



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Estudo exploratório acerca da relação entre iniciativa de crescimento pessoal e indicadores de saúde mental

Aline Barros Brutti

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro

Covilhã, junho de 2019

“Ao silêncio te abalança,
Guarda anseios e esperanças
Em teu abismo de estrelas,
Lá, onde brilham qual velas,
Contempla na alma sagrada
Contempla sem dizer nada!”

Fiodor Tiutchev

Agradecimentos

A realização deste estudo exigiu intensa dedicação, e só foi possível devido à colaboração de pessoas especiais que agregaram muito em minha trajetória. A elas, expresso minha gratidão.

Agradeço aos meus pais, os quais sempre apostaram em meus sonhos, me confortando em momentos difíceis e me incentivando a nunca desistir. Sem eles nada disso seria possível. Obrigada por terem abraçado essa aventura do outro lado do oceano.

Ao meu noivo, por ter me encorajado a sempre correr atrás dos meus sonhos, pela eterna compreensão e dedicação. Por aguentar ao meu lado os momentos difíceis e de incerteza, e comemorar a cada pequena vitória. Obrigada por sempre acreditar em meu potencial.

À minha amiga Mariana, por estar sempre ao meu lado mesmo com quilômetros de distância que nos separam. Por me apoiar em toda a minha trajetória e estar sempre presente em minha vida.

De uma forma muito especial, agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Manuel Loureiro, por estar sempre presente e disponível para o desenvolvimento desse estudo. Pela paciência em momentos de ansiedade e pelo auxílio durante as orientações.

Aos meus amigos brasileiros, que mesmo longe, sempre estiveram presente em minha vida, tornando-a mais leve e divertida, em especial a Gabriela, Ana Luiza, Caroline e Monika.

Encerro essa jornada com muita satisfação, orgulho e aguardando o novo ciclo que se inicia.

Muito obrigada!

Resumo

A iniciativa de crescimento pessoal é um constructo relativamente novo, proposto por C. Robitschek (1998), que vê já reconhecida a sua relevância para a psicologia, ao ser entendido como um processo ativo e necessário para que os indivíduos atinjam seus objetivos, onde o sujeito identifica as mudanças que deve realizar para obter êxito em suas metas pessoais. Entretanto, sabe-se que as sintomatologias depressivas, ansiosas e somáticas prejudicam o indivíduo em seu nível funcional, trazendo mais sofrimento e fraca qualidade de vida, sendo cada vez mais visíveis na sua expressão epidemiológica.

Partindo dos aspetos referidos, com o presente trabalho, integrado no projeto intitulado “Investigação em saúde mental, qualidade de vida e bem-estar psicológico ao longo do ciclo vital”, pretendeu-se caracterizar a iniciativa de crescimento pessoal em função de alguns indicadores sociodemográficos, e em estudar a sua relação com os indicadores de saúde mental referidos.

Para a recolha de dados foi utilizado um protocolo disseminado *on line*, contendo entre outros instrumentos, um questionário sociodemográfico elaborado no âmbito do presente estudo para caracterizar os participantes, o Inventário de Saúde Mental (BSI-18) de Derogatis (2000) e a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal II (PGIS II) (Robitschek et al. 2012). Neste no estudo foi possível contar com 1095 participantes.

Através dos resultados obtidos observámos diferenças significativas entre homens e mulheres, ao nível da iniciativa de crescimento pessoal. Foi possível ainda observar a relação entre a iniciativa de crescimento pessoal e os indicadores de saúde mental, a qual se caracteriza por uma correlação negativa entre as variáveis, que mesmo sendo fraca, é corroborada por resultados idênticos encontrados noutros estudos.

Tendo em consideração os resultados obtidos, compreende-se a necessidade de mais investigações a cerca da temática, a fim de explorar sobre a iniciativa de crescimento pessoal e desenvolver estratégias de intervenção, principalmente com indivíduos com baixos níveis de qualidade de vida.

Palavras-chave

Iniciativa de Crescimento Pessoal; Indicadores de saúde mental; Qualidade de vida.

Abstract

The personal growth initiative is a relatively new construct, proposed by C. Robitschek (1998), who already sees its relevance to psychology, being understood as an active and necessary process for individuals to reach their goals, where the subject identifies the changes that must be made to succeed in your personal goals. However, it is known that the depressive, anxious and somatic symptoms impair the individual at his functional level, bringing more suffering and poor quality of life, being more and more visible in its epidemiological expression.

Based on the aforementioned aspects, with the present work, integrated in the project entitled "Research on mental health, quality of life and psychological well-being throughout the life cycle", it was intended to characterize the personal growth initiative according to some sociodemographic indicators, and to study their relation with the mentioned mental health indicators.

To collect data, a protocol disseminated on line was used, among other instruments, a sociodemographic questionnaire elaborated in the scope of the present study to characterize the participants, the Derogatis (2000) Mental Health Inventory (BSI-18) of Personal Growth Initiative II (PGIS II) (Robitschek et al., 2012). In this study it was possible to count on 1095 participants.

Through the results obtained, we observed significant differences between men and women at the level of the personal growth initiative. It was also possible to observe the relationship between the personal growth initiative and mental health indicators, which is characterized by a negative correlation between the variables, which, although weak, is corroborated by similar results found in other studies.

Taking into account the results obtained, we understand the need for more research on the subject in order to explore the personal growth initiative and develop intervention strategies, especially with individuals with low levels of quality of life.

Keywords

Personal Growth Initiative; Mental health indicators; Quality of life.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1. Revisão da literatura	3
1.2 Iniciativa de Crescimento Pessoal	3
1.3 Saúde mental	6
1.3.1 Avaliação em Saúde Mental.....	8
1.4 Indicadores de Saúde Mental	9
1.4.1 Depressão.....	9
1.4.2 Ansiedade.....	13
1.4.3 Somatização	17
2. Questão de Investigação e Hipóteses	23
Capítulo 2: Método	25
2.1 O delineamento da Pesquisa.....	25
2.2 Participantes	25
2.3 Instrumentos	27
2.3.1 Questionário Sociodemográfico.....	27
2.3.2 BSI 18.....	27
2.3.3. Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal II	28
2.4 Procedimentos	29
2.4.1 Procedimento de recolha de dados	29
2.4.2 Procedimento de análise dos dados	30
Capítulo 3: Apresentação dos resultados	33
3.1 Análise das relações entre os indicadores de saúde mental e a iniciativa de crescimento pessoal	33
3.1.1 Análise da relação entre Iniciativa de Crescimento Pessoal e sintomatologia depressiva	33
3.1.2 Análise da relação entre Iniciativa de Crescimento Pessoal e sintomatologia ansiosa	34
3.1.3 Análise da relação entre Iniciativa de Crescimento Pessoal e somatização	35
3.2 Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal em função do género, grupos de idade e estado marital	36
3.2.1 Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal em função do género	36
3.2.2 Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal em função dos níveis de idade.	37

3.2.3 Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal em função do estado marital	38
3.2.4 Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal em função das diferentes categorias de escolaridade	39
Capítulo 4. Discussão.....	43
Limitações do estudo	46
Referências Bibliográficas.....	47

Lista de Figuras

Figura 1 - Principais doenças causadoras de morbilidade em mulheres e homens portugueses segundo o Ministério da Saúde

Figura 2 - Domínio cognitivo avaliado pela Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal

Figura 3 - Domínio comportamental avaliado pela Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Reconhecimento de perturbações psicológicas por médicos em cuidados primários em saúde segundo a World Health Organization

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes da amostra

Tabela 3 - Análise da relação entre iniciativa de crescimento pessoal e sintomatologia depressiva - Coeficiente de Correlação de Pearson

Tabela 4 - Análise da relação entre iniciativa de crescimento pessoal e sintomatologia ansiosa - Coeficiente de Correlação de Pearson

Tabela 5 - Análise da relação entre iniciativa de crescimento pessoal e somatização - Coeficiente de Correlação de Pearson

Tabela 6 - Análise da diferença nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre os géneros relativamente aos resultados do Teste T para Amostras Independentes

Tabela 7 - Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre idades - Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial

Tabela 8 - Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre idades - Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial

Tabela 9 - Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre idades - Teste Post-Hoc de Gabriel

Tabela 10 - Análise da diferença nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre o estado marital relativamente aos resultados do Teste T para Amostras Independentes

Tabela 11 - Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre as diferentes categorias de escolaridade - Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial

Tabela 12 - Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre as diferentes categorias de escolaridade- Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial

Tabela 13- Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre as diferentes categorias de escolaridade - Teste Post-Hoc de Gabriel

Lista de Acrónimos

BSI - 18	<i>Brief Symptom Inventory</i>
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM III	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV
DSM V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V
ICP	Iniciativa de Crescimento Pessoal
MHI	Inventário de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PGIS	<i>Personal Growth Initiative Scale</i>
PGIS II	<i>Personal Growth Initiative Scale II</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TLC	Teorema do Limite Central

Introdução

Ao longo da vida algumas situações demandam mudanças dos indivíduos para que alcancem determinados objetivos. O conceito de Iniciativa de Crescimento Pessoal (ICP), desenvolvido por Robitschek (1998), se entende como um processo ativo e de natureza intencional que o sujeito faz para seu próprio crescimento pessoal, e pode ser de nível afetivo, cognitivo ou comportamental (Robitschek, 2003).

O processo de mudança é algo difícil, mas necessário no decorrer dos anos. Sabe-se que mudar causa desconforto e abandono de hábitos e pensamentos que antes eram tomados como essenciais para cada indivíduo. A ideia central da ICP se expressa pela capacidade de identificar e realizar mudanças para um desenvolvimento positivo, além de ser uma característica relevante para uma personalidade saudável (Robitschek et al., 2012).

Mesmo o constructo sendo relativamente novo em pesquisas científicas, sabe-se que diversas investigações já apresentaram resultados com uma forte associação entre altos níveis de ICP e bons níveis de bem-estar (Robitschek, 1999), compreendendo a ICP como um recurso pessoal capaz de auxiliar no processo de mudança e colaborar para um funcionamento saudável como indivíduo (Weigold & Robitschek, 2011; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

Em contrapartida, sabe-se que as perturbações mentais hoje afetam significativamente a população mundial. Um exemplo disso é que, no ano de 2015, mais de 300 milhões de pessoas sofresse de depressão (WHO, 2017). No mesmo ano anteriormente referido, foi estimado que 3,6% da população global sofresse de perturbações de ansiedade (DGS, 2017). Conforme expresso no Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2002) as perturbações como ansiedade e depressão trazem consequências para todos os sujeitos que com elas sofrem, os incapacitando de ter um funcionamento saudável ao longo da vida. Além disso, a somatização também está cada vez mais ganhando números significativos e necessidade de maiores informações e diagnósticos mais precisos, pois, conforme pesquisas feitas pela OMS (2008) no Chile, as perturbações de somatização já são expressas entre (0,5% a 11%) da população.

Com base nisso, o presente estudo investigou as associações entre a iniciativa de crescimento pessoal com os indicadores de saúde mental - depressão, ansiedade e somatização-, além de explorar variáveis sociodemográficas e suas relações com os níveis de ICP.

A investigação foi dividida em quatro seções para melhor explorar a temática. A primeira seção refere-se ao referencial teórico da pesquisa, onde se percorrem estudos atuais sobre o constructo da ICP, bem como pesquisas sobre os indicadores de saúde mental e hipóteses do atual pesquisa. Na segunda seção encontra-se a metodologia utilizada, os instrumentos e procedimentos. A terceira seção apresenta os resultados alcançados através da recolha de dados e análise estatística. A quarta seção expõe a discussão acerca dos resultados encontrados e as limitações do estudo.

Portanto, compreende-se que a investigação tentou expandir os resultados obtidos, e relacioná-los com estudos já realizados, afim de contribuir com a produção científica sobre a temática. Como já referido, por ser um constructo relativamente novo, acredita-se que o atual estudo pode colaborar com pesquisas futuras sobre o tema, além de sugerir possíveis investigações e reflexões sobre os resultados aqui encontrados.

Capítulo 1. Revisão da literatura

1.2 Iniciativa de Crescimento Pessoal

Durante o decorrer da vida, diversas situações exigem que os indivíduos realizem mudanças a fim de lidar melhor com as necessidades de cada momento. Há mudanças que são intencionais e conscientes para alcançar determinados resultados. Esse processo é denominado como Iniciativa de Crescimento Pessoal (Robitschek, 1998) e é compreendido como um processo ativo e intencional que o indivíduo realiza a fim de atingir o seu crescimento pessoal. Além disso, as alterações provenientes desse processo podem ser em diferentes domínios da vida do sujeito, como dimensões afetivas, cognitivas e comportamentais (Robitschek, 2003).

Segundo Robitschek (1998) a capacidade do sujeito para identificar e fazer mudanças pessoais que possibilitem um desenvolvimento positivo mesmo quando as suas condições de vida mudam é uma das definições de iniciativa de crescimento pessoal (ICP). Além disso, o crescimento pessoal, em sua essência, é relevante a todos os indivíduos, pois a capacidade de mudar e se adaptar é uma característica de uma personalidade saudável e uma habilidade necessária em outras esferas da vida, como a construção de uma carreira, em relacionamentos íntimos saudáveis e novos desafios ao longo da vida (Robitschek et al., 2012).

Em contrapartida ao termo “desenvolvimento da personalidade” (Bhattacharya & Mehrotra, 2013), o qual afirma que crescimento seria qualquer mudança na personalidade do sujeito, a iniciativa de crescimento pessoal salienta a intencionalidade e consciência que estão presentes nesse processo, ou seja, a ICP se diferencia dos processos de crescimento pessoais que não são intencionais e conscientes que ocorrem no decorrer da vida do indivíduo (Robitschek, 1998).

Ao longo do ciclo vital, pode-se enfatizar alguns processos de mudança: os processos de mudança inconscientes e não intencionais, os processos de mudança conscientes e não intencionais e a ICP. Em relação à mudança inconsciente e não intencional, geralmente, os indivíduos não sabem as razões que os levaram a assumir diferentes formas de se relacionar com outras pessoas, ou o que os motivou às mudanças pessoais. Já no que tange ao processo consciente e não intencional, o sujeito identifica a necessidade de mudar, entretanto, não consegue controlar os passos e o planejamento dessa mudança (Robitschek, 1999). Ademais, quando um fator ambiental contribui para esse processo de mudança, ele é consciente, porém executado de uma forma automatizada (Bhattacharya & Mehrotra, 2013).

Já a ICP envolve uma iniciativa mais ativa e participante em direção ao crescimento pessoal, e pode estar ou não ligada a um evento importante da vida do indivíduo (Bhattacharya & Mehrotra, 2013). A diferenciação desses processos de mudança faz-se necessária, pois a ICP está associada a um aumento dos níveis de bem-estar e desenvolvimento positivo dos indivíduos, enquanto os outros processos variam (Robitschek, 1999).

Segundo Weigold & Robitschek (2011), a iniciativa de crescimento pessoal pode ser entendida como um recurso pessoal, porque abrange habilidades que auxiliam na mudança positiva dos indivíduos. A partir desse recurso, o sujeito é capaz de avaliar sua capacidade de produzir e controlar o efeito da mudança no seu meio. No que diz respeito ao bem-estar, a ICP compreende uma das dimensões afirmadas no modelo multidimensional do bem-estar, uma vez que também visa um desenvolvimento positivo do sujeito frente às demais esferas da vida, e dessa forma contribuindo para um funcionamento saudável como pessoa (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, 1989).

Com a finalidade de investigar mais a cerca da iniciativa de crescimento pessoal, foi desenvolvida por Robitschek (1998;1999) a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal (*Personal Growth Initiative Scale - PGIS*), a qual foi desenvolvida para adultos que procuravam crescimento pessoal e tem caráter de um questionário inicialmente composto por nove itens que variam de 0 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). O score total era calculado somando as pontuações dos itens, podendo variar entre 0 e 45 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas indicam um maior nível de ICP. O instrumento é breve e tem fortes propriedades psicométricas.

