



UC/FPCE — 2016

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

De Adulto Emergente a Adulto de Meia-Idade: Estudo das relações entre Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental

Teresa de Carvalho Neves Figueiredo Mendes
(e-mail: teresa.mendes@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento sob a orientação da Professora Doutora Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale Dias

De Adulto Emergente a Adulto de Meia-Idade: Estudo das relações entre Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental

O Ciclo Vital do Desenvolvimento é definido como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças, compostas por influências genético-biológicas e socioculturais, de natureza normativa e não-normativa, marcado por ganhos e perdas concorrentes e por interatividade entre o indivíduo e a cultura.

Assumindo a complexidade inerente ao desenvolvimento humano e dentro de um paradigma positivo que se centra na promoção do bem-estar e da saúde mental, este estudo pretende analisar o papel de constructos, cujo interesse científico se tem evidenciado na atualidade. Assim, os objetivos da presente investigação passam por perceber se existem relações entre Inteligência Emocional, Confiança Interpessoal, Bem-Estar Subjetivo e Saúde Mental na vida adulta, clarificando o potencial efeito preditor da Inteligência Emocional sobre o Bem-Estar Subjetivo, a Confiança Interpessoal e a Saúde Mental, assim como o valor preditivo da Saúde Mental face à Inteligência Emocional, ao Bem-Estar Subjetivo e à Confiança Interpessoal. Pretende-se verificar, também, as diferenças nos mesmos considerando três faixas etárias distintas - Adulto Emergente, Jovem Adulto e Adulto de Meia-Idade – e, ainda, segundo o género.

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados numa amostra de 255 sujeitos (172 do sexo feminino e 83 do sexo masculino) – distribuídos de igual forma pelas 3 faixas etárias de 85 sujeitos cada – foram os seguintes: Questionário Sociodemográfico; *Rotenberg's Specific Trust Scale Adults* (RSTSA); Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21); Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS); *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS – 24) e por último, Escala de Satisfação com a Vida (SWLS).

Os resultados indicaram associações significativas entre o Bem-Estar Subjetivo e a Saúde Mental, a Confiança Interpessoal e a Saúde Mental, e a Confiança Interpessoal e a Satisfação com a Vida. Verificou-se também que as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) predizem 53% do Afeto Negativo e que a Saúde Mental pode ser explicada pela totalidade de fatores da Inteligência Emocional. Esta última prediz 17% da Satisfação com a Vida e 14% do Afeto Positivo. Além disto, verificou-se também, que existem diferenças ao nível da faixa etária no Afeto Negativo e na Confiança Interpessoal, sendo os Adultos Emergentes e os Jovens Adultos, respetivamente, a apresentar níveis mais elevados destas dimensões, observando-se um decréscimo na média ao passar à faixa etária seguinte. As diferenças de género ressaltaram para as variáveis: Atenção às emoções, Confiança Interpessoal e Ansiedade, sendo em todas elas, no sexo feminino, que se verificam médias mais elevadas.

Palavras-chave: Ciclo Vital do Desenvolvimento, Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental.

From Emerging Adulthood to Adult Midlife: Study of the relationship between Emotional Intelligence, Subjective Well-Being, Interpersonal Trust and Mental Health

The Development Life Cycle is defined by as a continuous, multidimensional and multidirectional process of changes, composed of genetic-biological and sociocultural influences, normative and non-normative, marked by gains and losses that compete among themselves, and interactivity between the individual and the culture.

Assuming the complexity inherent in human development, and in a positive paradigm that focuses on promoting the well-being and mental health, this study aims to analyze the role of constructs, whose scientific interest has been shown in the present. Having said this, the goals of this research are to understand if there are relations between the constructs of Emotional Intelligence, Subjective Well-Being, Interpersonal Trust and Mental Health in adulthood, clarifying the potential predictor effect of Emotional Intelligence on the Subjective Well-Being, Interpersonal Trust and Mental Health or even Mental Health on the Emotional Intelligence, Subjective Well-Being and Interpersonal Trust. Simultaneously, also verify the differences of these in terms of the different age ranges: Adult Emergent, Young Adult and Adult Middle Age, and gender.

The instruments used for the sample of 255 subjects (172 female and 83 male) - distributed equally into three age groups of 85 subjects each - were: sociodemographic questionnaire; Rotenberg's Specific Trust Scale Adults (RSTSA); Anxiety, Depression and Stress Scales (EADS-21); Positive and Negative Affect Schedule (PANAS); Trait Meta-Mood Scale (TMMS - 24) and Satisfaction with Life Scale (SWLS).

