instrumentos validados quanto a inferências causais sugeridas nos dois últimos estudos.

Referências

- Albanesi, C., Cicognani, E., & Zani, B. (2007). Sense of community, civic engagement and social well-being in Italian adolescents. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 17*, 387-406.
- Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Ivey, M. A., Coviello, D. M., Lynch, K. G., Dugosh, K. L., & Habing, B. (2010). Relationship of mental health and illness in substance abuse patients. *Personality and Individual Differences, 49*(8), 880-884.
- Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi M. (2008). Social participation, sense of community and social well-being: A study on American, Italian and Iranian university students. *Social Indicators Research, 89*(1), 97-112.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*(4), 668-678.
- Custódio, E. M. (2002). *Avaliação psicológica no setor da saúde*. In R. Primi (Ed.), *Temas em Avaliação Psicológica*, (pp. 13-25). Campinas: IBAP.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575.
- Gallagher, M. W., Lopez, S. J., & Preacher, K. J. (2009). The hierarchical structure of well-being. *Journal of Personality, 77*(4), 1025-1050.
- Gorayeb, R. (2010). Psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*, 115-122.

- Grzywacz, J. G. & Keyes, C. L. M. (2004). Toward health promotion: physical and social behaviors in complete health. *American Journal of Health Behavior*, 28(2), 99-111.
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.
- Huppert, F. A. & So, T. T. C. (2011). Flourishing Across Europe: application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, online first.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York, NY: Basic Books.
- Joshanloo, M. & Nosratabadi, M. (2009). Levels of mental health continuum and personality traits. *Social Indicators Research*, 90(2), 211-224.
- Keyes, C. L. M. & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology*, 4(3), 197-201.
- Keyes, C. L. M. & Grzywacz, J. G. (2002). Complete health: Prevalence and predictors among U.S. adults in 1995. *American Journal of Health Promotion*, 17(2), 122-131.
- Keyes, C. L. M. & Grzywacz, J. G. (2005). Health as a complete state: the added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 47(5), 523-532.

- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: an introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-62). New York, NY: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-62). New York, NY: Oxford University Press.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-Being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.

- Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*(3), 181-192.
- Khumalo, I. P., Temane, Q. M., & Wissing, M. P. (2012). Socio-demographic variables, general psychological well-being and the mental health continuum in an African context. *Social Indicators Research, 105*(3), 419-442.
- Klar, M. & Kasser, T. (2009). Some benefits of being an activist: measuring activism and its role in psychological well-being. *Political Psychology, 30*(5), 755-777.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 136*(5), 768-821.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology, 67*(1), 99-110.
- Linley, A., Maltby, J., Wood, A. M., Osborne, G., & Hurling, R. (2009). Measuring happiness: the higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences, 47*(8), 878-884.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social Indicators Research, 45*(1-3), 475-504.

- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1989). More reasons to adopt the five-factor model. *American Psychologist*, *44*(2), 451-453.
- Peter, T., Roberts, L. W., & Dengate, J. (2011). Flourishing in life: an empirical test of the dual continua model of mental health and mental illness among Canadian university students. *The International Journal of Mental Health Promotion*, *13*(1), 13-22.
- Robitschek, C. & Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*, *56*(2), 321-329.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*, 141-166.
- Ryff, C. D., & Singer B. H. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, *9*(1), 1-28.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069-108.
- Schutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*(3), 549-559.

- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5-14.
- Shapiro, A., & Keyes, C. L. M. (2008). Marital status and social well-being: are the married always better off? *Social Indicators Research*, *88*(2), 329-346.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*(4), 678 – 691.
- Weich, S., Brugha, T., King, M., McManus, S., Beddington, P., Jenkins, R., Cooper, C., McBride, O., & Stewart-Brown, S. (2011). Mental well-being and mental illness: findings from the adult psychiatric morbidity survey for England 2007. *The British Journal of Psychiatry*, *199*, 23-28.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, *17*(2), 110-119.
- Wilkinson, R. B., & Walford, W. A. (1998). The measurement of adolescent psychological health: one or two dimensions? *Journal of Youth and Adolescence*, *27*(4), 443-455.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.

Anexo A - Permissão dos autores dos instrumentos originais

Re: Mental Health Article Quarta-feira, 21 de Outubro de 2009 13:21

De: "Corey Keyes" <ckeyes@emory.edu>
Para: "Wagner Machado" <wag_psico@yahoo.com.br>
 2 arquivos (700 KB)



AFH_Vol ...



MHC-SF ...

Dear Wagner,

I have attached the article you are looking for, along with the description of my short form measure for positive mental health. Let me know the results of your research and best wishes with your work.