Entretanto verificou-se que este instrumento inicial para avaliar a PGIS apresentava limitações. Ele não dá conta das diferentes dimensões da iniciativa de crescimento pessoal, apenas avaliava como um constructo unidimensional, ou seja, não se consegue usar o PGIS para avaliar se os processos cognitivos ou comportamentais do crescimento pessoal intencional são significativamente discrepantes no processo da mudança. Esses dois elementos são fundamentais, pois os componentes cognitivos consistem na expectativa de eficácia do processo de mudança, engajamento nas atividades de crescimento pessoal, conhecimento geral do processo e valorização do crescimento pessoal. Já os componentes comportamentais representam a busca pelas oportunidades de crescimento pessoal e a adesão dos planos da ICP (Robitschek et al., 2012).

Consequentemente tornou-se necessário o desenvolvimento de uma nova escala que traduzisse a iniciativa de crescimento pessoal abrangendo esses componentes de forma multidimensional. Então, foi criada por Robitschek et al. (2012) a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal II (*Personal Growth Initiative Scale II - PGIS-II*) e atende às seguintes características: 1) uma medida multidimensional que entende a complexidade da ICP; 2) possui o número semelhante de itens em cada subescala; 3) possui fortes propriedades psicométricas e 4) é breve.

É de relevância salientar que a primeira escala criada, PGIS, não era desenvolvida a partir da teoria de iniciativa de crescimento pessoal, entretanto, na nova escala todos os itens são novos e desenvolvidos baseados na ICP. Foi realizada uma revisão da literatura sobre a iniciativa de crescimento pessoal e os importantes aspectos para avaliar o constructo foram examinados. Os conceitos que foram contemplados nessa nova escala são: 1) o aspecto intencional dos processos cognitivos e comportamentais que são diretamente ligados com a ICP; 2) a qualidade geral das habilidades de crescimento pessoal (Robitschek et al., 2012).

O instrumento PGIS-II é uma escala que consiste em 16 itens e dividido em 4 fatores, os quais são: prontidão para mudança; planeamento; comportamento intencional; e utilização de recursos (Freitas et al., 2013; Robitschek et al., 2012). A dimensão cognitiva é avaliada pelos fatores “Prontidão para mudança” e “Planeamento”. Esses dois fatores referem-se a habilidade do sujeito em criar ou identificar situações que permitam seu crescimento pessoal e a habilidade de organizar estratégias que facilitem o desenvolvimento do crescimento pessoal, respetivamente. Quanto a dimensão comportamental, os fatores que avaliados são “Comportamento intencional” e “Utilização de recursos”, e referem-se, respetivamente, à avaliação da disposição e motivação do indivíduo para alcançar seus objetivos estabelecidos e o uso de recursos pessoais e externos para ajudar no processo de mudança (Robitschek et al., 2012).

Na literatura pode-se analisar alguns estudos sobre a iniciativa de crescimento pessoal e sua relação com outras variáveis. Um estudo feito por Robitschek (1999) tentou compreender como a ICP está relacionada com outros processos de mudança pessoal, os quais seriam os processos inconscientes e não intencionais; conscientes e não intencionais; e a com a atitude intencional de crescimento. A PGIS foi aplicada numa amostra de estudantes universitários e seus resultados mostraram que a ICP está negativamente associada com os processos inconscientes e não intencionais e conscientes e não intencionais. Por sua vez, está associada de forma positiva com a atitude intencional de crescimento, o que enfatiza que o processo de iniciativa de crescimento pessoal é algo definido pelo sujeito, de forma intencional.

Num estudo desenvolvido por Robitschek & Keyes (2009) constata-se que a iniciativa de crescimento pessoal é um preditor para os três domínios (emocional, psicológico e bem-estar social) da saúde mental. Além disso, níveis alto de ICP demonstram bons níveis de bem-estar, e o indivíduo apresenta maior propensão a experimentar bem-estar subjetivo quando consegue delimitar e alcançar os objetivos propostos pela iniciativa de crescimento pessoal. Noutra investigação salienta-se que universitários que têm maiores níveis de ICP, consequentemente, são mais determinados a procurar autoaperfeiçoamento do que se tivessem baixos valores de ICP (Ayub & Iqbal, 2012).

Ainda, foi constatada uma correlação negativa entre o sofrimento psíquico e a iniciativa de crescimento pessoal. Dessa maneira, supõe que a ICP reduz o risco de sofrimento psicológico, uma vez que a amostra de adolescentes participantes do estudo que apresenta um nível mais elevado de ICP experimenta um nível mais baixo de estresse e depressão (Ayub & Iqbal, 2012).

Em outro estudo realizado com estudantes da graduação mostrou uma relação muito significativa entre a iniciativa de crescimento pessoal, autoeficácia emocional e bem-estar. Diante disso, sugere-se que o bem-estar é um preditor e está fortemente associado positivamente com a ICP (Beri & Jain, 2016). Uma investigação feita com o objetivo de determinar a relação entre iniciativa de crescimento pessoal e a saúde mental, teve como amostra 960 pós-graduandos que estudavam em três diferentes universidades da Índia,

apresentou seus resultados salientando que a ICP está relacionada com as três dimensões do bem-estar, obtendo em primeiro lugar maior correlação com o bem-estar psicológico, em segundo com o bem-estar emocional e por último com o bem-estar social (Sharma & Rani, 2014).

Outro estudo realizado com universitários evidencia que comportamento de tomada de risco, e autoeficácia são preditores de ICP, entretanto, nessa investigação a saúde mental não foi um bom preditor de iniciativa de crescimento pessoal (Ogunyemi & Mabekoje, 2007). Em outra investigação feita com universitários verifica-se que a ICP está inter-relacionada com a autoestima e, por sua vez, a auto-estima relaciona-se com o desempenho acadêmico (Malik, Yasin & Shahzadi, 2013). Os níveis elevados de ICP também podem ser associados com satisfação pessoal e felicidade (Negovan, 2010). Em contraste, ao apresentar um nível elevado de iniciativa de crescimento pessoal, os níveis de estresse, depressão, sofrimento psíquico e percepção de estigma são mais baixos (Ayub & Iqbal, 2012; Sultan, 2011).

1.3 Saúde mental

Por algum tempo a saúde mental e física foi definida sob um viés do modelo biomédico, e sua conceitualização enfatizava que seria a ausência de doenças ou enfermidades. A doença mental era vista, no decorrer dos séculos por diferentes olhares e crenças de épocas distintas, como exemplo sabe-se que na antiguidade a doença mental era o resultado de mensagens divinas, castigo por pecados, ou até mesmo demônios e bruxaria. Entretanto, com o avanço científico e cultural, encontra-se hoje o modelo biopsicossocial elaborado pela Organização Mundial de Saúde (Mandim, 2007).

Segundo o Relatório Mundial de Saúde pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), a saúde mental, a saúde física e a social são conexões estreitas e interdependentes que são essenciais na vida dos sujeitos. Ao tomar conhecimento acerca disso, entende-se que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países. A definição dada pela OMS sobre saúde mental refere que se trata de:

“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (WHO, 2002, p. 30).

Essa definição proposta pela OMS representa um marco para a total compreensão da saúde. A adição dos aspectos psicológicos e sociais, que outrora não eram significativos para a conceitualização do tema, agora passam a ser considerados essenciais. A saúde é algo a mais do que a ausência da doença, da enfermidade, a saúde é vista como um bem-estar fruto das correlações entre o estado físico, mental e social, além de comportar uma avaliação que o indivíduo faz sobre si próprio (Mandim, 2007).

Há diversos autores que propõem diferentes modelos de definição de saúde mental, entretanto, alguns a compreendem como uma expressão do bem-estar. Mesmo não tendo como objetivo aprofundar sobre a temática e os modelos do bem-estar, sabe-se que muitas investigações sobre iniciativa de crescimento pessoal são correlacionadas com esse conceito, fazendo-se necessário

uma breve elucidação acerca da conceitualização. Desse modo, Jahoda (1958) e Ryff & Singer (2008) em seus estudos apresentam indicadores de saúde mental que englobam variáveis relativas ao crescimento pessoal que são de relevância para este presente estudo. Os seis indicadores apontados por Jahoda (1958) são:

- a) Atitude positiva com si mesmo: critério que diz respeito a forma com que o indivíduo consegue perceber suas pontecilidades e fraquezas, promovendo uma aceitação e confiança em si mesmo.
- b) Crescimento, desenvolvimento e capacidade de autorrealização: capacidade do sujeito buscar alcançar suas metas pessoais e manter em direção ao seu crescimento pessoal em diferentes níveis.
- c) Integração: forma com que o sujeito encara as necessidades de adaptação de sua vida.
- d) Autonomia: consciência sobre suas escolhas e aceitação das consequências.
- e) Percepção da Realidade: compreensão do ambiente, sem distorções, com empatia e sensibilidade.
- f) Domínio do ambiente: noção de que o sujeito tem a capacidade de elaborar estratégias afim de se ajustar, adaptar-se quando confrontado, e obter satisfação pela vida.

Já Ryff e Singer (2008) elaboraram em suas investigações, a partir de uma vertente que enxerga a saúde mental como bem-estar, um modelo multidimensional do bem-estar o qual é similar ao elucidado acima, constituído por seis elementos do funcionamento psicológico, os quais são:

- 1) Avaliação positiva de si mesmo (autoaceitação);
- 2) Sentido de crescimento contínuo e desenvolvimento como uma pessoa (crescimento pessoal);
- 3) Acreditar que a vida possui objetivo e significado (sentido de vida);
- 4) Manter relações de qualidade com os outros (relações positivas);
- 5) Capacidade de manejo efetivo da vida e mundo ao redor (domínio do ambiente);
- 6) Autodeterminação (autonomia).

A importância da saúde mental é reconhecida pela OMS, porém, mesmo com o destaque dado a sua definição, sabe-se que a maior parte do mundo ainda se encontra distante de atribuir as perturbações mentais que afligem a saúde mental a mesma preocupação que é dado à saúde física. Além disso, entende-se que a saúde mental é uma parte integrante da saúde do sujeito, onde ele é capaz de lidar com fatores de tensão normais do dia-a-dia, consiga trabalhar produtivamente, compreende suas próprias capacidades e possui autonomia (WHO, 2002).

Já em Portugal, o relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2008), mostra em suas pesquisas mais recentes que as perturbações psiquiátricas juntamente com os problemas de saúde mental tornaram, atualmente, a principal causa de incapacidade e morbidade. Percebe-se que hoje, 10 (dez) das principais causas de incapacidades, metade são perturbações psiquiátricas. Além disso, os estudos afirmam que há

projeções para um aumento significativo das dessas perturbações em conjunto com os problemas de saúde mental no futuro.

1.3.1 Avaliação em Saúde Mental

No que se refere a avaliação em saúde mental, Gorenstein & Wang (2016) enfatizam que determinar a presença de um sintoma passa pela subjetividade do paciente e/ou do avaliador. Dessa forma, as escalas são essenciais para avaliar a intensidade, frequência e mudança dos sintomas, mas sem a intenção de realizar um diagnóstico clínico. Além disso, a utilização de escalas padronizadas auxilia no rastreo de indivíduos que necessitem de tratamento, acompanhamento ou intervenção.

Carvalho & Rueda (2016) afirmam que a avaliação em saúde mental depende do uso de técnicas e instrumentos de diferentes naturezas. Mediante essa utilização, o profissional consegue obter um maior acesso a um grupo de variáveis e coletar informações distintas sobre o paciente. No que diz respeito à escolha dos instrumentos, os autores salientam que o profissional dispõe de diversos instrumentos e deve eleger os mais apropriados.

Ademais, enfatiza-se sobre o uso conjunto de ferramentas que possibilitem a análise de constructos afim de confirmar as suspeitas sintomáticas. Um exemplo disso é a utilização de escalas complementares quando se nota um resultado inferior em um outro instrumento mais amplo (Carvalho & Rueda, 2016).

O modelo Biopsicossocial vigente hoje apresenta a saúde mental como um conceito amplo. Dessa forma, entende-se que a identificação desses componentes da saúde mental é fundamental. As técnicas de avaliação têm como objetivo a constatação de falhas ao nível funcional do indivíduo, ou elementos psicopatológicos, e ainda propiciam uma diferenciação dos sujeitos funcionais e dos disfuncionais.

O Inventário de Saúde Mental (MHI) foi elaborado por Veit & Ware (1983) é um instrumento que propõe a identificação de elementos positivos e negativos da saúde mental, a diferença de indivíduos com mais e menos saúde mental relacionado com a população geral e o conceder indicações para o rastreo de doença mental.

Os autores do MHI afirmavam que as medidas de avaliação em saúde mental apresentavam características diversificadas, e incluíam as medidas de sintomas psicossomáticos e físicos, estados funcionais, problemas de saúde e preocupações, ansiedade e depressão. Entretanto, à medida que a avaliação em saúde mental se expandiu, se observou um destaque maior para elementos como ansiedade depressão e somatização. (Ribeiro, 2011).

Sabe-se que a avaliação em saúde mental possui uma ampla gama de instrumentos, mas no presente trabalho optou-se pela utilização do BSI- 18, uma vez que o mesmo utiliza indicadores de saúde mental para sua avaliação. O referido teste avalia a psicossintomatologia experienciada pela indivíduo nos últimos sete dias, possui um fácil preenchimento, cotação e

rastreio, e avalia os três sintomas mais frequentes - somatização, depressão e ansiedade- (Canavarro; Nazaré & Pereira, 2017).

A depressão foca em sintomas mais relacionadas às perturbações depressivas, como o humor disfórico, desesperança, ideação suicida, entre outros. A somatização compreende a avaliação do mal-estar frente às manifestações dos sistemas internos, como sistema cardiovascular, gastrointestinal, entre outros. E a ansiedade engloba os sintomas indicadores do estado de pânico, como nervosismo, agitação motora, tensão, entre outros. Esses componentes apresentam 6 itens cada, totalizando 18 itens, os quais fornecem os resultados para a obtenção do Índice de Gravidade Global, cujo refere-se ao nível geral de mal-estar psicológico do sujeito (Canavarro; Nazaré & Pereira, 2017).

Vale salientar que o BSI-18 é aplicado em população geral e clínica, e apenas em sujeitos acima de 18 anos. Tem a característica de ser respondido como autorrelato ou por intermédio de um entrevistador, e suas respostas vão de 0 (nada) a 4 (extremamente) conforme a frequência com que o sujeito experienciou a sintomatologia.

1.4 Indicadores de Saúde Mental

Conforme já descrito, o BSI-18 avalia os indicadores de saúde mental, e dessa forma, afim de obter uma melhor compreensão da temática, se fez relevante abordar os três sintomas avaliados. Dessa forma, neste capítulo discorre-se sobre a depressão, ansiedade e somatização, abordando sua conceitualização, sintomatologia e dados estatísticos apresentados por órgãos de saúde.

1.4.1 Depressão

Sabe-se que hoje a depressão grave é a principal causa de incapacitação em todo o mundo e está posicionada como a quarta das dez principais patologias a nível mundial. Segundo projeções, em 20 anos, a depressão será a segunda causa de doenças no mundo (WHO, 2002). Sobre a conceitualização do termo depressão, sabe-se que é relativamente novo no âmbito da história, uma vez que teve sua concepção como abordamos na atualidade somente a partir do século XX. Todavia, observa-se que antigamente o entendimento acerca do termo era mais relacionado com a melancolia (Lacerda & Souza, 2013).