The results indicated significant associations between Subjective Well-Being and Mental Health, Interpersonal Trust and Mental Health, and Interpersonal Trust and the cognitive dimension of Subjective Well-Being (Satisfaction with Life). It was also found that the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS) predict that 53% of the Negative Affect and Mental Health is explained by all factors of Emotional Intelligence. The latter predicts 17% of Satisfaction with Life and 14% of Positive Affect. Beside this, was also observed that there are differences in terms of age in Negative Affect and Interpersonal Trust, and the Emerging Adults and Young Adults, respectively, have higher levels of these dimensions, noting a decrease on average when moving to the next age group. Differences in gender highlighted the variables: Attention to emotions, Interpersonal Trust and Anxiety, and in all of them, female gender had the higher averages.

Key Words: Development Life Cycle, Emotional Intelligence, Subjective Well-Being, Interpersonal Trust and Mental Health.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Maria da Luz, pela partilha de conhecimentos e incentivos incansáveis, que estimularam a minha vontade de querer saber e fazer mais e melhor.

Aos meus pais, por todos os ensinamentos de vida, e pelo amor, paciência e dedicação, que ajudaram a tornar-me no que hoje sou.

À minha pequena-grande Matilde, pelas brincadeiras e perguntas inocentes, e por me mostrar que a vida não deve ser levada tão a sério – “ela tem a cor que a gente pinta”.

À minha Estrelinha, a maior impulsionadora desta etapa. Obrigada avó por todo o amor. Esta é também uma vitória nossa.

A ti, Rui, pela paciência, compreensão e equilíbrio necessários. Obrigada por todos os momentos felizes de cumplicidade.

À Lénia, Hermano, Ana e João, pela generosidade com que me acolheram, e pelo apoio sem medida.

À Rafa, pela amizade genuína ao longo destes anos. És um exemplo de garra e determinação. Que nunca nos falem os momentos e as palavras.

À Catarina, à Patrícia, à Telma e à Susana, por se terem tornado mais do que colegas. Uma etapa de histórias e companheirismo que levo para contar.

Às minhas colegas de estágio, Liliana, Marta e Sandra, pela surpresa boa que foram, enriquecendo um ano de trabalho de campo.

À Anabela e à Mariana, pelas ajudas na elaboração da investigação, e pela humildade.

Ao Sr. Rui, pelo cuidado com que colaborou na recolha de dados.

Por último, mas não menos importante, a toda a equipa do ACES – Centro de Saúde Norton de Matos, em especial ao Dr. Albano Tomaz, que me acolheu de forma calorosa, resultando num ano rico em aprendizagens. E ainda, em geral, a todas as pessoas que contribuíram para que esta investigação fosse levada a cabo, fazendo-me sempre acreditar que seria capaz de a concretizar.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	2
1. Ciclo Vital do Desenvolvimento.....	2
2. De Adulto Emergente a Adulto de Meia-Idade	3
2.1 Adulto Emergente.....	3
2.2 Jovem Adulto.....	5
2.3 Adulto de Meia-Idade	6
3. Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental na vida adulta	6
3.1 A Inteligência Emocional.....	7
3.2 O Bem-Estar Subjetivo.....	8
3.3 A Confiança Interpessoal	8
3.4 A Saúde Mental.....	9
4. Relações entre Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental	11
4.1 Inteligência Emocional e Bem-Estar Subjetivo	11
4.2 Inteligência Emocional e Confiança Interpessoal	11
4.3 Inteligência Emocional e Saúde Mental	12
4.4 Bem-Estar Subjetivo e Confiança Interpessoal	12
4.5 Bem-Estar Subjetivo e Saúde Mental	13
4.6 Saúde Mental e Confiança Interpessoal	13
II – Objetivos e hipóteses	14
III – Metodologia	15
1. Caracterização da Amostra.....	15
2. Instrumentos.....	16
3. Procedimentos	19
3.1 Procedimentos de recolha de dados.....	19
3.2 Procedimentos de análise de dados	19
IV – Resultados	21
1. Análise Descritiva	21
2. Análise da Consistência Interna.....	22
3. Análise das hipóteses em estudo	23
V – Discussão	35
VI – Conclusões	41
Bibliografia.....	44
Anexos	53

Introdução

A Psicologia Positiva e a abordagem da Inteligência Emocional têm um objetivo comum: estudar o bem-estar no sentido amplo. A Psicologia Positiva reúne o seu foco de atenção na análise do bem-estar ou nas emoções positivas passíveis de alcançar, essenciais também para a Inteligência Emocional. Esta surge, assim, como um processo que se prende com o estudo das emoções, como um elemento central, ao invés de um resultado final (Fernández-Berrocal & Extremera, 2009, citado em Fortuna, 2010).