Sincerely,
 Dr. Keyes (Corey)

RE: Proposal for adaptation and validation of DASS-21 in Brazil Quinta-feira, 9 de Setembro de 2010 1:13

De: "Peter Lovibond" <p.lovibond@unsw.edu.au>
Para: "Wagner Machado" <wag_psico@yahoo.com.br>

Dear Wagner,

I am not aware of any other groups working on such an adaptation, so you are welcome to go ahead. It sounds like a very interesting project. Our only guideline is that your translation must be public domain - in other words, you do not attempt to copyright it or sell it, and you agree to make it available for others to download from the DASS website www.psy.unsw.edu.au/dass/

I assume you have seen the Portuguese translations by Apostolo and Ribeiro on the DASS website? – perhaps these are the two you were referring to in your email. In any case, I understand that the Brazilian usage may be different.

Best wishes,
 Peter Lovibond

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Saúde mental e sua relação com qualidade de vida, personalidade e

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa conduzida pelo Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que tem por objetivo desenvolver instrumentos para a avaliação da Saúde Mental e investigar relações entre Saúde Mental e Qualidade de Vida, Personalidade e características Biossociodemográficas. Os resultados deste estudo servirão para ampliar o conhecimento sobre o fenômeno investigado e para auxiliar programas de avaliação e promoção da Saúde Mental. Esta pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob o nº 69.705 em 03/09/2012.

Caso você tenha interesse em participar, deve concordar com as seguintes condições:

- Sua participação é voluntária. Você receberá esclarecimentos sobre suas dúvidas e poderá interromper sua participação no estudo, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, mediante contato com os pesquisadores responsáveis;
- Você não será identificado(a) em nenhuma etapa dessa pesquisa, portanto, não serão fornecidos resultados individuais. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão arquivadas sob a guarda dos pesquisadores responsáveis e os resultados deste estudo serão divulgados em meio científico;
- Você deve ter 18 anos ou mais de idade;
- Você responderá a um questionário autoaplicado que toma, aproximadamente, vinte minutos para ser preenchido. Você pode deixar em branco as questões que lhe causarem algum desconforto ao responder, passando para as seguintes.

Pesquisadores responsáveis

Wagner de Lara Machado - Fone (51)98335878, Email: wag_psico@yahoo.com.br

Denise Ruschel Bandeira

Contatos Institucionais (UFRGS):

GEAPAP - Fone: (51)3308 5352, Email: geapap@ufrgs.br

Comitê de Ética em Pesquisa - Fone: (51)33085696, Email: cep-psico@ufrgs.br

*** 1. Você aceita participar do estudo "Saúde mental e sua relação com qualidade de vida, personalidade e características biossociodemográficas"?**

- Sim. Declaro ter idade igual ou superior a 18 anos e concordo com as condições de participação do estudo. Não.

Anexo C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -
UFRGS



PROJETO DE PESQUISA

Título: A SAÚDE MENTAL POSITIVA E SUA RELAÇÃO COM INDICADORES DE PSICOPATOLOGIA, PERSONALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E CARACTERÍSTICAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05793312.5.0000.5334

Pesquisador: Denise Ruschel Bandeira

Instituição: Instituto de Psicologia - UFRGS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 89.705

Data da Relatoria: 03/09/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo composto por duas partes: uma, de adaptação de instrumentos que avaliam saúde mental positiva, depressão e ansiedade. A outra é um estudo transversal e correlacional entre as variáveis estresse, depressão, autoeficácia, satisfação de vida e bem-estar psicológico.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem por objetivo geral investigar a replicabilidade do modelo de saúde mental positiva de Keyes (2002) no contexto brasileiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos, a não ser o tempo dispendido em fornecer as informações. Os benefícios referem-se à ampliação do conhecimento na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo I: Adaptação dos instrumentos MHC-SF e DASS-21 para o Português brasileiro, com as seguintes etapas: 1) tradução da versão original dos instrumentos para o Português brasileiro, por um profissional bilíngüe e pelo grupo de pesquisa; 2) produção de uma tradução sintetizada, a partir dessas duas traduções; 3) avaliação da adequação da tradução sintetizada, por meio de um painel de especialistas; 4) tradução reversa (back-translation) e envio aos autores do instrumento; 5) grupos focais com participantes da população geral (n=30); e por fim, 6) desenvolvimento da versão experimental do instrumento. Número de participantes do Estudo I: 500 indivíduos, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e com no mínimo o nível fundamental de educação. Serão convidados a participar do estudo estudantes universitários, estudantes de programas de ensino à distância (EAD), estudantes de escolas de ensino de jovens e adultos (EJA) e usuários de unidades de saúde da capital e do interior do estado do Rio Grande do Sul. Instrumentos a serem aplicados nesta etapa: Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF, Keyes, 2005), Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995), Escala de Satisfação de Vida (ESV, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP, Machado, Pawlowski & Bandeira, submitted), Escala de Estresse Percebido (EEP-10), Questionário de Saúde Geral (QSG-12, Sarriera et al., 1996), Questionário sociodemográfico. A coleta de dados para o presente estudo será realizada de duas formas: de forma presencial por meio de lápis e papel, e por meio de um questionário online disponível em uma webpage desenvolvida especialmente para o presente estudo, na plataforma SurveyMonkey. O sigilo e confidencialidade sobre a identidade dos participantes serão garantidos em ambas as formas de aplicação. As instituições de ensino e as secretarias de educação e saúde dos municípios serão contatadas previamente para a obtenção do consentimento.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 91.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)308-5698