Entretanto, com os avanços da psiquiatria, a terminologia ganha espaço e diferenciação da melancolia, além de também passar a possuir uma outra característica nosológica diferente da que tinha antes (Lacerda & Souza, 2013). Ao longo dos anos e das contribuições científicas, mais especificamente na segunda metade do século XX, as abordagens psicodinâmica, cognitivas e comportamentais, colaboram com os estudos acerca da temática (Lopes, 2005; Lacerda & Souza, 2013).

Diante dos avanços científicos, na segunda metade do século XX o interesse pela saúde mental aumentou tanto por órgãos de saúde quanto pela população em geral, e dessa forma, o mercado

farmacêutico expandiu-se, investindo em psicofármacos como a solução para cura de sintomas depressivos (Lacerda & Souza, 2013).

Hoje o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V (APA, 2014, p.155) caracteriza a perturbação depressiva como:

“Presença de humor triste, vazio, ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo”

Além disso, segundo o DSM-V, o sujeito ainda pode apresentar pelo menos mais quatro sintomas definidos como adicionais, os quais são: alteração do apetite, do peso, do sono e da atividade motora; sentimentos de inferioridade ou culpa; sensação de diminuição da energia; dificuldade para concentrar-se, para pensar e tomar decisões e até mesmo pensamento sobre morte ou ideação suicida, com planeamentos ou tentativas.

Ainda segundo o DSM-V (APA, 2014, p.155), as perturbações depressivas incluem:

“transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.”

Além disso, a perturbação depressiva major pode ser caracterizado como leve, moderado ou grave, e ainda com presença de sintomas ansiosos, com características mistas, com características melancólicas, com características atípicas, com características psicóticas congruentes com o humor, com características psicóticas incongruentes com o humor, com catatonia, com início no último mês da gravidez até os cinco primeiros meses após o parto, e com modelo sazonal.

Em relação à sintomatologia da perturbação depressiva major e da distímia, pode-se caracterizá-los como:

Transtorno depressivo maior: vale ressaltar que os sintomas dessa perturbação devem estar presentes quase todos os dias para a formulação de um diagnóstico por um período de duas semanas e com acentuada mudança no funcionamento do sujeito. Humor deprimido na maior parte do dia, insônia ou fadiga, sentimentos de tristeza e culpa, além de queixas somáticas. O humor também pode ser mais irritável, perda de interesse, alteração do peso e também pode-se incluir ideações suicidas.

Transtorno depressivo persistente (Distímia): seus sintomas são extremamente semelhantes à perturbação depressiva major, entretanto, o diferencial do diagnóstico se respalda na duração. Na distímia, o diagnóstico é elaborado com a afirmação de que o humor depressivo, irritável, falta de sono, fadiga, sentimentos de culpa e tristeza, queixas somáticas são sentidas por pelo menos dois anos na vida do indivíduo.

Segundo o DSM-V (APA, 2014), a perturbação depressiva major é associada com uma alta taxa de mortalidade, e na maioria dos casos é contabilizada pelo suicídio. Entretanto, essa não é a única causa, isto é, por exemplo, sujeitos em situações asilar com cuidados de enfermeiros, tem uma maior probabilidade de morte no primeiro ano. Segundo Rubio (2002), em suas pesquisas entende-se que as possíveis causas da depressão podem ser diversos fatores, sejam eles isolados ou combinados, e ainda enfatiza que a sintomatologia pode surgir mesmo quando, *a priori*, tudo corre bem na vida do sujeito. A autora cita algumas possíveis causas, as quais são: histórico familiar; outras doenças não psiquiátricas (exemplo: doenças crônicas, Aids, câncer, alterações hormonais); uso de medicamentos; uso de substância alcoólicas ou drogas; e situações de vida com intensa carga de estresse.

O DSM-V (APA, 2014) apresenta alguns fatores de risco referentes às perturbações depressivas, sendo eles: ambientais; genéticos e fisiológicos; e modificadores de curso. Os ambientais se referem às experiências adversas na infância, tendo como pressuposto de que as situações estressantes são reconhecidas como precipitantes de episódios depressivo maior. Já os fatores genéticos e fisiológicos inferem que indivíduos depressivos podem afetar os seus familiares de primeiro grau, admitindo um risco de 2 a 4 vezes maior de desenvolver a doença do que a população geral. Os modificadores de curso verificam que as perturbações maiores não relacionados ao humor aumentam a taxa de risco de uma pessoa desenvolver depressão.

Salienta-se também que as perturbações depressivas podem aparecer pela primeira vez em qualquer faixa etária, mas a maior incidência de início se dá a partir da puberdade. Além disso, verifica-se que a depressão é uma das perturbações mentais que mais apresenta consequências na vida do sujeito, e muitas vezes consequências destrutivas, tanto na esfera pessoal, quanto na profissional e social. Os dados estatísticos mostram que a depressão afeta cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo, e as estimativas apontam que 5% a 10% da população sofrerá com a doença ao longo da vida (APA, 2014; WHO, 2002; Assumpção, Oliveira & Souza, 2018).

Segundo a Direção Geral de Saúde em Portugal (DGS, 2017) a maior taxa de risco para a depressão aumenta com a pobreza, desemprego, acontecimentos de vida (como por exemplo, luto ou rompimento de relações), doenças físicas e problemas causados pelo abuso de álcool e outras drogas. Entretanto, também é ressaltado que a depressão afeta pessoas de todas as idades em diferentes estratos sociais.

No Retrato da Saúde (Ministério da saúde, 2018) ao fazer a diferenciação entre a taxa de mortalidade (morrer por alguma doença) e de morbidade (conviver com alguma doença) entende-se, no que diz respeito a morbidade, que as doenças musculoesqueléticas, a depressão, as doenças de pele e as enxaquecas são os problemas de saúde que mais afetam os Portugueses. Pode-se observar isso na Figura 1 abaixo:

5 principais doenças causadoras de morbilidade (mulheres)					
	1º	2º	3º	4º	5º
15-49 anos	Lombalgia e cervicalgia	Enxaqueca	Perturbações depressivas	Doenças da pele	Perturbações da ansiedade
50-60 anos	Lombalgia e cervicalgia	Perturbações depressivas	Doenças dos órgãos dos sentidos	Enxaqueca	Doenças orais
≥ 70 anos	Doenças dos órgãos dos sentidos	Lombalgia e cervicalgia	Alzheimer e outras demências	Perturbações depressivas	Doenças orais
Todas as idades (padronizada)	Lombalgia e cervicalgia	Enxaqueca	Perturbações depressivas	Doenças da pele	Doenças dos órgãos dos sentidos
5 principais doenças causadoras de morbilidade (homens)					
	1º	2º	3º	4º	5º
15-49 anos	Lombalgia e cervicalgia	Doenças da pele	Enxaqueca	Perturbações depressivas	VHI/Sida
50-60 anos	Lombalgia e cervicalgia	Doenças dos órgãos dos sentidos	Diabetes	Perturbações depressivas	Doenças orais
≥ 70 anos	Doenças dos órgãos dos sentidos	Lombalgia e cervicalgia	Diabetes	Doença cerebrovascular	Alzheimer e outras demências
Todas as idades (padronizada)	Lombalgia e cervicalgia	Doenças da pele	Doenças dos órgãos dos sentidos	Perturbações depressivas	Enxaqueca

Figura 1. 5 Principais Doenças Causadoras de Morbilidade em Mulheres e Homens Portugueses. (Fonte: IHME, 2017 Fig. 17. 5 principais causas de morbilidade por grupo etário (YLDs por 100.000 habitantes), mulheres e homens com 15 ou mais anos, Portugal, 2016).

Segundo uma pesquisa da OMS (2008), há verificações de que a depressão predispõe os indivíduos a desenvolver enfartes do miocárdio, e os enfartes do miocárdio aumentam a probabilidade de depressão. Dessa forma, compreende-se que as perturbações mentais são diretamente relacionadas como precursoras ou como consequências de problemas de saúde física.

Ainda na mesma pesquisa, a OMS constatou que em 2002 as perturbações mentais, juntamente com o abuso de substâncias foram as responsáveis por 13% da carga global de doença. Entretanto, sabe-se que as perturbações mentais também eram responsáveis por 31% de todos os anos vividos com invalidez quando se é calculado o componente da invalidez no cálculo da carga de doença. Segundo as estimativas feita, em 2030, a depressão será provavelmente a segunda maior causa de carga de doença.

Além disso, evidencia-se pesquisas que afirmam a relação entre a depressão e a qualidade de vida. A literatura salienta que a depressão afeta de forma prejudicial a qualidade de vida dos sujeitos. Existe uma relação inversa entre a qualidade de vida e a sintomatologia depressiva, fazendo com que se verifique que um baixo nível de percepção de qualidade de vida seja expressa por altos níveis da sintomatologia depressiva (Ay-Woan, Sarah, Lynn, Tsy-Jang & Ping-Chuan, 2006; Rubio, 2002).

O grupo Quality of Life Assessment da Organização Mundial da Saúde (The WHOQOL Group, 1995), reconhece que a concepção de qualidade de vida é a percepção que o sujeito possui sobre o seu posicionamento na vida, em seu contexto cultural e seus valores, além da expectativa e relações aos seus objetivos e preocupações. Diante disso, pode-se pensar que a qualidade de vida é uma terminologia que permite a exploração de diferentes variáveis e suas correlações, ou seja, a perturbação depressiva pode ser um dos indicadores de qualidade de vida.

Também se sabe, segundo a informação da OMS (2008), que na Europa 48% das pessoas que necessitam de cuidados de saúde mental recebem o serviço formal. Isso faz contraste com o déficit de tratamento que as perturbações mentais ainda recebem.

Diante do elucidado anteriormente, compreende-se que a depressão é um tema contemporâneo e seus estigmas ainda são determinantes para a procura de ajuda. Em termos gerais, a questão do sofrimento emocional ainda é transpassada por gerações com muitos mitos e estigmas, mesmo com o avanço da medicina e da indústria farmacêutica, o preconceito ainda é um elemento que causa resistência nos sujeitos, o que acaba por muitas vezes aumentar as consequências da perturbação depressiva (Barbosa, Macedo & Silveira, 2011).

1.4.2 Ansiedade

As perturbações de ansiedade são outro tipo de perturbações mentais que também estão presentes na vida dos indivíduos. Segundo Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro (2000), a ansiedade pode ser descrita como um sentimento vago e desagradável de medo, com um certo temor, juntamente com pensamentos de antecipação do perigo, preocupação com algo estranho ou desconhecido. O DSM-V (APA, 2014 p. 189) expressa a relação de ansiedade e medo desta maneira:

“O medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva.”

Dessa forma, entende-se que a ansiedade e o medo são compreendidos como patológicos quando passam a ser excessivos, descomedidos em relação ao estímulo e acabam por prejudicar no funcionamento do sujeito, afetando suas tarefas diárias e sem bem-estar (Rosen & Schulkin, 1998).

Ainda, observa-se que alguns estados emocionais negativos de tensão ou apreensão e seus sintomas fisiológicos, são descritos como medo e ansiedade, e muitas vezes são até mesmo considerados sinônimos. Entretanto, entende-se que a existência ou não dos fatores externos que desencadeiam o medo e o comportamento de evitação (ou outro) frente a um pensamento

antecipatório, são usados para diferenciar esses dois estados, o medo e a ansiedade (Baptista, Carvalho & Lori, 2005).

Sob o viés da teoria das emoções, verifica-se que o medo é uma emoção essencial do ser humano, e está presente em todas as idades, culturas e espécies. Além disso, o medo é verificado quando há um elemento externo o qual promove um comportamento de fuga ou evitação, afim de proteger-se. Já a ansiedade é como uma combinação de emoções, um estado emocional aversivo, e às vezes sem elementos desencadeadores diretos, mas que acabam por não ser evitados (Baptista, Carvalo & Lory, 2005).

À luz do processo evolutivo, sabe-se que o medo e a ansiedade são sistemas defensivos que são desencadeados por situações que exijam atitude frente às ameaças ou perigos reais. Compreender a evolução e os sistemas defensivos permite entender os estímulos que fomentam o medo e os padrões de respostas automáticas. Sabia-se que antigamente, as situações que causavam temor eram associadas com elementos como: animais ferozes, cobras, tempestades naturais, caça, entre outros, e diante da evolução, o homem foi capaz de desenvolver estratégias adequadas para lidar com essas situações, e sua vida dependia dessa elaboração (Baptista, Carvalho & Lory, 2005).

Ainda sob um viés evolutivo, observa-se que as as respostas automáticas foram de relevância para a sobrevivência, uma vez que elas permitiam a fuga, evitação, defesa, submissão e imobilidade frente à uma situação de ameaça. Verifica-se que existem inúmeras respostas automáticas e que todas passam pela esfera do pensamento, não são aleatórias, mas sim computadas e expressas de forma instantânea (Baptista, 2000; Baptista, Carvalho & Lory, 2005).

As perturbações de ansiedade, segundo o DSM V (APA, 2014), englobam perturbações que também compartilham similaridades de medo e ansiedade demasiadas. Entretanto, mesmo sendo comórbidos entre si, eles são diferentes no que diz respeito ao tipo de objeto ou a situação que desencadeia o medo, ansiedade ou comportamentos como esquiva. Além disso, eles também se diferenciam no que concerne ao medo e a ansiedade adaptativos, pois são excessivos e prevalecem por períodos maiores do que o nível de desenvolvimento da pessoa. Também são diferentes do medo e ansiedade induzidos por estresse, uma vez que são presentes por mais tempo, durando seis meses ou mais.

Verifica-se que muitas perturbações de ansiedade têm seu desenvolvimento no período infantil, e têm uma tendência a perdurar caso não forem tratados. Quanto ao critério de duração, sabe-se que nas crianças a duração pode ser mais curta do que nos adultos. Além disso, acredita-se que no que diz respeito ao medo, é previsível que ele vá diminuindo com a idade, e afirma-se que ele apareça e desapareça conforme as atividades usuais de determinada etapa do desenvolvimento (Baptista, Carvalho & Lory, 2005).

Entende-se que os medos sejam uma forma expressiva da maturidade do próprio organismo, e as manifestações sofrem variações ao longo do ciclo vital. Por exemplo, chorar na infância é

uma forma de manifestação, e ao longo do desenvolvimento a criança aprende a se comportar e se expressar de outra forma (Baptista, Carvalho & Lory, 2005).

As perturbações de ansiedade englobam: ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, fobia social, perturbação de pânico, agorafobia, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação de ansiedade induzido por substância/medicamento (APA, 2014).

Ansiedade de separação: sua característica principal é a ansiedade excessiva diante do afastamento dos pais/cuidadores e que não é adequada ao nível de desenvolvimento. Tem sua persistência por, no mínimo, quatro semanas, além de causar prejuízo significativo da vida da criança/ adolescente e sofrimento intenso. Os indivíduos que sofrem a perturbação de ansiedade temem o que pode acontecer a si mesmo ou ao seus pais quando não estão juntos, normalmente tem pensamentos que algo vá acontecer como acidentes, sequestros, assaltos e doenças. Demonstram uma vinculação de uma grande dependência, e muitas vezes não permitem o afastamento das suas figuras vinculativas. Necessitam de companhia na maioria das vezes, e em lugares que a exigência de se afastar é imposta, como por exemplo a escola, essas crianças sente dores somáticas (dores de barriga, dores de cabeça, febre, vômitos, etc.)

Mutismo seletivo: é definido como uma falha persistente para falar diante de situações sociais específicas que exigem essa atitude. A criança pode falar em casa ou em outras situações. Essa perturbação interfere na questão social e educacional da criança, e sua duração mínima é de um mês.