O Bem-Estar Subjetivo é um conceito reconhecido como uma dimensão positiva da saúde (Galinha & Ribeiro, 2005), sendo que ela atravessa todo o Ciclo Vital do indivíduo. Com efeito, “a Saúde é vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa Qualidade de Vida e não o objetivo de vida” (Pais Ribeiro, 1998). O conceito de Bem-Estar surge, então, consistentemente, associado ao conceito de Saúde e que se generalizou à Saúde Mental (O’Donnel, 1986; Terris, 1975, citados em Galinha & Ribeiro, 2005).

A Confiança Interpessoal, conceito que tem merecido uma abordagem cada vez mais específica e complexa por parte dos investigadores, surge, neste âmbito, também como relevante, na medida em que é essencial para o desenvolvimento de uma personalidade saudável, e para o estabelecimento de relações familiares adequadas, formação e manutenção de amizades, contribuindo para o desenvolvimento socioemocional e competências interpessoais (Rotenberg, 2001).

Neste sentido, na presente investigação, destacam-se os conceitos de Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental – que têm vindo a alcançar um gradual interesse na comunidade científica, devido à crescente influência da Psicologia Positiva – e a sua relação com o Ciclo Vital, em três etapas cruciais da vida adulta: Adulto Emergente, Jovem Adulto e Adulto de Meia-Idade.

No âmbito desta pesquisa é dado, ainda, destaque à análise da relação entre os quatro constructos, bem como ao possível papel preditor de alguns deles face aos outros, e às diferenças em função de algumas variáveis sociodemográficas.

Quanto à sua estrutura, o presente estudo integra seis partes. Na primeira parte será apresentado o enquadramento conceptual, onde, após uma revisão respeitante às etapas da vida adulta implicadas nesta investigação, são descritos os estudos e modelos teóricos referentes à Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental e as suas relações. Em seguida, são apresentados os objetivos da investigação, assim como as hipóteses em estudo. Na terceira parte, é apresentada a metodologia de investigação, onde é feita a caracterização da amostra e dos instrumentos utilizados, sendo também descritos os procedimentos de recolha e de análise de dados. Na quarta parte, os resultados da análise das hipóteses levantadas são reportados. Na quinta parte será apresentada a discussão dos resultados e por último, na sexta, as conclusões finais do estudo, aspetos positivos, limitações, implicações e

sugestões futuras.

I – Enquadramento conceptual

1. Ciclo Vital do Desenvolvimento

Com o objetivo de estudar os princípios teóricos que orientam o estudo do desenvolvimento psicológico ao longo da vida, Paul Baltes (Baltes, 1987; Baltes & Goulet, 1970) e uma rede de investigadores realizaram pesquisas nessa área desde os anos setenta do século XX.

A primeira definição proposta por Baltes e Goulet em 1970 afirma que a Psicologia do Ciclo de Vida (*Life Span Psychology*) se interessa pela descrição e explicação das mudanças ontogenéticas¹ ligadas à idade, do nascimento até à morte. A segunda definição alarga os objetivos e o domínio de aplicação, afirmando que a Psicologia do Ciclo de Vida visa a descrição, explicação e otimização dos processos de desenvolvimento ao longo de toda a vida, da concepção até à morte. Uma terceira definição de Baltes (1987) apresenta, mais concretamente, a Psicologia do Ciclo de Vida, ou Psicologia do Desenvolvimento ao longo de Toda a Vida, como o estudo da constância e da mudança que se manifestam na conduta humana ao longo da ontogénese, da concepção até à morte. A Psicologia do Ciclo de Vida elabora princípios gerais sobre: a natureza do desenvolvimento; as diferenças interindividuais; as semelhanças entre as pessoas e também sobre as condições que regem a plasticidade interindividual (Vandenplas-Holper, 2000).

O Ciclo Vital do Desenvolvimento compreende o desenvolvimento como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças compostas por influências genético-biológicas e socioculturais, de natureza normativa e não-normativa, marcado por ganhos e perdas concorrentes e por interatividade entre o indivíduo e a cultura (Neri, 2006).

A principal premissa do Ciclo Vital do Desenvolvimento é que o desenvolvimento não se conclui ao atingir a idade adulta (maturidade). A ontogénese estende-se por todo o curso de vida e compreende processos de adaptação ao longo da vida em que os indivíduos se envolvem.