Fax: (51)308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -
UFRGS



Estudo II Participantes: uma nova amostra por conveniência de aproximadamente 500 indivíduos, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e com no mínimo o nível fundamental de educação. O tamanho amostral foi calculado considerando uma margem de erro de 5% para os parâmetros estimados e um intervalo de confiança de 95% (Krejcie & Morgan, 1970).

Instrumentos a serem aplicados nesta etapa: Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF, Keyes, 2005), Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995), Questionário sociodemográfico e Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36, Ware & Sherbourne, 1992). **Procedimentos:** mesmos do Estudo I **Estudo III Participantes:** mesmos do estudo II **Instrumentos:** Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF, Keyes, 2005). **Questionário sociodemográfico.** Marcadores de Personalidade - Escala Breve (Hauck, Machado, Teixeira & Bandeira, submitted). **Procedimentos:** mesmos do Estudo I.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE encontra-se redigido de forma clara, contendo as informações necessárias para o entendimento dos objetivos da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se em condições de ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto não apresenta pendências éticas.

PORTO ALEGRE, 04 de Setembro de 2012

Assinado por:

JUSSARA MARIA ROSA MENDES

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2500

Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-003

UF: RS Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)308-5698 Fax: (51)308-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Saúde mental e sua relação com qualidade de vida, personalidade e

é mais importante para mim do que a aprovação dos outros

Eu normalmente gerencio bem minhas finanças e negócios

Eu aprendi com a vida muitas coisas ao longo do tempo, o que me tornou uma pessoa forte e capaz

Eu gosto de fazer planos para o futuro e trabalhar para torná-los realidade

De um modo geral me sinto decepcionado com o que alcancei na vida

As pessoas me descreveriam como alguém disposta a compartilhar meu tempo com os outros

As pessoas dificilmente me convencem a fazer coisas que eu não queira

Consigo administrar bem meu tempo, desta maneira posso fazer tudo o que deve ser feito

Eu acredito que cresci muito como pessoa ao longo do tempo

Sou uma pessoa ativa para executar os planos que estipulei pra mim mesmo

Em geral tenho orgulho de quem sou e da vida que levo

Em relação às amizades, eu geralmente me sinto deslocado

Muitas vezes, eu mudo de opinião se meus amigos ou familiares discordam das minhas decisões

Eu fico frustrado quando tento planejar minhas atividades diárias porque eu nunca consigo fazer as coisas que planejo

Para mim, a vida é um contínuo processo de aprendizado, mudança e crescimento

Anexo G - Escala de Estresse Percebido (EEP-10)

Saúde mental e sua relação com qualidade de vida, personalidade e					
29. Indique a frequência com que você se sentiu ou pensou a respeito da situação:					
	1 - Nunca	2	3	4	5 - Muito frequentemente
Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você esteve nervoso ou estressado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo H - Questionário de Saúde Geral – (QSG-12)

Saúde mental e sua relação com qualidade de vida, personalidade e**30. Assinale a opção que melhor reflita o teu estado atual:**

	1 - Mais que de costume	2	3	4 - Muito menos que de costume
Tem podido concentrar-se no que faz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem sentido que tem papel útil na vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem sido capaz de tomar decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem sido capaz de desfrutar de atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem sido capaz de enfrentar problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se razoavelmente feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Assinale a opção que melhor reflita o teu estado atual (continuação):

	1 - Absolutamente não	2	3	4 - Muito mais que de costume
Suas preocupações o fazem perder o sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem notado que está agoniado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem sensação de não superar dificuldades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem se sentido pouco feliz e deprimido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem perdido confiança em si mesmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem pensado que não serve para nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo I - Questionário de fatores biossociodemográficos e psicossociais

Dados biossociodemográficos

2. Sua idade (em anos apenas):

3. Você é:

Homem

Mulher

Saúde mental e sua relação com qualidade de vida, personalidade e**4. Sua escolaridade (nível mais alto alcançado):**

- Ensino fundamental completo
- Ensino médio completo
- Curso técnico, profissionalizante ou magistério
- Ensino superior completo
- Pós-graduação completa (Especialização, Mestrado ou Doutorado)