Fobia específica: refere-se ao medo ou ansiedade em excesso em relação a um objeto ou a uma situação. Esse “estímulo fóbico” gera os sentimentos de medo e ansiedade, e também são evitados ou suportados diante de muita tensão. Geralmente, dura no mínimo seis meses, e causa muito sofrimento e prejuízo funcional para o indivíduo.

Ansiedade social/fobia, social: é determinado como medo ou ansiedade excessivos quando o indivíduos é exposto a uma ou mais situações sociais em que ele possa ser avaliado, observado, ou testado por seu desempenho. Além disso, o sujeito tem medo de que seus sintomas ansiosos possam ser observados pelos outros e avaliados de forma negativa. Essas situações sociais são evitadas ao máximo pelo indivíduo, mas quando devem ser encaradas, ele enfrenta com intensa ansiedade.

Transtorno de pânico: refere-se a ataques de pânico inesperados e recorrente. Entende-se por esses ataques como um surto de medo ou excessivo desconforto que atinge um auge e desencadeia sintomas físicos e cognitivos (taquicardia, sudorese, tremores, falta de ar, medo de enlouquecer, desrealização, medo de morrer, entre outros). Em relação a frequência, sabe-se que os ataques podem ser frequentes, do tipo um por semana durante meses, podem também ser pequenos surtos de ataques com frequência, como por exemplo, pequenos ataques todos os dias separados por semana. E ainda, ataques menos frequentes, como dois por mês, mas durante anos. Em termos de diagnóstico, verifica-se que é necessário mais de um ataque de pânico completo (com mais de quatro sintomas descritos) e inesperado.

Agorafobia: caracteriza-se como medo ou ansiedade em relação a: uso de transporte público, permanência em espaços abertos, permanência em locais fechados, permanência em fila ou locais com multidão e sair sozinho de casa. Frente a essas situações, os indivíduos que sofrem dessa perturbação têm pensamentos que algo horrível possa acontecer, e acreditam que sair das situações descritas possa ser impossível ou não obterão ajuda. Dessa forma, os sujeitos evitam ao máximo esse tipo de situações, além de que elas provocam medo e ansiedade, e se tiverem que ser encaradas são melhores enfrentadas com companhia.

Transtorno de ansiedade generalizada: é definida como a ansiedade e preocupação em demasia que transcorrem na maioria dos dias por no mínimo seis meses. O indivíduo demonstra grande dificuldade em controlar a preocupação e de evitar os surgimentos de pensamentos que interferem em suas atividades. A ansiedade e preocupação se associam a pelo menos três sintomas: inquietação, fadigabilidade, dificuldade na concentração, irritabilidade e perturbação do sono.

Perturbação de ansiedade induzido por substância/medicamento: é definido como sintomas de pânico e ansiedade que são decorrentes dos efeitos que alguma substância, como drogas, medicamentos, toxinas. Os sintomas de pânico e ansiedade são verificados durante ou logo depois que o sujeito ingere a substância (ou também da abstinência da substância).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2017), em 2015 estimou-se que 3,6% da população global sofra de perturbações de ansiedade e sua prevalência no sexo feminino é de 4,6% em comparação ao do sexo masculino, o qual é 2,6% a nível global. Segundo o Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2002), são admitidos vários motivos para uma maior prevalência de perturbações da ansiedade nas mulheres (e também as perturbações depressivas), uma vez que os fatores genéticos e biológicos apresentam-se com grandes alterações hormonais. As mudanças de humor, o ciclo menstrual e o pós-parto são associados com a alta taxa de perturbações da ansiedade. Além disso, sabe-se que os fatores psicológicos e sociais também influenciam diretamente na questão da diferença entre os sexos, verificando-se que o papel tradicional da mulher exigido pela sociedade a deixa exposta a uma série de estressores maiores.

Ainda segundo o Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2002), verifica-se que as perturbações mentais como ansiedade e depressão podem se manifestar em consequência da incapacidade que o indivíduo apresenta em encarar de forma adaptativa algum acontecimento da vida que desencadeia estresse. Entende-se assim que os sujeitos que se abstêm em pensar e elaborar algum fator da vida que gere estresse, tem uma probabilidade maior para o desenvolvimento de ansiedade e depressão, bem como as pessoas que tentam conversar sobre suas aflições e encontrar caminhos para controlar esses elementos estressores, tendem a funcionar melhor ao longo do tempo.

Além disso, sabe-se que as perturbações de ansiedade têm um impacto significativo na qualidade de vida, em especial em relação ao funcionamento psicológico. Observa-se que as perturbações de ansiedade, segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental (Direção Geral

de Saúde, 2017), aumentam desde 2011 conjuntamente com as perturbações depressivas e demências. Segundo o Programa, em 2020 a tendência é constatar um aumento de 25% nas perturbações ansiosas e depressivas. Em Portugal, verifica-se que há mais registros de perturbação ansiosa em 2016 na região do Centro e do Alentejo.

1.4.3 Somatização

A Medicina Oriental já presumia que as doenças e enfermidades eram processos complexos e que em algumas situações estavam relacionados aos estados emocionais do sujeito, considerando essa ideia cerca de cinco séculos atrás. Alguns pensadores também acreditavam nessa suposição, mas com as ideias do filósofo francês René Descartes (1596-1650), no século XVII, foi postulada a concepção de que o homem seria um ser “dual”, isto é, um ser pensante e essa é a base de nossa existência, e isso não teria relação alguma com nosso corpo. A partir dessa conceitualização, se entendeu que o homem seria dividido por duas partes, a parte pensante, abstrata, a qual é referida como a mente, e a parte concreta, compreendida como o corpo (Peres, 2001).

Frente a esse modelo cartesiano, ao longo dos anos e com o avanço da medicina, principalmente a medicina ocidental, notou-se que essa incorporou o discurso de Descartes e concedeu maior importância a tudo que seja relacionado ao corpo, a parte concreta. No mesmo cenário, percebe-se que os princípios da física e da química, juntamente com o advento da biologia do corpo humano, compreendeu que o homem era um ser cujas doenças fossem exclusivamente atribuídas ao corpo, dispensando o que era associado a mente e estados emocionais (Peres, 2001).

Entretanto, sabe-se conforme o panorama histórico que Hipócrates (460-377 a.C.) tentavam postular uma enfermidade que acometia alguns indivíduos, em especial do sexo feminino, mas entendiam como algo complexo e que estaria ligado ao sistema reprodutor da mulher. Posteriormente, essa enfermidade foi chamada de histeria, e ocupava um lugar de destaque para a medicina, investigadores e pensadores. A histeria era vista como um comportamento disfuncional, sendo exemplificado por crises convulsivas e doenças psicossomáticas, e os sintomas também eram classificados como paralisias, contraturas, espasmos e alterações da sensibilidade (Ávila & Terra, 2010).

Além disso, poderia se apresentar como sintomas mais viscerais, o que se refere a queixas de dor pelo corpo, retenção intestinal ou urinária, queixas respiratórias, dores de cabeça e sensação dos órgãos estarem se movimentando pelo corpo e estarem “cheios” ou “vazios”. Diante disso, poucas explicações médicas e científicas foram construídas, entendia-se que fosse algo relacionado ao feminino e sobre a questão da esterilidade ou da disposição anatômica do útero. A histeria ainda era uma doença misteriosa e que gerava muitas especulações sobre, além de que alguns médicos consideravam que fosse algo contagioso e afirmavam que era algo inventado e exagerado pelas mulheres (Ávila & Terra, 2010; Foucault, 1978; Matos, 2005).

Além da citação acima, o advento da religiosidade era algo com muita influência na época. Sabe-se que explicações de cunho religioso corroboram com um pseudodiagnóstico, além da estigmatização, dos indivíduos que eram afetados pelos sintomas. A Igreja respaldava suas explicações considerando as mulheres como pecadoras e feiticeiras, e o que lhes acontecia era “do diabo”, por essa razão eram punidas. Dessa forma, também observa-se por esse paradigma que a histeria, e logo após seria entendida como somatização, era algo associado às más condutas, invenção e exageros, contribuindo para uma disseminação errônea da doença (Ávila & Terra, 2010; Catani, 2014).

Com o passar dos anos, o debate acerca da histeria ainda era presente, pois percebia-se que a doença tinha seus sintomas muito similares a de outras doenças, mas o diagnóstico nunca era o mesmo. Sabe-se que no século XIX, a histeria era o diagnóstico que ocupava o primeiro lugar entre as doenças que levavam a internações.

Dessa forma, muitos médicos e pesquisadores debruçaram-se na temática afim de entender e solucionar essa patologia que acometia muitas mulheres da época. O médico Charcot, mediante seus estudos, práticas e observações, acreditou que os sintomas histéricos poderiam ter uma origem traumática, e que o melhor caminho para uma investigação e possível tratamento era a hipnose. Charcot deu um grande passo, pois em sua pesquisa ele evidenciou que o sexo masculino também sofria da doença (Ávila & Terra, 2010; Catani, 2014).

No final do século XIX, o médico Sigmund Freud, antes aluno de Charcot, provocou uma grande mudança no cenário. Ele postula a ideia de que os sintomas físicos das doenças poderiam surgir sem uma causa orgânica. Dessa forma, com o desenvolvimento da psicanálise e da retomada da concepção de que corpo e mente são inseparáveis, compreende-se o surgimento da teoria da psicossomática, cuja fonte de compreensão deve ser o indivíduo que sente as dores, não apenas a doença, mas a compreensão das causas psicológicas, sociais e somáticas que envolvem todo o processo (Peres, 2001).

Além disso, cabe ressaltar que juntamente com o surgimento da teoria da psicossomática e a noção de que o corpo e a mente trabalham em conjunto, a ciência médica também avançou nessa concepção e comprovou, por meios experimentais e investigativos, que os sistemas orgânicos do ser humano são influenciados pelos estados emocionais. Essas comprovações representaram um grande passo para romper com a ideia de alguns conservadores que viam a psicossomática como algo sem relevância e inventado (Peres, 2001).

Sabe-se que o termo “somatização” foi introduzido em 1924, por Wilhelm Stekel, psiquiatra. Entretanto, o termo passou por alguns erros de tradução, mas teve uma grande disseminação, principalmente após a sua introdução no DSM-III, e tinha a função de substituir a antiga terminologia, histeria, com o intuito de apresentar-se de uma forma mais neutra e formal, uma vez que o antigo termo era carregado de significados pejorativos. A partir de 1938, alguns estudiosos divulgaram uma melhor compreensão sobre o termo, e cada ano se formulava a ideia com o pressuposto de uma melhor definição. Dessa forma, conheceu-se a concepção de “doença

psicossomática”, cuja ideia central é que os sofrimentos de ordem psicológica apresentam repercussões nos diversos sistemas orgânicos, e a forma de expressão desses conflitos psíquicos seria o corpo (Ávila & Terra, 2010).

No que se refere ao DSM, observa-se que em suas primeiras versões era dado uma maior atenção aos distúrbios transitórios e reações de estresse relacionados a personalidade, uma vez que a psiquiatria hospitalar do pós-guerra estava com imensos casos devido a estresse pós-traumático. Em relação a outras perturbações, dava-se mais ênfase nas questões de humor, e isso era essencialmente as perturbações mentais. Nessa primeira versão, não encontra uma classificação nosográfica para a somatização, apenas se sabe que a palavra “histeria” é vista como uma possibilidade de classificação. Já na segunda versão do DSM, a palavra histeria dá lugar a “neurose histérica” e é descrito como surgimento de sintomas frente situações emocionais estressantes (APA, 1968).

Já no DSM III encontra-se uma categoria para descrever o que antes surgia nos manuais como “psicofisiológico”. Então, nota-se o aparecimento do termo “transtornos somatoformes”, os quais são denominados como sintomas físicos ou alterações fisiológicas ainda sem causas orgânicas, influenciados por fatores psicológicos e com grande prejuízo funcional a saúde (APA, 1980).

A partir do DSM IV (APA, 1994), em 1994, englobou-se os conceitos de perturbações conversivas, somatização e somatização sem outra especificação, hipocondríaco, dismórfico corporal, doloroso e somatoforme indiferenciado. Entretanto, foi em 2013 com o lançamento do DSM V que significativas mudanças aconteceram. Percebe-se que os antes denominados perturbações somatoformes agora são melhor apresentados pela terminologia “sintomas somáticos e perturbações relacionados”, o que demarca um avanço por apresentar critérios mais diretos com o intuito de beneficiar o diagnóstico e o paciente que sofre com os sintomas (APA, 2014).

No capítulo do Manual mais atual, entende-se que os sintomas somáticos e perturbações relacionados compreendem os diagnósticos de: “transtorno de sintomas somáticos, transtornos de ansiedade de doença, transtorno conversivo, fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado especificado e transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionados não especificados” (APA, 2014, p. 309).

Além disso, sabe-se que essas perturbações compartilham a proeminência de sintomas somáticos associados ao sofrimento e prejuízo funcional do indivíduo. Entende-se que, usualmente, os sujeitos que sofrem dessa perturbação são direcionados a atendimentos primários de outros contextos médicos, raramente são direcionados a serviços psiquiátricos e de saúde mental. É de importância ressaltar que o diagnóstico é feito com base na apresentação dos sintomas e como o indivíduo os encara, ou seja, os sinais e os sintomas positivos (sintomas e associação com o pensamento, sentimentos e comportamentos em resposta a eles) são a base diagnóstica. Os sintomas e a ausência de explicação médica não são mais referência para a

realização de um diagnóstico, uma vez que a integração e compreensão que os elementos afetivos, cognitivos e comportamentais possibilitam uma maior reflexão do quadro clínico ao invés de avaliar apenas queixas somáticas (APA, 2014).

Segundo o DSM V (APA, 2014), sabe-se que existe uma série de fatores que podem contribuir para o surgimento da perturbação de sintomas somáticos e perturbações relacionadas, como por exemplo, vulnerabilidade genética e biológica (por exemplo, indivíduos mais sensíveis à dor), experiências traumáticas precoces, aprendizagem (por exemplo, a atenção que o sujeito recebe por estar doente), além de normas socioculturais que concebem o sofrimento psicológico com maior desvalorização em relação ao sofrimento físico. Referente à última premissa elucidada anteriormente, sabe-se que os cuidados médicos entre as culturas são grande influenciadores na apresentação, reconhecimento e tratamento das manifestações somáticas. Entende-se que a compreensão médica sobre o sofrimento psicológico afeta o diagnóstico e interfere o tratamento.

Verifica-se que mesmo os sintomas somáticos sejam relacionados a sofrimento psicológico, sabe-se que alguns deles podem surgir de uma forma espontânea e manter as causas inacessíveis. Além disso, as perturbações de ansiedade e perturbações depressivas também podem complementar as perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionados. Segundo o DSM V (APA, 2014, p. 310):

“O componente somático agrega gravidade e complexidade a transtornos depressivos e de ansiedade e resulta em maior gravidade, prejuízo funcional e até mesmo refratariedade aos tratamentos tradicionais.”

Em relação a sintomatologia, pode-se caracterizar como:

Transtorno de sintomas somáticos: é definido como sintomas somáticos múltiplos que afetam o indivíduo e provocam grande perturbação em sua vida diária, pois gera dor e muitas vezes incapacidade de realizar tarefas. Variam de sintomas específicos, como por exemplo dor localizada, até sintomas mais difusos, por exemplo a fadiga. O indivíduo relata intenso sofrimento frente a sua dor e muitas vezes sem explicações médicas. Além disso, podem ocorrer em conjunto com outra doença médica, e também o indivíduo tem muitos pensamentos e preocupações acerca do seu estado de saúde, as vezes se comportando de maneira excessiva diante de alguns sintomas somáticos.