Os objetivos da Psicologia do Ciclo de Vida são: (a) oferecer uma narrativa organizada da estrutura global e sequência do desenvolvimento em todo o ciclo de vida; (b) identificar as interconexões entre eventos e processos de desenvolvimento precoces e tardios; (c) delinear os fatores e mecanismos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais que são a base do desenvolvimento do ciclo de vida, e por último (d) especificar as oportunidades biológicas e ambientais, e os constrangimentos que envolvem o desenvolvimento do ciclo de vida dos indivíduos, incluindo a sua gama de plasticidade (Baltes, 1987). Por plasticidade entende-se variabilidade

¹ Ontogénese designa o desenvolvimento geral- físico e mental- do indivíduo, desde o óvulo fecundado até à morte. Opõe-se a Filogénese que se refere ao desenvolvimento da espécie.

intrapessoal, focada nas potencialidades e limites da natureza do desenvolvimento humano, capaz de se adaptar às novas exigências (*idem, ibidem*).

Uma abordagem geral a este tópico tem sido a de definir um desenvolvimento bem-sucedido como a maximização de ganhos e minimização de perdas, considerando na definição o que constitui os ganhos e perdas individuais, de grupo e fatores culturais, denominando de “SOC – Seleção, Otimização e Compensação” o seu paradigma operacional (Baltes, 1997). Tal abordagem é consistente com a ideia de que não há desenvolvimento (alterações ontogenéticas) sem perdas, assim como não há perdas sem ganhos. A natureza do que é considerado um ganho e o que é considerado uma perda, muda com a idade, envolve critérios objetivos e subjetivos, e é condicionada pela predileção do contexto teórico e cultural, bem como o tempo histórico, através de processos de seleção, otimização e compensação.

O sujeito é, então, constantemente solicitado a procurar equilíbrio entre limitações e potencialidades. O triunfo desse balanceamento é o que determina o desenvolvimento bem-sucedido (Baltes, 1987).

Segundo Baltes (1987) nenhuma condição especial de maturidade é assumida como princípio geral, assim como nenhum período no curso da vida detém supremacia na regulação da natureza do desenvolvimento. Tendo isso em conta, em todas as fases, o ser humano pode desenvolver habilidades que o auxiliem na sua capacidade adaptativa.

De acordo com as etapas de vida em que se centra a amostra do presente estudo, descrevem-se de seguida três das principais fases do Ciclo de Vida do sujeito, bem como as tarefas, características e desafios que se impõem em cada um desses períodos, que permitem ao indivíduo pôr em prática processos de “SOC – Seleção, Otimização e Compensação” na maximização de ganhos e minimização de perdas.

2. De Adulto Emergente a Adulto de Meia-Idade

2.1 Adulto Emergente

Para a maior parte dos jovens que vivem em países industrializados, os anos que decorrem desde a adolescência até à juventude, são anos de profundas alterações e grande importância, aliados à conjugação de fatores sociais, políticos e económicos. Este é um tempo de mudanças frequentes a vários níveis, em que diversas visões do mundo são exploradas. Durante este período muitos jovens obtêm o nível de educação e formação que irá estabelecer-se como base para as suas realizações pessoais e objetivos profissionais para o resto da vida (Erikson & Rindfuss, 1968, citado em Arnett, 2000).

Tendo em conta estas mudanças, Jeffrey Arnett (1998, 2000, 2001, 2004) propôs a delimitação de uma nova fase no ciclo de vida dos indivíduos, a qual designou por Adulter Emergente. Esta fase é, então

proposta, como uma nova concepção do desenvolvimento, durante o período que decorre desde os últimos anos da adolescência, e entra na terceira década de vida, com um foco nas idades 18-25 anos. O autor define esta fase desenvolvimental como um período, mais ou menos extenso, entre o fim da adolescência e o início da idade adulta, durante o qual os indivíduos não são adolescentes nem jovens adultos – distinguem-se pela relativa independência de papéis sociais e de expectativas normativas, que vão construindo culturalmente (Arnett, 2000).

Arnett baseia-se essencialmente em três aspetos que fundamentam o pensamento de que a Adulter Emergente compreende um período desenvolvimental distinto. Esses aspetos são: (1) demográficos, (2) identitários e (3) subjetivos, relativamente à percepção de si como adulto.

Quanto ao aspeto demográfico, Arnett argumenta algumas alterações ocorridas nas últimas décadas como, por exemplo, o atraso da idade de casamento e início da parentalidade em ambos os sexos, a instabilidade que se vai fazendo sentir, o prolongamento do tempo de formação, entre outros (Monteiro, Tavares, & Pereira, 2009).