5. Em qual estado você reside:**6. Sua atividade:**

- Somente estudo
- Somente trabalho
- Estudo e trabalho
- Não trabalho nem estudo (outra)

7. Você está em um relacionamento íntimo/conjugal?

- Sim
- Não

8. Sua renda pessoal aproximada (apenas números, por exemplo: 1000; caso não possua, deixe em branco):**9. Sua renda familiar aproximada (apenas números, por exemplo: 1000)****10. Possui animal de estimação?**

- Sim
- Não

11. Realiza trabalho voluntário?

- Sim
- Não

12. Considera-se uma pessoa religiosa ou espiritualizada?

- Sim
- Não

Anexo J - Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21)

Saúde mental e sua relação com qualidade de vida, personalidade e				
14. Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas.				
	0 - Não se aplicou a mim de forma alguma	1 - Aplicou-se a mim de alguma forma ou em algumas vezes	2 - Aplicou-se a mim de forma considerável ou em boa parte do tempo	3 - Aplicou-se muito a mim ou na maior parte do tempo
Eu tive dificuldade para me acalmar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu percebi que estava com a boca seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não conseguia ter sentimentos positivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tive reações exageradas às situações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tive tremores (por exemplo, nas mãos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que estava bastante nervoso(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu notei que estava ficando agitado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu achei difícil relaxar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me senti abatido(a) e triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não tive paciência com nada que interrompesse o que eu estava fazendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que estava prestes a entrar em pânico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não consegui me empolgar com qualquer coisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que não tinha muito valor como pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que eu estava muito irritado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu percebi as batidas do	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Saúde mental e sua relação com qualidade de vida, personalidade e

meu coração na ausência de esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo)

Eu me senti assustado(a) sem qualquer razão

Eu senti que a vida não tinha sentido

Anexo K - Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)

Responda cada questão marcando a resposta como indicado:

15. Em geral, você diria que sua saúde é:

- 1 - Excelente
 2 - Muito boa
 3 - Boa
 4 - Ruim
 5 - Muito ruim

16. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde, em geral, agora?

- 1 - Muito melhor
 2 - Um pouco melhor
 3 - Quase a mesma
 4 - Um pouco pior
 5 - Muito pior

17. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

	1 - Sim, dificulta muito	2 - Sim, dificulta um pouco	3 - Não, não dificulta de modo algum
Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantar ou carregar mantimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir vários lances de escada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar mais de 1 quilômetro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar vários quarteirões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar um quarteirão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomar banho ou vestir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Saúde mental e sua relação com qualidade de vida, personalidade e

18. Você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	1 - Todo o tempo	2	3	4	5 - Nenhuma parte do tempo
Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizou menos tarefas do que gostaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve dificuldade em fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitou de um esforço extra)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	1 - Todo o tempo	2	3	4	5 - Nenhuma parte do tempo
Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. De que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

- 1 - De forma nenhuma
 2 - Ligeiramente
 3 - Moderadamente
 4 - Bastante
 5 - Extremamente

21. Quanta dor no corpo você teve:

- 1 - Nenhuma
 2 - Muito leve
 3 - Leve
 4 - Moderada
 5 - Grave
 6 - Muito grave

22. Quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)

- 1 - De maneira alguma
 2 - Um pouco
 3 - Moderadamente
 4 - Bastante
 5 - Extremamente

Saúde mental e sua relação com qualidade de vida, personalidade e

23. Como você se sente e como tem acontecido com você

	1 - O tempo todo	2 - A maior parte do tempo	3 - Uma boa parte do tempo	4 - Alguma parte do tempo	5 - Uma pequena parte do tempo	6 - Nunca
Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade e de força?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto tempo você tem se sentido cansado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

- 1 - O tempo todo
 2 - A maior parte do tempo
 3 - Alguma parte do tempo
 4 - Uma pequena parte do tempo
 5 - Nenhuma parte do tempo

25. O quanto é verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	1 - Definitivamente verdadeiro	2 - A maioria das vezes verdadeiro	3 - Não sei	4 - A maioria das vezes falso	5 - Definitivamente falso
Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu acho que a minha saúde vai piorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minha saúde é excelente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo L - Marcadores Reduzidos para a Avaliação da Personalidade – Escala

Breve

A seguir, há uma lista com adjetivos que representam características comuns a diversas pessoas. Leia cada um deles e assinale o quanto descrevem você. Quanto maior o número, mais adequada a descrição e vice-versa.

Saúde mental e sua relação com qualidade de vida, personalidade e

26. Sou uma pessoa...

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
Comunicativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dedicada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Criativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gentil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esforçada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deprimida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artística	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tímida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responsável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insegura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Filosófica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desembaraçada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bondosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aventureira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inibida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compreensiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidadosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aborrecida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Audaciosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>