Transtorno de ansiedade da doença: é melhor definida como uma preocupação em contrair doenças graves. Muitas vezes os sintomas somáticos não estão presentes, e caso estejam eles são leves. Indivíduos que sofrem dessa perturbação, muitas vezes, baseiam seus medos e preocupações quando sabem que a família têm um histórico de alguma doença ou quando eles sabem que possuem um risco de desenvolver alguma condição médica. Além disso, existe muita ansiedade a respeito do seu próprio estado de saúde e isso provoca comportamentos excessivos,

como procurar sinais/sintomas de doenças, ou até mesmo a evitação mal-adaptativa, onde o indivíduo evita consultas médicas.

Transtorno conversivo: caracterizado como um ou mais sintomas motores ou sensoriais alterados. Esses sintomas motores são entendidos como uma fraqueza ou paralisia, movimentos anormais, anormalidades da marcha e postura anormal de membro. Os sintomas sensoriais que estão presentes são sensações cutâneas, visão ou audição alteradas, reduzidas ou ausentes. Os indivíduos que sofrem dessa perturbação podem apresentar alguns episódios de tremores generalizados de alguns membros e até mesmo perda da consciência, o que pode ser similar a convulsões epiléticas. Para diagnosticar esse transtorno, o indivíduo deve submeter-se a exames neurológicos com a finalidade de descartar qualquer indício de doença neurológica. Para respaldar o diagnóstico, pode investigar a associação do paciente com algum estresse ou trauma, seja de natureza psicológica ou física. Além disso, muitas vezes o transtorno também está associado com sintomas dissociativos, e fazendo uma investigação pode-se ajudar para diagnosticar.

Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas: é caracterizado como a presença de um ou mais fatores psicológicos ou comportamentais que afetam uma condição médica e podem aumentar o risco de sofrimento, incapacidade ou morte. Os indivíduos que sofrem disso, apresentam fatores psicológicos ou comportamentais que são, por exemplo, negar sintomas da doença ou não seguir as recomendações médicas.

Transtorno factício: é explicado como a falsificação de sinais ou de sintomas médicos em si mesmo ou em outro. Muitas vezes os indivíduos que sofrem dessa perturbação buscam atendimento para si ou para outro a partir de uma indução de lesão ou doença. O indivíduo pode apresentar-se como doente ou incapacitado, como relatar falsos episódios de convulsão, tontura, ou desmaio, além de relatos de sentimentos depressivos e ideias suicidas como a consequência da morte de um ente querido, entretanto a morte desse familiar não é verdadeira. Além do perigo dos danos que o indivíduo causa a si mesmo, sabe-se que ele apresenta um grande sofrimento psicológico e prejuízo funcional.

Segundo Lazzaro e Ávila (2004), no Brasil as demandas de sujeitos que apresentam queixas somáticas, sem causas orgânicas, são intensas nos serviços de atendimento básico à saúde e pronto atendimento. Segundo os autores, os sintomas físicos são reverberados no organismo por razões de intenso sofrimento emocional e outros fatores psicossociais que afetam o indivíduo.

De acordo com uma Pesquisa da Organização Mundial da Saúde (2008), a prevalência das perturbações mentais em lugares de cuidados primários foi investigada em alguns países, e verifica-se que os lugares com altos níveis de demandas são definidos por 53,5%, como é o exemplo do estudo feito em Santiago, no Chile. Sabe-se que as perturbações mentais principais apontadas pela pesquisa são: depressão (entre 5 a 20%), ansiedade generalizada (4% a 15%), abuso e dependência de álcool (5% a 15%) e perturbações de somatização (0,5% a 11%).

Ainda segundo a pesquisa, as pessoas experienciam a emoções através das reações do corpo, um exemplo disso é a sensação de “nó no estômago” ou mãos suadas quando se está ansioso, e até mesmo sensação de cansaço físico e lentidão quando se vivencia a depressão. Além disso, sabe-se que muitas pessoas buscam os cuidados primários com queixas de situações sociais, familiares e emocionais, entretanto são algumas vezes vistas como situações que não merecem a devida atenção. Compreender que as emoções atravessam o corpo faz com que se consiga visualizar e ajudar o sofrimento alheio. Cerca de 15% dos pacientes que são examinados nesses serviços têm sintomas inexplicados medicamente, e em conjunto sofrem com estresse psicológico e comportamentos de procura de ajuda.

Na investigação, verifica-se que existe uma grande dificuldade na detecção e avaliação das perturbações de saúde mental. Entretanto, conforme os dados expostos na Tabela 1 percebe-se que a perturbação de somatização é melhor detetado pelos médicos em serviços de cuidado primário.

Tabela 1.

Reconhecimento de Perturbações Psicológicas por Médicos em Cuidados Primários em Saúde. Fonte: World Health Organization. Versão Portuguesa: Coordenação Nacional Para a Saúde Mental. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global (2008).

Reconhecimento como um caso psicológico de perturbações CID-10 actuais por médicos a tratar o paciente					
	Depressão	Perturbação generalizada de ansiedade	Perturbação de somatização	Qualquer diagnóstico (excepto o uso nocivo de álcool) ^a	Uso nocivo de álcool
	% reconhecida	% reconhecida	% reconhecida	% reconhecida	% reconhecida
Rio de Janeiro, Brasil	44	32	43	36	0
Santiago, Chile	74	61	89	74	98
Shanghai, China	21	20	12	16	45
Paris, França	62	50	66	47	46
Berlin, Alemanha	57	55	56	56	14
Mainz, Alemanha	56	65	96	60	29
Atenas, Grécia	22	13	11	17	0
Bangalore, Índia	46	35	31	40	0
Verona, Itália	70	74	100	75	10
Nagasaki, Japão	19	23	0	18	4
Gronigen, Holanda	60	59	75	51	31
Ibadan, Nigéria	40	67	33	55	33
Ankara, Turquia	28	26	34	24	21
Manchester, Reino Unido	70	72	100	63	7
Seattle, Estados Unidos da América	57	47	80	57	12
Total	54	46	64	49	Não disponível

^a Em adição aos diagnósticos listados acima, distúnia, agorafobia, pânico, fipocôndria e neurastenia.

Segundo Lazzaro e Ávila (2004) quando o indivíduo que sofre da perturbação não é tratado de forma apropriada, percebe-se que ele pode vir a passar por intervenções frustrantes, dispendiosas e até mesmo perigosas, e acabam por não acabar com o seu sofrimento. Além disso, segundo os autores, alguns médicos ainda se incomodam por não encontrarem uma causa orgânica das dores relatadas pelo seu paciente, e acabam deslegitimando a dor e sentimento do sujeito. Noutras situações, o indivíduo passa por inúmeros encaminhamentos, de diversas

especialidades, com direito a exames e até mesmo hospitalizações (muitas vezes desnecessárias) e sem nenhuma resolutividade.

Diante do exposto, cabe ressaltar que a somatização é uma perturbação que causa prejuízo funcional no indivíduo, incapacitando-o de trabalhar, se relacionar e suas tarefas familiares. Além disso, a estigmatização da perturbação também causa sofrimento no sujeito, fazendo com que o próprio acabe por não ver sua dor como algo que merece importância e devida atenção.

2. Questão de Investigação e Hipóteses

Portanto, com as elucidações feitas acima, este estudo além de verificar os níveis de iniciativa de crescimento pessoal e os níveis de saúde mental dos indivíduos através dos indicadores referidos, analisará as correlações entre a ICP e esses indicadores.

Segundo Malhotra (2006), uma hipótese (H) é expressa por uma afirmação ou uma proposição não comprovada que diz respeito a um fator ou um fenômeno que é de interesse para o pesquisador. Foram definidas cinco hipóteses para este estudo, que apresentamos seguidamente:

H1: Há uma correlação significativa entre a sintomatologia depressiva e a Iniciativa de Crescimento Pessoal (ICP).

H2: Existe uma correlação significativa entre a sintomatologia ansiosa e a Iniciativa de Crescimento Pessoal (ICP).

H3: Existe uma correlação significativa entre a sintomatologia somática e a Iniciativa de Crescimento Pessoal (ICP).

H4: Há diferença significativa nos níveis de Iniciativa de Crescimento Pessoal (ICP) entre os indivíduos mais jovens e os indivíduos adultos.

H5: Existe diferença significativa nos níveis de Iniciativa de Crescimento Pessoal (ICP) quando comparamos indivíduos do gênero masculino e indivíduos do gênero feminino.

Capítulo 2: Método

2.1 O delineamento da Pesquisa

A presente pesquisa possui uma natureza transversal e descritiva. Transversal por apresentar a forma como os dados são coletados no tempo, pois o recorte feito na pesquisa não se dispõe de forma cronológica, mas sim é definido como um recorte único temporal. Além disso, pode-se considerar transversal por ter como objetivo o desejo por estimar a frequência com que um determinado elemento se manifesta em uma determinada amostra, e analisar os fatores que se associam a ele (Pereira, 1985).

A natureza descritiva se dá quanto aos seus objetivos, pois pretende descrever características de um determinado fenômeno e optou-se por uma forma padronizada de coleta de dados, a qual é o questionário (Gil, 2008). Quanto a abordagem, a pesquisa tem um caráter quantitativo, inferencial, preditivo e correlacional.

2.2 Participantes

Na presente investigação, participaram 1.895 indivíduos, entretanto, para fins de significância estatística, foram suprimidos alguns participantes, *outliers*, menores de 18 anos e maiores do que 62 anos, obtendo um $N=1.095$. Desse modo, obteve-se uma média de 28,39 e um desvio padrão de 11,03.

Dos participantes 332 são do sexo masculino (30,3%) e 756 são do sexo feminino (69,0%). Sobre a orientação sexual 89,3% considera-se heterossexual, 6,1% bissexual e 4,1% são homossexuais. Conforme as respostas, 45,0% dos participantes são solteiros, 27,2% estão em um compromisso afetivo, 15,3% são casados, 4,4% são divorciados, 7,0% estão numa união de fato e 0,6% são viúvos. Sobre a região geográfica, 45,1% afirmam que moram em uma pequena cidade, 21,6% respondeu que mora em um pequeno meio rural, outros 21,6% moram em uma grande cidade e 11,2% moram em um grande meio rural. Em relação ao nível de escolaridade, 40,5% dos participantes respondeu que tem licenciatura/bacharelado, 40,3% afirma que possui escolaridade até os 12 anos, 12,1% afirmam ter mestrado/doutorado, 5,1% possui escolaridade até os 9 anos, 1,2% até os 4 anos e 0,8% afirma ter "outra".

Já no que diz respeito a situação profissional, 44,9% afirmam ser estudantes, 33,7% "trabalham conta de outrem", 7,8% afirmam ser desempregados, 7,1% são trabalhadores-estudantes, 4,5% são trabalhadores por conta própria e 1% são reformados. Conforme perguntado sobre o estatuto socioeconômico, 58,3% assumem pertencer a um nível médio de renda, 26,9% a um nível baixo-médio de renda, 7,9% a um nível de baixa renda e 6,4% a um nível de médio-alto de renda e 0,3% a um nível alto de renda.

Além disso, sabe-se que 87,6% são de nacionalidade portuguesa enquanto 10,8% são de nacionalidade brasileira e 0,8% responderam outro. Por fim, 89,0% responderam que residem em Portugal, 7,6% residem no Brasil e 3% respondeu outro.

Tabela 2

Caracterização sociodemográfica da amostra (N=1095)

			n(%)
Género	Amostra	Masculino	332 (30%)
		Feminino	756 (69%)
Orientação Sexual	Amostra	Heterossexual	978 (89%)
		Homossexual	47 (4%)
		Bissexual	67 (6%)
Estado Marital	Amostra	Solteiro(a)	493 (45%)
		Casado(a)	168 (15%)
		União de fato	77 (7%)
		Compromisso afetivo	298 (27%)
		Viúvo	7 (0,6%)
		Divorciado(a)	48 (4,4%)
Escolaridade	Amostra	Até os 4 anos	13 (1,2%)
		Até os 9 anos	56 (5,1%)
		Até os 12 anos	441 (40,3%)
		Licenciatura/Bacharelado	443 (40,5%)
		Mestrado/Doutorado	133 (12,1%)
		Outra	9 (0,8%)
Região Geográfica	Amostra	Uma pequena cidade	494 (45,1%)
		Uma grande cidade	236 (21,6%)
		Um pequeno meio rural	237 (21,6%)
		Um grande meio rural	123 (11,2%)
Situação Profissional	Amostra	Desempregado	85 (7,8%)
		Estudantes	492 (44,9%)
		Trabalhadores-estudantes	78 (7,1%)
		Trabalhador conta outrem	369 (33,7%)
		Trabalhador conta própria	49 (4,5)
		Reformado	11 (1%)
		Outro	7 (0,6%)
Nacionalidade	Amostra	Portuguesa	959 (87,6%)
		Brasileira	118 (10,8%)
		Outra	9 (0,8%)
País que reside	Amostra	Portugal	975 (89%)
		Brasil	83 (7,6%)
		Outro	33 (3%)

2.3 Instrumentos

Os dados da investigação foram recolhidos pelo Questionário Sociodemográfico, o qual foi elaborado com finalidade de atender às demandas de caracterização dos participantes do presente estudo. Os instrumentos utilizados com o objetivo de contribuir com o tema central da investigação foram o Inventário de Saúde Mental - BSI 18- elaborado por Derogatis (2000), com sua adaptação para a população portuguesa por Canavarro, Nazaré & Pereira (2016); e a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal II, desenvolvida por Robitschek et. al (2012)

2.3.1 Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico elaborado para o presente estudo teve como objetivo uma melhor caracterização da amostra. No que se refere aos itens inquiridos, optou-se por perguntas sobre: idade, género, estado marital, escolaridade, situação profissional, estatuo sócio econômico, orientação sexual, nacionalidade e país atual em que reside, religião, alguma experiência marcante, satisfação com a vida, nível de felicidade e prática de exercícios físicos.

A segunda parte do questionário foi dividida com dois testes, um para avaliar a sintomatologia (depressão, ansiedade, somatização), e outro que avalia a iniciativa de crescimento pessoal.

2.3.2 BSI 18

O *Brief Symptom Inventory* foi desenvolvido em 2001 por Derogatis com o objetivo de uma avaliação da psicossintomatologia experienciada pelo indivíduo na última semana. A justificativa para o desenvolvimento do inventário era que com o significativo aumento dos diagnósticos em perturbações depressivas *major* e perturbações ansiosas, se torna fundamental a identificação dos sujeitos que apresentam sintomas, com a finalidade de uma intervenção clínica precoce, de modo que se consiga resultados efetivos na qualidade de vida desses indivíduos (Derogatis, 2001).

O referido instrumento é composto por 18 itens, os quais foram retirados de dois questionários mais longos desenvolvidos pelo mesmo autor, o *Brief Symptom Inventory* com 53 itens (Derogatis, 1993) e o *Symptom Checklist-90 Revised* (Derogatis, 1994). Além disso, possui um fácil preenchimento, cotação e rastreio. Pode ser respondido como autorrelato ou por intermedio de um entrevistador, e sua forma de respostas variam de 0, que equivale a “nada”, a 4, que equivale a “extremamente”, e devem ser escolhidos conforme a frequência dos sintomas, por exemplo: indique o grau em cada problema o incomodou durante os últimos sete dias - desmaios/tontura; não sentir interesse pelas coisas; nervosismo ou agitação interior; dores no coração ou no peito; entre outros.

O instrumento avalia 3 dimensões, as quais são depressão, ansiedade e somatização. Sabe-se que na avaliação da depressão há uma investigação dos sintomas relacionados às perturbações depressivas como: humor disfórico, desesperança, pensamentos suicidas, entre outros. Já na

somatização, a avaliação é de sintomas do mal-estar em manifestações dos sistemas internos (cardiovascular, gastrointestinal, etc). E por último, a avaliação da ansiedade foca em sintomas indicadores do estado de pânico, como o nervosismo, agitação motora, tensão, entre outros (Canavarro; Nazaré & Pereira, 2017).