O seguinte relato de uma jovem de 22 anos ilustra aspetos característicos desta etapa de vida:

“When our mothers were our age, they were engaged... They at least had some idea what they were going to do with their lives... I, on the other hand, will have a dual degree in majors that are ambiguous at best and impractical at worst (English and political science), no ring on my finger and no idea who I am, much less what I want to do... Under duress, I will admit that this is a pretty exciting time. Sometimes, when I look out across the wide expanse that is my future, I can see beyond the void. I realize that having nothing ahead to count on means I now have to count on myself; that having no direction means forging one of my own” (Kristen, age 22, 1999, Page, pp. 18-20, citado por Arnett, 2000, p. 469).

Verifica-se, assim, que o modelo tradicional de transição para a idade adulta com metas e objetivos definidos sequencialmente no tempo (e.g., arranjar um emprego, casar, ter filhos) dá lugar a trajetórias cada vez mais emaranhadas, irregulares e inesperados, característicos destes anos.

O segundo aspeto refere-se às explorações identitárias que são também tarefas de desenvolvimento típicas da transição para a idade adulta. Durante a Adulter Emergente os jovens ensaiam várias opções relacionadas com o estabelecimento de uma identidade, experimentação em termos de intimidade, formação de relações íntimas, começo de uma família, tomada de decisões sobre a carreira e atingir a independência dos pais (Lefkowitz, 2007). As várias questões que o Adulto Emergente vai colocando, como por exemplo “devo estudar ou trabalhar”, “devo sair de casa dos meus pais e viver com a minha namorada ou o meu namorado” ou “devo mudar de curso?” levam a uma exploração do “eu” por forma a fortalecer o seu desenvolvimento identitário.

O último aspeto enumerado por Arnett (2000) envolve a percepção subjetiva da Aduldez, o que significa que nesta fase existe um sentimento ambivalente relativamente à percepção do estatuto de adulto, isto é, o indivíduo sente-se parcialmente na adolescência e parcialmente na idade adulta.

Em suma, a Aduldez Emergente é o resultado de forças culturais presentes em sociedades industrializadas e pós-industrializadas (Arnett, 1997, 2000, 2001), onde os princípios tornaram as práticas de socialização mais diversificadas, e a complexificação social proporcionou o adiamento de tarefas normativas de entrada na idade adulta (Mendonça et al., 2009). É também um período da vida que é propenso ao crescimento no nível de importância no próximo século, assim que os países do mundo chegarem a um ponto no seu desenvolvimento económico em que seja permitido prolongar o período de exploração e liberdade de papéis, que constituem a Aduldez Emergente (Arnett, 2000).

2.2 Jovem Adulto

A literatura tem desde há bastante tempo acentuado o facto da idade adulta não ser uma etapa de estabilidade e imutabilidade. Verifica-se que a cognição na vida adulta está muito mais ligada a questões pragmáticas da vida real, e que os adultos geralmente procuram aprender de forma a resolver problemas da sua vida quotidiana.

Ao abordar a etapa referente ao Jovem Adulto, importa referir um autor, Daniel Levinson (1977), que caracteriza a idade adulta como uma sequência de fases ou períodos estáveis e de transição, e não como uma fase única, a que chama as estações da vida do homem, concluindo que o carácter essencial dessa sequência é igual para todos os sujeitos da sua investigação.

Segundo Levinson (1977) a entrada no mundo adulto acontece desde os 22 até cerca dos 28/29 e esta Era prolonga-se até aos 45 anos. Torna-se extremamente importante nesta fase a capacidade do Jovem Adulto em criar uma estrutura suficientemente estável para explorar as possibilidades disponíveis. As responsabilidades vão recair sobre as suas escolhas, de tal forma que será necessário atingir um equilíbrio. Uma das principais tarefas relaciona-se com a clarificação de objetivos e o alcance de uma maior autodefinição como adulto individual. Etapas como o casamento, nascimento de filhos, divórcio, entre outras, tomam nesta fase grande importância enquanto escolhas cruciais. Segundo Levinson “surge um novo degrau na individualização quando o Jovem Adulto modifica as suas relações com a família e com os outros componentes do mundo pré- adulto e começa a assumir um lugar enquanto adulto num mundo adulto” (1990, citado por Marchand, 2005, p.22).

Na transição dos 30 anos, é dada ao Jovem Adulto a possibilidade de corrigir e reavaliar as opções e posições que tomou (Marchand, 2005). Este momento pode ser de stress, caso existam mudanças moderadas quanto ao estilo de vida anterior, ou de grande tensão se existirem grandes ruturas face

ao que se construiu anteriormente.