Essas dimensões são dispostas em 6 itens de cada, o que totaliza 18 itens, e ao final obtêm-se resultados para o Índice de Gravidade Global, o qual refere-se ao nível geral de mal-estar psicológico do sujeito. Ainda, a população alvo é geral e clínica, mas os sujeitos devem ter acima de 18 anos (Canavarro; Nazaré & Pereira, 2017).

Na presente pesquisa, o valor do alfa de Cronbach do total da escala, os 18 itens, foi de ($\alpha = .931$), sendo considerado com uma boa intensidade de associação (Hair et al, 2009). Também foram calculados os alfas para as três dimensões - depressão, ansiedade e somatização- e obteve-se valores similares ao da escala total. O valor do alfa para o domínio da sintomatologia depressiva foi de ($\alpha = .884$). Já para a sintomatologia ansiosa o valor correspondeu a $\alpha = .864$, e por fim, o domínio da somatização obteve um alfa de ($\alpha = .808$).

2.3.3. Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal II

A Personal Growth Initiative Scale II (PGIS-II) foi desenvolvida por Robitschek et. al (2012) a fim de suprir as limitações da escala antiga, elaborada pela mesma autora. Em sua primeira versão, a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal não investigava as diferentes dimensões da iniciativa de crescimento pessoal, ou seja, ela apenas avaliava o constructo de forma unidimensional, sem avaliar a diferença significativa dos processos cognitivos ou comportamentais que envolvem o crescimento pessoal intencional. A escala obteve um Alfa de Cronbach de ($\alpha = .942$), demonstrando uma boa intensidade de associação.

Com a elaboração da PGIS II, esses componentes foram englobados de forma multidimensional, além de ser um instrumento breve, com 16 itens e dividido em 4 fatores, os quais são: prontidão para mudança; planeamento; comportamento intencional; e utilização de recursos (Freitas et al., 2013; Robitschek et al., 2012). No que se refere a parte cognitiva a avaliação é pelos fatores “Prontidão para mudança” e “Planeamento”. Esses dois fatores pertencem-se a habilidade do sujeito em criar ou identificar situações que permitam seu crescimento pessoal e a habilidade de organizar estratégias que facilitem o desenvolvimento do crescimento pessoal, respetivamente, conforme evidenciado na Figura 2. O valor do alfa de Cronbach da presente investigação para o domínio de “prontidão para mudança” foi de ($\alpha = .854$), e para “planeamento” ($\alpha = .902$).

Sobre a dimensão comportamental, os fatores que avaliados são “Comportamento intencional” e “Utilização de recursos”, e concernem-se, respetivamente, à avaliação da disposição e motivação do indivíduo para alcançar seus objetivos estabelecidos e o uso de recursos pessoais e externos para ajudar no processo de mudança, conforme apresentado na Figura 3 (Robitschek et al., 2012). Os alfas de Cronbach calculados no atual estudo, correspondem para o domínio

“comportamento intencional” o valor de ($\alpha = .861$), e para “utilização de recursos” o valor de ($\alpha = .792$).

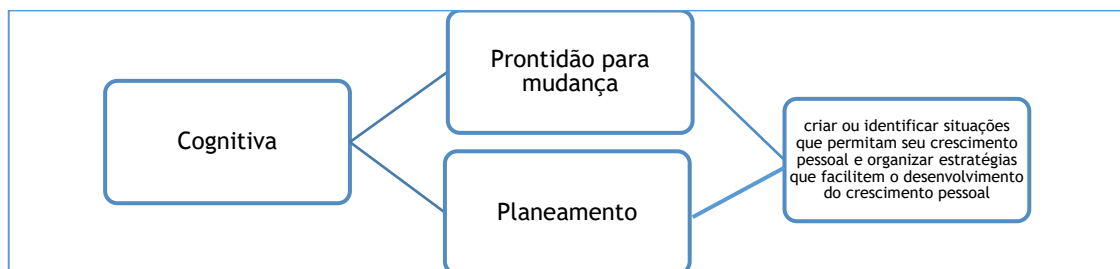


Figura 2. Dimensão Cognitiva

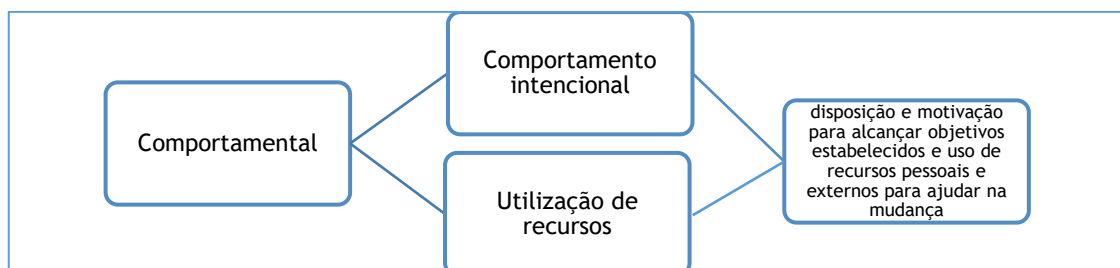


Figura 3. Dimensão Comportamental

As respostas variam de 0, que equivale a “Discordo totalmente”, a 5, o que equivale a “Concordo totalmente”, e devem ser marcadas conforme o pensamento do sujeito sobre a frase descrita no item correspondente.

2.4 Procedimentos

Nesta etapa explica-se os passos para a realização da presente pesquisa. Com base nos objetivos da investigação, elaborou-se um inquérito online constituído por um questionário sócio demográfico, BSI-18 e Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal, conforme acima já citado.

2.4.1 Procedimento de recolha de dados

O presente trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Posterior a esse processo de aprovação, foi elaborado um inquérito online, o qual era enviado a sujeitos através de um *link*. No momento em que o sujeito recebia esse link de acesso, logo encontrava o já referido inquérito, juntamente com os objetivos da pesquisa, o tempo estimado para responder e a garantia de sigilo e anonimato nas respostas.

Os dados obtidos através desse procedimento foram de carácter exclusivo para os fins da pesquisa, que contribuirão para com os resultados estatísticos. Os critérios de inclusão utilizados no inquérito são de pessoas maiores ou com 18 anos e que saibam ler e escrever

português. Dessa forma, obteve-se 1.895 respondentes, entretanto, ao analisar os dados, o número final da amostra contou com 1.095 respondentes, uma vez que foram excluídos alguns que não preenchiam os critérios expostos.

O método utilizado com o questionário online facilitou a disseminação das perguntas, uma vez que torna-se mais acessível atualmente o envio de materiais online, atingindo pessoas de outra nacionalidade.

2.4.2 Procedimento de análise dos dados

Após os procedimentos já supracitados, procedeu-se com a análise dos dados. Todos os dados obtidos através do inquérito online foram tabulados em uma planilha no *Software Windows Excel 2016*. Em seguida, foram introduzidos no programa estatístico *IBM SPSS STATISTICS* para a elaboração da base de dados afim de desenvolver a análise estatística.

Inicialmente foram realizadas análises estatísticas com o objetivo de explorar os dados demográficos para elaborar um perfil dos participantes. Para isso, realizou-se uma análise descritiva e o cálculo das estatísticas descritivas de tendência central (média), de dispersão (desvio-padrão), e valores extremos (valores mínimo e máximo).

Para a amostra $N=1.095$ foi utilizado o Teorema do Limite Central (TLC) (Amaro, 2012), o qual permite o uso de testes paramétricos, uma vez que se entende que à medida que o N aumenta, fica maior a aproximação da normalidade. Além disso, o teorema também determina que em uma grande amostra (N maior do que 30) não é obrigatório verificar a sua distribuição.

Posteriormente, verificou-se o indicador de consistência interna *Alfa de Cronbach*, com o objetivo de analisar a confiabilidade dos constructos teóricos, que segundo Hair et al. (2009), para que a consistência interna seja considerada satisfatória as variações devem ser entre 0,7 a 0,8 e muito boa a intensidade de associação entre 0,8 e 0,9. Ainda, com a finalidade de estabelecer a relação entre os indicadores de saúde mental e a Iniciativa de Crescimento Pessoal (ICP) utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson que indica a força de associação entre duas variáveis (Hair et al., 2009).

Com o intuito de comparar os níveis de Iniciativa de Crescimento Pessoal (ICP) entre a variável gênero (Homens e Mulheres), foi aplicado o Teste T para amostras independentes. O mesmo teste também foi utilizado para analisar os níveis de ICP entre indivíduos “solteiros” ou “em um relacionamento”, então para isso, foram divididos os indivíduos que responderam que tinham algum tipo de relacionamento, seja casamento, união de facto ou em uma relacionamento sério, em um grupo intitulado como “em relacionamento”, e após foram separados os indivíduos que responderam estarem solteiros para fazerem parte do grupo de comparação “solteiros”. Em seguida, foi aplicado um Teste T para amostras independentes.

Já para analisar os níveis de ICP entre as idades, primeiro foram separados em três grupos de idade - adolescência estendida, jovens adultos e adultos após o que foi efetuada uma Análise

de Variância (ANOVA) Unifatorial e um Teste Post-Hoc de Gabriel com o objetivo de analisar se há, realmente, diferenças significativas nos níveis de ICP entre os grupos etários. O mesmo foi feito para verificar a ICP entre categorias de escolaridade, as quais foram divididas em 3 grupos - “formação entre 9 a 12 anos”, “licenciatura/bacharelado” e “mestrado/doutoramento”- e após, utilizou-se a Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial e um Teste Post-Hoc de Gabriel.

Capítulo 3: Apresentação dos resultados

3.1 Análise das relações entre os indicadores de saúde mental e a iniciativa de crescimento pessoal

3.1.1 Análise da relação entre Iniciativa de Crescimento Pessoal e sintomatologia depressiva

Com o objetivo de analisar a relação entre as duas variáveis (ICP e sintomatologia depressiva) recorreu-se ao Teste de Associação. Sabe-se que os testes de associações têm como função a investigação da relação entre duas (ou mais) variáveis. Utilizou-se o cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson (*Pearson Correlation Coefficient, r*), o qual permite explorar a associação significativa, direção (positiva ou negativa) e a magnitude (variações entre +1 e -1) das variáveis em questão (Martins, 2011).

Os resultados apresentados para o *score total* da escala de iniciativa de crescimento pessoal e a sintomatologia depressiva, expostos na Tabela 3, mostram um coeficiente de correlação estatisticamente significativo ($p = .000$) e uma correlação negativa ($r = -.272$). Desse modo, entende-se que o resultado indica que maiores níveis de sintomatologia depressiva tendem a apresentar menores níveis de iniciativa de crescimento pessoal.

Verificou-se também as relações entre a sintomatologia depressiva e os quatro fatores da Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal, propostos por Robistchek (2003a), os quais são: Prontidão para mudança, planeamento, utilização de recursos e comportamento intencional. Na Tabela 3 pode-se observar os resultados obtidos.

Tabela 3
Análise da relação entre iniciativa de crescimento pessoal e sintomatologia depressiva

	BSI depressão	EICP Prontidão	EICP Planeamento	EICP Recursos	EICP Comportamento	EICP Total Score
BSI depressão	1					
EICP Prontidão	-.202** .000	1				
EICP Planeamento	-.279** .000	.845** .000	1			
EICP Recursos	-.152** .000	.581** .000	.590** .000	1		
EICP Comportamento	-.264** .000	.725** .000	.739** .000	.598** .000	1	
EICP Total Score	-.272** .000	.896** .000	.903** .000	.808** .000	.874** .000	1

Dessa forma, percebe-se que os resultados se assemelham ao obtido no *score total* dos níveis de iniciativa de crescimento pessoal, também possuem uma relação estatisticamente significativa e uma correlação negativa. Então: Rejeita-se a Hipótese Nula (H_0), uma vez que o valor da probabilidade é inferior a .01. Assim, aceita-se a Hipótese Alternativa (H_1) e consequentemente conclui que há associação entre os níveis de iniciativa de crescimento pessoal e a sintomatologia depressiva.

3.1.2 Análise da relação entre Iniciativa de Crescimento Pessoal e sintomatologia ansiosa

A associação entre o *score total* da ICP e sintomatologia ansiosa foi investigada através do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). Os resultados apresentaram significância estatística ($p = .000$) e uma fraca relação negativa ($r = -.185$), conforme consta na Tabela 4. Dessa forma, entende-se que a iniciativa de crescimento pessoal e a sintomatologia ansiosa estão negativamente relacionadas, enquanto uma apresenta maiores níveis, outra se expressa em mais baixos níveis.

Analisou-se as quatro dimensões da iniciativa de crescimento pessoal e as correlações com a sintomatologia ansiosa, através do Cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson (r) e obteve-se resultados semelhantes aos obtidos com o *score total* do instrumento, mantendo-se uma significância estatística ($p= .000$), exceto no que respeita ao fator de *utilização de recursos*, o qual obteve ($p=.028$) maior do que valor do ponto de corte ($p= .01$), conforme o exposto na Tabela 4.

Tabela 4

Análise da relação entre iniciativa de crescimento pessoal e sintomatologia ansiosa

	BSI ansiedade	EICP Prontidão	EICP Planeamento	EICP Recursos	EICP Comportamento	EICP Total Score
BSI ansiedade	1					
EICP Prontidão	-.129** .000	1				
EICP Planeamento	-.211** .000	.845** .000	1			
EICP Recursos	-.068** .028	.581** .000	.590** .000	1		
EICP Comportamento	-.133** .000	.725** .000	.739** .000	.598** .000	1	
EICP Total Score	-.185** .000	.896** .000	.903** .000	.808** .000	.874** .000	1

** Correlação é significativa ao nível de 0,01

Diante disso, os valores também são similares ao total score da iniciativa de crescimento pessoal, mantendo seu caráter de correlação negativo. Então:

Rejeita-se a Hipótese Nula (H_0), pois o valor de p apresentou-se inferior ao ponto de corte de rejeição ($p = .01$). Dessa forma, aceita-se a Hipótese Alternativa (H_1), e se compreende que há associação entre os níveis de iniciativa de crescimento pessoal e a sintomatologia ansiosa.

3.1.3 Análise da relação entre Iniciativa de Crescimento Pessoal e somatização

Conforme as análises posteriores, a associação entre essas duas variáveis também foi estudada a partir do cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson (r) e obteve os resultados expressos na Tabela 5. Os dados obtidos com o *total score* e a somatização apresentaram significância estatística ($p = .000$) e uma fraca relação negativa ($r = -.185$). Compreende-se a relação entre as variáveis e a correlação negativa entre elas, o que pode ser determinado como os maiores níveis de ICP implicam em níveis mais baixos de sintomatologia somática. Também foi avaliado os resultados obtidos nos quatro fatores da iniciativa de crescimento pessoal, conforme disposto na Tabela 5.

Tabela 5

Análise da relação entre iniciativa de crescimento pessoal e sintomatologia somatização

	BSI somatização	EICP Prontidão	EICP Planeamento	EICP Recursos	EICP Comportamento	EICP Total Score
BSI somatização	1					
EICP Prontidão	-.133** .000	1				
EICP Planeamento	-.186** .000	.845** .000	1			
EICP Recursos	-.098** .001	.581** .000	.590** .000	1		
EICP Comportamento	-.149** .000	.725** .000	.739** .000	.598** .000	1	
EICP Total Score	-.185** .000	.896** .000	.903** .000	.808** .000	.874** .000	1

** Correlação é significativa ao nível de 0,01

Constatou-se que os valores são estatisticamente significativos ($p = .000$), exceto para a utilização de recursos ($p = .001$), mas que encontra-se abaixo de ponto de corte de rejeição ($p = .01$). A correlação é fraca, entretanto:

Corrobora com a Hipótese Alternativa (H_1), a qual permite concluir que há associação entre os níveis de iniciativa de crescimento pessoal e a somatização. Dessa forma, rejeitou-se a Hipótese Nula (H_0) pelo fato de os valores de (p) serem inferiores ao ponto de corte.