A terceira estrutura de vida desenvolve-se entre os 33 e os 45 anos. Nesta altura, os indivíduos procuram investir em várias dimensões (família, comunidade, interesses individuais, amigos) ao mesmo tempo que pretendem realizar as suas aspirações e objetivos. No final desta fase espera-se que o adulto esteja mais consciente das suas capacidades, mais autossuficiente e mais independente face ao controlo exercido pelos outros (Marchand, 2005).

2.3 Adulto de Meia-Idade

O período dos 40 aos 45 anos é visto como a Transição da Meia-idade (Mid-life Transition), sendo que a Meia-Idade dura até cerca dos 65 anos. Nesta fase, Levinson (1977) considera que nos tornamos mais compassivos e judiciosos, menos tiranizados pelos conflitos interiores e exigências externas. Finalmente, o autor define o período da Transição para a Idade Adulta Avançada (Late Adult Transition), entre os 60 e os 65 anos, que é o início da última era, a da Idade Avançada (Late Adulthood). O autor não considera que a sequência destes períodos de estrutura de vida derivem unicamente de um processo maturacional ou da influência socializante de um único sistema social, sendo o produto da sua conjugação e da influência de fontes bio-psico-sociais.

Segundo Craig (1996), as tarefas da Meia-idade dizem respeito a: (1) ter responsabilidades cívicas e sociais; (2) estabelecer e manter um padrão económico de vida; (3) ajudar os adolescentes a serem futuros adultos responsáveis e felizes; (4) desenvolver atividades adultas de lazer; (5) estabelecer relacionamento com esposo(a) como pessoa; (6) aceitar e ajustar-se às mudanças físicas da meia-idade e por último (7) ajustar aos pais idosos.

Apesar de biologicamente se começar a verificar um ténue declínio, nesta fase os indivíduos são ainda suficientes para levar uma vida energética e socialmente ativa com vista a proporcionar uma elevada satisfação pessoal (Marchand, 2005 citado em Rodrigues, 2010).

Segundo Maslow (1968, citado em Rodrigues, 2010) podemos dizer que esta é uma fase de oportunidade para trabalhar em direção à individuação e autorrealização, fazendo uma compreensão mais profunda de si mesmo e percebendo o seu lugar e sua relação com o mundo e com os outros.

3. Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental na vida adulta

Neste ponto, serão abordados os conceitos de Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental, que se destacam no presente estudo, dado o interesse que a comunidade científica lhes reconhece para o equilíbrio e desenvolvimento dos indivíduos,

da perspectiva da Psicologia Positiva à da Psicologia do Ciclo Vital do Desenvolvimento, entre outras.

3.1 A Inteligência Emocional

Segundo Goleman (2010), a Inteligência Emocional é a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjuga a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança.

Conforme salientaram Matthews e Desmond (2002), para que possamos compreender a Inteligência Emocional (IE), é essencial ter uma conceção clara de emoção e entender a complexidade da multidimensionalidade da mesma (Strongman, 1998). As aptidões emocionais são fundamentais nas interações sociais porque as emoções sustentam funções comunicativas e sociais, uma vez que possuem conteúdos sobre os pensamentos e as formas de intenção interpessoal (Woyciekoski & Hutz, 2008).

As emoções positivas estão associadas à sociabilidade (Argyle & Lu, 1990), já as emoções negativas afastam os outros do nós (e.g., Furr & Funder, 1998). Existe então, a necessidade de processar a informação emocional, e gerir a sua dinâmica de forma inteligente, para que nos possamos inserir no meio social (Lopes et al., 2004).

De forma a compreender as relações entre a emoção e a cognição, a IE tem despertado o interesse da comunidade científica, inclusivamente na área da educação (Brackett, Lopes, Ivcevic, Mayer, & Salovey, 2004; Fernández Berrocal, & Ruiz, 2008; Hagelskamp, Brackett, Rivers, & Salovey, 2013; Zinsser, Denham, Curby, & Shewark, 2015). A ideia de que as competências emocionais são cruciais para a adaptação em vários domínios da vida tem alimentado o interesse no conceito de IE e inspirado inúmeros programas de aprendizagem social e emocional em contextos de escola e trabalho (Roberts, Zeidner, & Matthews, 2001). Estudos recentes demonstram que a IE se associa ao ajustamento pessoal e social e que esta relação se verifica independentemente da idade, sexo ou personalidade (Salguero et al., 2015).

Segundo Salovey e Sluyter (1999), o conceito de IE encontra-se apoiado por três capacidades essenciais: (1) *Inteligência* Emocional que representa a aptidão ou a capacidade central de raciocinar em simultâneo com a emoção, mostra-nos um possível potencial, para o qual a pessoa, *à priori*, se encontra dotada para realizar; (2) *Realização* Emocional que é a forma como a pessoa aprende sobre a emoção e toda a informação relacionada com a mesma, expondo-a em ação tal como esta foi aprendida, e (3) *Competência* Emocional que surge quando a pessoa atinge um nível desejado de realização, refere-se ao pós-facto.