3.2 Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal em função do género, grupos de idade e estado marital

De modo a analisar as diferenças entre grupos, optou-se pelo teste de diferenças. Segundo Martins (2011) o objetivo desse domínio de testes é determinar se há diferenças entre grupos independentes, onde a variável independente é aquela responsável por definir a pertença aos grupos comparados. Foi utilizado o Teste T para Amostras Independentes (*t test for independent samples, t*) para analisar se as médias da variável dependente são diferentes significativamente uma da outra em dois grupos sob comparação.

3.2.1 Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal em função do género

Na análise da diferença nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre os géneros, optou-se por comparar masculino e feminino, os quais correspondem a 332 e 756 participantes da amostra geral, respetivamente. Foi feita a comparação através do Teste T para Amostras Independentes (*t*), onde pode-se constatar pelo *total score* relativo à variável dependente - *total score* da escala de iniciativa de crescimento pessoal - que o género masculino foi definido por (N= 265) e feminino (N= 611), os quais obtiveram uma média de (M= 3,13) e (M= 3,27) com um desvio padrão (DP= 1,00) e (DP= .92), respetivamente. A seguir, exposto na Tabela 6.

Tabela 6

Apresentação dos resultados relativos ao Teste T para Amostras Independentes

	Género	N	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	p	t
<i>Total Score ICP</i>	Masculino	265	3,13	1,00	.037	- 2.09
	Feminino	611	3,27	.92		

Verifica-se que há diferenças significativas entre os géneros masculino e feminino ao nível do *total score* da iniciativa de crescimento pessoal, $t(874) = -2.09$, $p = .037$.

Diante disso, ($p = .037$) é estatisticamente significativo pelo fato de ser inferior ao ponto de corte de .05, permitindo então a rejeição da Hipótese Nula (H_0) e a aceitação da Hipótese Alternativa (H_1) onde se conclui que há diferenças no nível de iniciativa de crescimento pessoal entre o géneros masculino e feminino.

3.2.2 Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal em função dos níveis de idade.

Com finalidade de analisar se há diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre os mais jovens e os adultos, dividiu-se os participantes em três grupos, um compreendendo os respondentes de idades entre 18 a 22 anos, o qual entende-se como “adolescência estendida”, o outro grupo dos 23 aos 30 anos, que se refere aos “Jovens Adultos”, e por fim, dos 31 aos 62 anos, completando o grupo intitulado como “Adultos”. Dessa forma, foi feita a comparação entre esses grupos e o *total score* de ICP através da Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial (*One-way Analysis of Variance*, F).

Dessa forma, os resultados foram definidos com (N= 388) para o grupo “Adolescência estendida”, (N= 235) para o grupo “Jovens Adultos”, e (N= 260) para “Adultos”. Os resultados descritivos obtidos podem ser visualizados na Tabela 7 abaixo.

Tabela 7

Apresentação dos resultados descritivos relativos a Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial

	N	Média (M)	Desvio Padrão (DP)
Adolescência estendida	388	3.12	.96
Jovens Adultos	235	3.30	.90
Adultos	260	3.31	.96

Com o objetivo de uma comparação mais elaborada entre os resultados, evidencia que na Tabela 8 há os dados obtidos pela ANOVA, os quais correspondem se existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade e a iniciativa de crescimento pessoal.

Tabela 8

Apresentação dos resultados relativos a Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial

	Df	F	Sig
Between Groups	2	4,059	.018
Within Groups	880		

Mediante a Tabela 9, verifica-se que (F= 4,05), com 2, 880 graus de liberdade, e (p=.018). Diante disso, o valor da probabilidade para o critério de rejeição (p< .05), observa-se que há uma significância de diferenças entre os grupos analisados, conseqüentemente, levando à rejeição da Hipótese Nula (H_0). Para melhor entender onde especificamente existem as diferenças, aplicou-se o Teste Post-Hoc de Gabriel, o qual permitiu analisar entre quais

grupos há diferenças significativas nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal, conforme exposto na Tabela 9.

Tabela 9

Apresentação dos Resultados Relativos Ao Teste Post-Hoc de Gabriel

(I)	IDADES	(J) IDADES	Sig.	Média de Diferenças (I-J)
(1) Adolescência Estendida		(2) Jovens Adultos	.070	-.175
		(3) Adultos	.037	-.188*
(2) Jovens Adultos		(1) Adolescência Estendida	.070	-.175
		(3) Adultos	.998	-.013
(3) Adultos		(1) Adolescência Estendida	.037	-.188*
		(2) Jovens Adultos	.998	.013

* Correlação é significativa ao nível de 0,05

Conforme exposto na Tabela 9, há diferenças ao nível de iniciativa de crescimento pessoal em função da idade dos participantes. O Teste Post-Hoc de Gabriel revelou que há diferenças significativas de ICP entre os indivíduos que estão na “Adolescência Estendida” para os que já são considerados “Adultos”. Dessa forma:

Rejeita-se a Hipótese Nula (H_0), e se afirma que há diferenças de nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal, essencialmente entre os indivíduos dos 18 aos 22 anos (adolescência estendida) e os indivíduos dos 31 aos 62 anos (adultos).

3.2.3 Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal em função do estado marital

Para analisar as diferenças entre os dois grupos (solteiros x em relacionamento), se agrupou na variável “em relacionamento” os sujeitos que responderam estarem casados(a) (15,3%), os unidos(a) de facto (7%) e os em compromisso afetivo (27.2%), e foram comparados com os respondentes que afirmaram ser solteiros(a)(45%). Dessa forma, obteve-se um (N= 468) para os “em relacionamento” e (N=429) para os “solteiros”.

Os resultados apresentados no Teste t para Amostras Independentes entre “em relacionamento” e “solteiros” e o *total score* de ICP, respetivamente, tiveram uma média de (M=3,26) e (M= 3,17), e desvio padrão de (DP= .96) e (DP= .92), conforme demonstrado na Tabela 10 abaixo:

Tabela 10

Apresentação dos resultados relativos ao Teste t para Amostras Independentes

	Estado Marital	N	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	p	T
Total Score	Em relacionamento	468	3,26	.96	.136	1,49
ICP	Solteiros	429	3,17	.92		

Além disso, verificou-se que $t(895) = 1,49$ e $p = .136$, ou seja, quando comparado o valor de probabilidade com o critério de rejeição, o qual afirma que deve ser menor do que .05, percebe-se que a hipótese é nula (H_0).

Então, não há diferenças nos níveis de ICP entre indivíduos que estão em um relacionamento e indivíduos solteiros. Aceita-se a Hipótese Nula (H_0), pois ($p > .05$)

3.2.4 Análise das diferenças nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal em função das diferentes categorias de escolaridade

Com o objetivo de comparar se há diferenças nos níveis de ICP entre as diferentes categorias de escolaridade, utilizou-se a Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial (*One-way Analysis of Variance, F*), pois havia a necessidade de comparar três ou mais grupos a nível de uma variável dependente intervalar (*total score* de iniciativa de crescimento pessoal).

Conforme a Tabela 11 abaixo, pode-se perceber que foram comparadas três categorias, onde agrupou-se os indivíduos que estudaram entre os 9 e os 12 anos em uma categoria só; licenciatura/bacharelado; e mestrado/doutorado. Foram excluídos os participantes que responderam que tiveram formação “até os 4 anos” e os que assinalaram “outra” por questões de apresentarem um baixo N (N= 12 e N= 6) respectivamente. De modo geral, observa-se que as médias relativas a “Licenciatura/Bacharelado” e “Mestrado/Doutorado” se sobressaem em relação a primeira categoria.

Tabela 11

Apresentação dos resultados descritivos relativos a Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial (médias e desvio padrão)

Escolaridade	N	Média (M)	Desvio Padrão (DP)
Entre 9 e 12 anos	402	3,13	.97
Licenciatura/Bacharelado	351	3,32	.91
Mestrado/Doutorado	112	3,31	.92

Com o objetivo de uma melhor comparação entre os resultados, na Tabela 12 pode-se observar os resultados obtidos pela ANOVA, que demonstram se as diferenças entre os grupos de escolaridade são estatisticamente significativos.

Tabela 12

Apresentação dos resultados relativos a Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial

	df	F	Sig
Between Groups	2	4,40	,012
Within Groups	862		

A partir da leitura da Tabela 12, observa-se que ($F= 4,40$), com 2,862 graus de liberdade, e ($p= .012$). Diante disso, o valor da probabilidade para o critério de rejeição ($p < .05$), verifica-se que se encontra uma significância de diferenças entre os grupos, o que faz rejeitar a hipótese nula (H_0) e aceitar a hipótese alternativa (H_1), que conclui que há diferenças entre as categorias de escolaridade aos níveis de iniciativa de crescimento pessoal.

No entanto, a ANOVA apenas afirma que foram vistas diferenças entre as análises, mas não diz onde estas estão. Recorreu-se então aos *Testes Post-Hoc* de Gabriel, os quais permitem comparar os grupos dois a dois, como intuito de demonstrar entre quais grupos existem diferenças significativas, conforme observa-se na Tabela 13.

Tabela 13

Apresentação dos resultados relativos ao Teste de Post-Hoc de Gabriel

(I)	Escolaridade	(J) Escolaridade	Sig.	Média de Diferenças (I-J)
(1)Escolaridade entre 9 a 12 anos		(2)Licenciatura/Bacharelado	.015	-.193*
		(3) Mestrado/Doutorado	.164	-.183
(2)Licenciatura/Bacharelado		(1)Entre 9 a 12 anos	.015	.193*
		(3)Mestrado/Doutorado	.999	.010
(3)Mestrado/Doutorado		(1) Entre 9 a 12 anos	.164	.183
		(2) Licenciatura/Bacharelado	.999	-.010

* Correlação é significativa ao nível de 0,05

Nos resultados obtidos no *Teste Post-Hoc* de Gabriel há diferenças significativas quanto as categorias de escolaridade aos níveis de iniciativa de crescimento pessoal. Ainda, o teste revelou que o nível de escolaridade “Entre 9 a 12 anos” possui maior diferença nos números de ICP quando comparada com “Licenciatura/Bacharelado” ($p = .015$).

Assim:

Aceita-se a Hipótese Alternativa (H_1), a qual afirma que há diferenças nos níveis de ICP entre os níveis de escolaridade dos participantes, principalmente dos sujeitos que afirmam ter estudado entre os 9 e 12 anos de formação entre os que afirmam possuir licenciatura/bacharelado.

Capítulo 4. Discussão

Os resultados referentes a sintomatologia depressiva e sua relação com a iniciativa de crescimento pessoal comportaram-se de forma inversamente proporcional. O valor da correlação foi baixo, entretanto, não pode ser desprezado, uma vez que vai ao encontro de resultados semelhantes encontrados na literatura.

Ao observar os diversos estudos relacionando iniciativa de crescimento pessoal e bem-estar, verifica-se que os altos níveis de ICP contribuem para uma diminuição significativa dos números relacionados a depressão, stress psicológico, sofrimento psíquico e ruminação (Ayub & Iqbal, 2012), além de serem um fator preditivo para bons níveis de bem-estar (Robitschek et al, 2012).

Ao analisar as correlações através do Cálculo do Coeficiente de Pearson (r) realizadas para os quatro domínios da Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal - prontidão para a mudança, planeamento, utilização de recursos e comportamento intencional- observa-se que o domínio intitulado “utilização de recursos” sempre pontou com valores inferiores nas correlações. Isso foi observado quando comparado a ICP com sintomatologia depressiva, ansiosa e a somatização. Ao buscar na literatura algum fator que pudesse explicar, encontra-se a investigação de Robitschek et al (2012) a qual afirma que o domínio citado foi o único que também obteve baixas pontuações ao realizar as correlações da Escala.

Ainda, a autora afirma que isso pode ser explicado por a utilização de recursos englobar fatores externos que dependem do contexto individual, e sugere que a cultura também pode ter uma influência importante na medida em que as pessoas utilizam recursos como família, religião ou profissionais de saúde mental (Robitschek, 2012).

Ainda referente aos indicadores de saúde mental, as correlações entre ICP e sintomatologia ansiosa e somatização também apresentaram resultados similares aos expressos anteriormente pela sintomatologia depressiva. Pode-se perceber que a iniciativa de crescimento pessoal possui associações com os indicadores, e apresentam uma direção negativa, isto é, quanto mais elevado for um *score*, menor será o outro.

Observa-se que os estudos encontrados até o momento focam mais em constructos como a depressão e saúde mental, deixando um pouco de lado a ansiedade e somatização. Entretanto, ressalta-se que a concepção de bem-estar é predominantemente a integração do bem-estar psicológico e do bem-estar subjetivo (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002), e mediante isso, entende-se que o bem-estar psicológico está mais interligado com a função cognitiva, a personalidade, a autoestima e também os efeitos negativos da depressão e ansiedade (Brown, 1992).

Dessa forma, pode-se compreender que a ansiedade e somatização englobam a concepção de bem-estar, e se sabe que a ICP é fortemente correlacionada com o bem-estar psicológico, a

qual é associada negativamente com distress psicológico, depressão e ansiedade (Robitschek & Kashubeck, 1999).

Já nos resultados relacionados a diferença de iniciativa de crescimento pessoal entre gênero feminino e masculino, obteve-se diferenças em seus números, indicando que as mulheres possuem um nível mais elevado de ICP. Entretanto, não se encontra na literatura estudos que compartilhem do mesmo resultado. Em uma das poucas investigações encontradas a cerca da temática, não foi verificada diferença nos resultados ao analisar os níveis nos gêneros (Beri & Jain, 2016).

Quanto a hipótese que analisa os níveis de ICP segundo a idade dos participantes, optou-se pela separação em três grupos, adolescência estendida, jovens adultos e adultos. O primeiro grupo foi composto por indivíduos entre 18 a 22 anos, o segundo entre 23 a 30 anos e, o terceiro entre 31 a 62 anos. A divisão se deu por dois fatores: primeiramente, verificou-se que os grupos estariam melhor equilibrados se fossem divididos em 3; já o segundo fator se deve a questão de que se entende que um indivíduo é considerado adolescente até seus 19 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986) e a faixa etária entre os 15 e 24 anos está entre o termo “juventude” (WHO, 1965).

Compreende-se que as culturas modernas acabam por retardar o ingresso do jovem em estruturas sociais, as quais eram anteriormente expressas como adultas, pois se entende que a exigência de estudos e especialização para adentrar no mercado de trabalho tornou-se maior. Dessa forma, o jovem precisa de mais tempo para conseguir cumprir as demandas da adolescência, o que acaba por estender o período.

A Organização Mundial de Saúde (1965) prolongou o período conceituado como “juventude”, uma vez que nas sociedades também se modificaram intensamente. Com a saída tardia do lar paterno, o matrimônio também foi postergado e a entrada no mercado de trabalho foi adiada. Essas mudanças exigem que o indivíduo possua mais tempo para cumprir tarefas evolutivas propostas para cada faixa etária (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias & Silvares, 2010).

Referente aos resultados encontrados, observou-se uma diferença nos níveis de iniciativa de crescimento pessoal, e foi verificada que é essencialmente quando comparado os indivíduos da “adolescência estendida” (18 aos 22 anos) com os “adultos” (31 aos 62 anos). Não foram encontradas pesquisas que relacionassem idade e ICP, entretanto, há diversos estudos sobre o bem-estar no decorrer das faixas etárias.