É do conhecimento geral que a capacidade emocional das pessoas vai aumentando com a idade e consequentemente ao longo do Ciclo Vital do

Desenvolvimento. À medida que vamos sendo confrontados com fatores e tarefas relativos a personalidade, criatividade, saúde física e mental, relacionamentos interpessoais, entre outros, a nossa habilidade e processamento emocional vão sendo postos à prova, exigindo de nós capacidade de regular, perceber, avaliar e expressar emoções com precisão.

3.2 O Bem-Estar Subjetivo

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

A Satisfação com a Vida consiste na avaliação que o indivíduo faz da sua vida e pode ser dividida considerando a satisfação com os vários domínios da vida, tais como amor e a amizade. O Afeto Positivo refere-se à vivência de sentimentos e emoções positivas, podendo dividir-se em emoções específicas, como a alegria, o amor e o orgulho. Por oposição, o Afeto Negativo remete para a experiência de sentimentos e emoções desagradáveis, como por exemplo culpa, tristeza, raiva, e depressão (Diener et al., 1997).

Diener (1984) propõe três aspetos do Bem-Estar Subjetivo que é importante ressaltar: o primeiro é a subjetividade – o bem-estar reside dentro da experiência individual; o segundo consiste no entendimento de que bem-estar não é apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença de fatores positivos, e o terceiro evidencia que o bem-estar abrange uma medida global ao contrário de somente uma medida limitada de um aspeto da vida.

O Bem-Estar Subjetivo é uma categoria vasta de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de Satisfação com a Vida. A sua definição é difícil, uma vez que ele pode ser influenciado por variáveis tais como idade, género, nível socioeconómico e cultura, aspeto que será parcialmente abordado no presente estudo.

Cada um dos constructos deve ser entendido de forma isolada, embora se correlacionem substancialmente, sugerindo a necessidade de um fator de ordem superior (Galinha & Ribeiro, 2005). Sendo este um conceito de importância crescente, nos dias de hoje, é esperado que as pessoas vivam as suas vidas de modo a que elas próprias se sintam preenchidas, segundo os seus próprios critérios (Diener & Biswas-Diener, 2000).

3.3 A Confiança Interpessoal

A Confiança é fundamental para o funcionamento da nossa

complexa e interdependente sociedade. Na verdade, em todas as facetas das nossas vidas, nós somos dependentes de outras pessoas, e comportamo-nos de acordo com as nossas expectativas. Desta forma, é imperativo que tenhamos Confiança de que as nossas expectativas relativamente aos outros serão atendidas. A Confiança não é uma sensação calorosa ou de afeto, mas sim uma regulação consciente da dependência que temos do outro (Zand, 1971, citado em Tschannen-Moran & Hoy, 2000).

De acordo com Rotenberg existem três bases de Confiança, três domínios e duas dimensões alvo (Rotenberg, 2010; Rotenberg, Betts, Eisner, & Ribeaud, 2012). Relativamente às três bases, estas caracterizam-se por: (a) *fidelidade*, que se refere ao cumprimento da palavra ou promessa; (b) *confiança emocional*, que se refere à crença de que as outras pessoas se abstêm de causar danos emocionais, e estão recetivas a revelações, mantendo a sua confidencialidade, abstendo-se de críticas, e evitando atos que provoquem embaraço, e (c) *honestidade*, que pressupõe dizer-se a verdade, dedicar-se a comportamentos que sejam guiados por intenções benignas e estratégias genuínas em detrimento de intenções maliciosas e estratégias manipulativas e enganadoras (Rotenberg, 1994; Rotenberg, 2001; Rotenberg, 2010; Rotenberg, MacDonald & King, 2002).

No que respeita aos domínios da Confiança Interpessoal, (a) o *cognitivo/afetivo* compreende as crenças individuais sobre a confiabilidade dos outros, acreditando que agem de forma confiável, emocional e honesta; (b) *a confiança dependente do comportamento* diz respeito a comportamentos baseados nas ações dos outros, sendo estas a alusão para os comportamentos confiáveis assumidos, e (c) *a iniciativa de comportamento* postula o envolvimento comportamental do indivíduo na promulgação das três bases da Confiança (Rotenberg et al., 2012).

As dimensões alvo da Confiança Interpessoal incluem: (a) *especificidade*, que varia da generalidade para uma pessoa específica, e (b) *familiaridade*, que varia desde o não familiar ao muito familiar (Rotenberg, 2001, 2010).