Alguns autores citam que pessoas de meia-idade e idosas conseguem ter visões mais positivas sobre si mesmas, e acabam por administrar suas vidas de forma eficaz mesmo com adversidades do processo de envelhecimento. Além disso, ainda afirmam que esses sujeitos são capazes de realizar determinados ajustes dos objetivos e metas a fim de se adequarem à realidade que estão inseridos e à realidade interna. Entende-se que os ajustes são feitos de acordo com as experiências anteriormente vividas, à soma de sucessos e fracassos ao longo do decorrer dos anos. Esses recursos internos para enfrentar as dificuldades mantêm e reestruturam o bem-

estar psicológico dos indivíduos, pois conseguem reconhecer os próprios sentimentos e administrar frente os desafios encontrados com os anos (Freire, 2000; Neri, 2000).

Em relação a diferença dos níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre o estado marital, foi verificado que não há diferenças entre os dois grupos - solteiros e em relacionamento- bem como não foram encontrados estudos na literatura que também investigasse os dois constructos. Entretanto, foram encontrados estudos que associam o bem-estar com relacionamentos. Díaz Llanes (2001) verificou com indivíduos casados ou que vivenciam uma união consensual, de ambos os sexos, expressam níveis mais elevados de bem-estar do que aquelas que nunca foram casadas, que estão divorciadas ou viúvas. Outro estudo aponta que quando a relação conjugal é considerada satisfatória, ou seja, aquela que proporciona um sentimento adequado de segurança emocional, acaba por permitir que o casal experimente situações positivas em relação a amizades, profissão, situação econômica, entre outros (Diener, Gohm, Suh & Oishi, 2000).

Em outra investigação foi verificado que a experiência conjugal está associada com a satisfação com a vida, evidenciando níveis mais baixos de depressão em pessoas casadas (Hong & Duff, 1997). Alguns autores afirmam que os indivíduos que estão com maior satisfação com a vida e se sentem mais felizes tendem a se envolver em relacionamentos amorosos, juntamente com uma vida social mais rica e bons relacionamentos interpessoais (Diener, Gohm, Suh & Oishi, 2000).

Cabe ressaltar que os sujeitos em um relacionamento não são mais felizes do que os solteiros, apenas evidencia-se que uma satisfação conjugal pode predizer o bem-estar subjetivo (Scorsolini-Comin, Fontaine, Barroso & Santos, 2016).

Os resultados referentes ao comparar os níveis de iniciativa de crescimento pessoal entre as diferentes categorias de escolaridade apontaram que há diferenças, principalmente se for comparado os indivíduos que possuem formação entre os 9 aos 12 anos com os que possuem licenciatura/bacharelado. Ao buscar resultados similares na literatura, verifica-se que ainda há poucos estudos que analisam os diferentes níveis de escolaridade com a ICP.

Entretanto, investigações sugerem que indivíduos com altos índices de iniciativa de crescimento pessoal conseguem explorar melhor o ambiente e definir melhor sua vocação e carreira profissional e coletar mais informações para ter uma percepção mais positiva sobre sua identidade ocupacional (Robistchek & Cook, 1999). Além disso, outra investigação afirma que a educação universitária é um período essencial na vida dos jovens, sendo momento o qual os sujeitos fazem tentativas de crescimento profissional e enfrentam vários estímulos para alcançar os objetivos, então, trabalhar com a iniciativa de crescimento pessoal pode contribuir para boas escolhas para caminhos de sucesso profissional (Yalcin & Malkoc, 2013).

Verifica-se em um estudo que universitários que apresentam maiores níveis de iniciativa de crescimento pessoal acabam por buscar mais auto-aperfeiçoamento do que se apresentassem

valores mais baixos de ICP (Ayub & Iqbal, 2012). Adicionalmente, em outra pesquisa feita com universitários constatou-se que a ICP está interrelacionada com a auto-estima, a qual também está relacionada com o desempenho acadêmico (Malik, Yasin & Shahzadi, 2013).

Limitações do estudo

Acredita-se que o presente estudo cumpriu com sua proposta de investigação, tendo explorado ao máximo a sua temática. Dessa forma, algumas reflexões foram constatadas no decorrer do processo e que, talvez, podem colaborar com futuras investigações.

Compreende-se a relevância do tema estudado e da contemporaneidade do mesmo. Entretanto, ao realizar a busca de materiais científicos sobre, foi verificado que há poucas investigações sobre a temática, e conseqüentemente não foi possível enriquecer o presente trabalho com tantos estudos.

No que diz respeito ao inquérito utilizado para a recolha de dados observa-se que, por ter um caráter de autorrelato e ser extenso, pode ter contribuído para uma possível exaustão dos respondentes ao longo dos questionários, e até mesmo enfrentaram dúvidas em determinados itens, e com isso optarem por qualquer resposta.

Sobre os participantes, nota-se que foi uma amostra grande e heterogênea, com participantes de diferentes culturas e diferentes níveis de escolaridade, o que talvez possa ter interferido no processo de resposta.

Sugere-se que para investigações futuras seja interessante aplicar a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal em indivíduos que apresentem um diagnóstico clínico, com o objetivo de verificar os níveis e correlações, uma vez que as correlações do presente estudo foram baixas, o que se dá pelo fato de ter sido aplicado em uma população normativa.

Mesmo apresentando certas limitações, o estudo tentou colaborar com novos questionamentos acerca da temática para instigar próximas investigações, bem como a associação do constructo da iniciativa de crescimento pessoal com diferentes variáveis ainda não estudadas como, por exemplo, o estado marital e níveis de escolaridade.

Referências Bibliográficas

- Amaro, A. (2012). *Inferência estatística (uma introdução): o outro segredo dos dados*. Lisboa: Instituto Superior de Gestão.
- APA (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2ª ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (5ª ed). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Assumpção, G. L. S., Oliveira, L. A., & Souza, M. F. S. (2018) . Depressão e suicídio: uma correlação. *Revista da SBPH*, 14(1), 233-243. Acedido em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&tlng=pt
- Ávila, L. A., & Terra, J. R. (2010). Histeria e Somatização: o que mudou? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 333-340. Acedido em <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000400011>
- Ayub, N., & Iqbal, S. (2012). The relationship of Personal Growth Initiative, Psychological Well-Being, and Psychological Distress among Adolescents. *Journal of Teaching and Education*, 1(6), 101-107.
- Ay-Woan,P., Sarah, C., Lynn, C., Tsyr-Jang, C., & Ping-Chuan, H., (2006). Quality of life in depressions: predictive models. *Quality of Life Research*, 15, 39-48.
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade. Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. Em I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento. Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19(1-2), 267-277. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492005000100013&lng=pt&tlng=pt
- Barbosa, F. O., Macedo, P. C. M., & Silveira, R. M. C. (2011). Depressão e o suicídio. *Revista SBPH*, 14 (1), 233-243. Acedido em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000100013&script=sci_abstract
- Beri, N., & Jain, M. (2016). Personal Growth Initiative among Undergraduate Students: Influence of Emotional Self Efficacy and General Well Being. *Rupkatha Journal on Interdisciplinary Studies in Humanities*, VIII (2), páginas (Special Issue).

- Bhattacharya, A., & Mehrotra, S. (2013). The Journey of Personal Growth: A Qualitative Exploration of Personal Growth Processes in Young Adulthood. *Psychological Studies*, 58(4), 456-463. DOI:10.1007/s12646-013-0222-x
- Brown, R.T. (1992). Psychosomatic problems in adolescents. *Adolescent Medicine*, 3(1), 87-96.
- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 115-130). Lisboa: Editora Pactor.
- Carvalho, L. F., Rueda, & F. J. M. (2016). Tipos e estratégias de avaliação. Em C. Gorenstein, Y. - P. Wang & I. Hungerbühler (Eds.). *Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental (Cap. 1)*. Porto Alegre: Artmed.
- Castillo, A.R., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl II), 20-23. DOI: doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006
- Catani, J. (2014). Histeria, transtornos somatoformes e sintomas somáticos: as múltiplas configurações do sofrimento psíquico no interior dos sistemas classificatórios. *Jornal de Psicanálise*, 47(86), 115-134. Acedido em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000100012
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Coordenação Nacional para saúde mental. Acedido em <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/saude-mental.aspx>
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual*. National Computer Systems (NCS).
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) administration, scoring, and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: Pearson.
- Derogatis, L. R. (2001). *BSI 18 - Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: Pearson.
- DGS- Direcção Geral da Saúde (2017) *Depressão e outras perturbações mentais comuns*. Lisboa: Autor. Acedido em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx>
- Díaz Llanes, G. (2001). El bienestar subjetivo: actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina e Genética Integral*, 17(6), 572-579.
- Diener, E., Gohm, C., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31(4), 419-436.
- Direcção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Autor. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>

- Foucault, M. (1978). *História da Loucura na Idade Clássica* (Tradução de José Teixeira Coelho Netto, 1ª ed). São Paulo: Perspectiva.
- Freire, S. A. (2000). *Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico*. Em A. L. Neri & S. A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp. 21-31). Campinas, SP: Papirus
- Freitas, C. P. P., Damásio, B. F., Tobo, P. R., Kamei, H. H., & Koller, S. H. (2016). Systematic review about personal Growth Initiative. *Anales de Psicología*, 32 (3), 770-782. doi.org/10.6018/analesps.32.3.219101
- Gil, A. C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4.ª Ed.). São Paulo: Atlas.
- Gorenstein, C., & Wang, Y.P. (2015) Fundamentos de mensuração em Saúde Mental. Em C. Gorenstein, Y.P. Wang & I.Hungerbühler (Eds.), *Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental* (Cap. 1). Porto Alegre: Artmed.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E. & Tatham, R.L. (2009). *Análise Multivariada de Dados* (6.ª Ed). Porto Alegre: Bookman.
- Hong, L., & Duff, R. (1997). Relative importance of spouses, children, and friends in the life satisfaction of retirement community residents. *Journal of Clinical Geropsychology*, 3, 275-282.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books. Acedido em www.archive.org/details/currentconcepts000jaho
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1029
- Lacerda, A. L. T. & Souza, T. R. (2013) Depressão ao longo da história. Em J. Quevedo & A. G. Silva (Org.) *Depressão: Teoria e Clínica* (Cap 1). Porto Alegre: Artmed.
- Lazzaro, C. D. S., & Ávila, L. A. (2004) Somatização na prática médica. *Arq Ciência Saúde*, 11 (2),105-108.
- Lopes, J. P. (2005). *Depressão: uma doença da contemporaneidade. Uma visão analítico-comportamental* (Dissertação de Mestrado não publicada). UniCeub - Centro Universitário de Brasília, Brasília. Acedida em <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/3069/2/20074556.pdf>
- Malhotra, N. (2004) *Pesquisa de marketing - Uma orientação aplicada* (4.ª ed.). Porto Alegre: Bookman, 2004
- Malik, N.I., Yasin, G., & Shahzadi, H. (2013). Personal Growth Initiative and Self Esteem as Predictors of Academic Achievement among Students of Technical Training Institutes. *Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS)*, 33 (2), 435-446.
- Mandim, J.F.O. (2007). *As dinâmicas para a promoção da saúde numa escola do ensino básico do Porto: um estudo de caso* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Aberta,

Porto. Acedida em
<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/642/1/LC324.pdf>

- Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar. *Psychological Inquiry*, 9, 300-303.
- Matos, E. G., Matos, T. M. G., & Matos, G. M. G. (2005). Histeria: uma revisão crítica e histórica do seu conceito. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(1), 49-56.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*. Autor: Lisboa. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>
- Negovan, V. (2010). Dimensions of students' psychosocial well-being and their measurement: Validation of a students' Psychosocial Well Being Inventory. *Europe's Journal of Psychology*, 6, 85-104.
- Neri, A. L. (2000). *Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa*. Em A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 9-55). Campinas, SP: Papyrus.
- Ogunyemi, A. O., & Mabekoje, S. O. (2007). Self-efficacy, risk-taking behavior and mental health as predictors of personal growth initiative among university undergraduates. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 5(2), 349-362.
- OMS - Organização Mundial da Saúde (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados primários: uma perspectiva global*. Autor: Geneva. Acedido em https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf
- Pereira, M. G. (1995) *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Peres, R. S. (2001). O papel das representações psíquicas no processo de somatização. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 6 (1), 95-96. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11449/30208>
- Ribeiro, J. L. P. (2011). *Inventário de Saúde Mental* (1a Edição). Lisboa: Placebo Editora LDA.
- Robitschek, C. & Kashubeck, S. (1999). A structural model of parental alcoholism, family functioning, and psychological health: The mediating effects of hardiness and personal growth orientation. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 159-172.
- Robitschek, C. (1998). Personal growth initiative: The construct and its measure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30, 183-198.
- Robitschek, C. (1999). Further validation of the Personal Growth Initiative Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 31(4), 197-210.
- Robitschek, C. (2003). Validity of Personal Growth Initiative Scale scores with a Mexican American college student population. *Journal of Counseling Psychology*, 50(4), 496-502. DOI: 10.1037/0022-0167.50.4.496

- 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. DOI: 10.1037/a0013954
- Robitschek, C., Ashton, M. W., Spering, C. C., Geiger, N., Byers, D., Schotts, G. C., & Thoen, M. A. (2012). Development and psychometric evaluation of the Personal Growth Initiative Scale-II. *Journal of Counseling Psychology, 59*(2), 274-287. doi:10.1037/a0027310
- Robitschek, C., Cook, S.W. (1999). The influence of personal growth initiative and coping styles on career exploration and vocational identity. *Journal Vocat Behav; 54*:127-141.
- Rosen, J. B., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review, 105* (2), 325-350.
- Rubio, H. (2002). Relações entre qualidade de vida e estrutura de personalidade em pessoas deprimidas. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, 3*, (1), 58-85.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and social Psychology, 57* (6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
- 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*, 13-19.
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M., & Silves, E. F. M. (2010). *Adolescência através dos séculos. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 26*(2), 227-234. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000200004>
- Scorsolini-comin, F.; Fontaine, A. M. G. V.; Barroso, S. M. & Santos, M. A.(2016). Fatores associados ao Bem-Estar Subjetivo em pessoas casadas e solteiras. *Estudos de Psicologia (Campinas), 33*(2), 313-324. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000200013>
- Sharma, S. K., & Rani, R. (2014). Impact of Mental Health on Personal Growth Initiative (PGI) among University Postgraduates. *Research on Humanities and Social Sciences, 4*(3), 134-147.
- Souza, T. R., & Lacerda, A. L. T. (2013). Depressão ao longo da história. Em J. Quevedo, & A. G. Silva (Eds). *Depressão* (Cap. 1, Coleção Teoria e Clínica). Porto Alegre: Artmed.
- Sultan, S. (2011). Stigmatization: Addressing Self-Esteem and Personal Growth in Patients with Psychological and Physiological Illness. *Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS), 31*(1), 29-36.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine, 10*, 1403-1409.

- The WHOQOL Group 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 10:1403-1409.
- Veit, C. T.; Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>
- Weigold, I. K., & Robitschek, C. (2011). Agentic personality characteristics and coping: Their relation to trait anxiety in college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(2), 255-264. doi:10.1111/j.1939-0025.2011.01094.x
- WHO - World Health Organization (1986). *Young People 's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All* (Technical Report Series 731). Geneva: Autor.
- WHO - World Health Organization (1965). *Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la O.M.S* (Informe técnico n° 308). Geneva: Autor
- WHO - World Health Organization, (2002). *The world health Report - Mental Health: New Understanding, new hope* (1ª edição). Lisboa: Direção Geral da Saúde e Climepsi Editores
- Yalcin, I., Malkoc, A. (2013) Adaptation of Personal Growth Initiative Scale-II to Turkish and Investigation of Psychometric Properties. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* ;26, 258-266. DOI: 10.5350/DAJPN2013260304