Durante o período da Adulthood, os indivíduos tornam-se mais envolvidos em relacionamentos românticos duradouros e em entrar no mercado de trabalho. Desta forma, a Confiança Interpessoal, durante este período, é evidenciada pela confiança no contexto de relacionamentos românticos (Rempel et al., 1985), e é também marcada por problemas de confiança relativos a superiores hierárquicos e colegas no local de trabalho (Kramer & Tyler, 1996). Ao entrar na Meia-Idade as preocupações dos indivíduos passam a focar-se na qualidade de vida e segurança (Rotenberg 1990). Considera-se que todas as bases, domínios, metas e dimensões de Confiança na teoria de Rotenberg (1994) são viáveis ao longo da vida adulta.

3.4 A Saúde Mental

Nos dias de hoje, o constructo de Saúde Mental tem sido alvo de grande atenção por parte da Psicologia Positiva, a partir do momento em que

a Organização Mundial de Saúde (OMS), (em 2004), contemplou na sua definição de Saúde Mental “um estado de bem-estar no qual o indivíduo utiliza as suas capacidades, é capaz de lidar como stresse normal da vida, de trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a sua comunidade” (World Health Organization, 2004, p. 12). Este bem-estar diz respeito ao envolvimento ativo do sujeito na resolução das tarefas do seu processo de desenvolvimento e na otimização do seu funcionamento no contexto em que se insere (Maia de Carvalho & Vale Dias, 2012).

Esta definição de Saúde Mental reflete “a passagem de um paradigma patogénico, que se interessa primeiramente pela etiologia e tratamento das doenças, para um paradigma salutogénico que se dedica à exploração das causas e consequências da saúde mental (Keyes, 2005, 2007; Keyes, Dhingra & Simões, 2010; Ramos, 2005; Santos, Ferreira, Silva & Almeida, 2010; Seligman & Csikzentmihalyi, 2000)” (Maia de Carvalho & Vale Dias, 2012, p. 136). Para alguns autores, apesar de a saúde e a doença mental estarem fortemente correlacionadas (Keyes, 2005, citado por Maia de Carvalho & Vale Dias, 2012), estas dizem respeito a dimensões diferentes (Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2010, citados por Maia de Carvalho & Vale Dias, 2012). Faz, então, sentido ter em atenção os dois aspetos: saúde e doença mental. Além disso, deve-se ter presente que promover a primeira é uma forma de prevenir a segunda, pois “quando a saúde mental aumenta o risco de apresentar doença mental diminui” (Keyes, 2002, citado em Maia de Carvalho & Vale Dias, 2012, p. 141).

Autores como Lovibond e Lovibond (1995), situando-se numa perspetiva que privilegia a ausência de sintomatologia, fazem uma caracterização sucinta de três dimensões fulcrais da Saúde Mental. De um lado, a Depressão, caracterizada pela perda de autoestima e de motivação, associada à perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. Por outro, a Ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. Por último, o Stresse que sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Lovibond e Lovibond (1995), ao criarem a Depression Anxiety Stress Scale (DASS), designada em português por Escalas de Ansiedade Depressão e Stresse (EADS) (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), postularam que esta, teoricamente, se propunha a abranger a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, que satisfizessem padrões elevados de critérios psicométricos, e que fornecessem uma discriminação máxima entre os dois constructos, sendo que, posteriormente, foi apresentado um novo fator relativo aos itens menos discriminativos destas duas dimensões, denominado “Stresse” (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Uma vez que o stresse tem claras afinidades com a ansiedade e, os indivíduos depressivos são mais propensos a experiências ameaçadoras e a perceber eventos de stresse, é fundamental avaliar os três estados emocionais (Pais-Ribeiro et al., 2004; Veigas & Gonçalves, 2009, citado em Moura, 2011).

Alguns estudos desenvolvidos em Portugal registaram uma forte correlação entre Depressão, Ansiedade e Stresse, e segundo o 1º Relatório de Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, realizado em Portugal, em Outubro de 2013, Portugal é um dos países com maior uso de psicofármacos, sobretudo entre as mulheres, e as perturbações de ansiedade são o grupo que apresenta uma prevalência mais elevada no nosso país (16.5%) (Caldas de Almeida et al, 2013). Neste sentido, e reconhecendo a importância que a Saúde Mental tem em todo o Ciclo Vital do sujeito, pretende-se averiguar as influências e relações deste constructo com os outros em estudo nesta investigação.

4. Relações entre Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental

4.1 Inteligência Emocional e Bem-Estar Subjetivo

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

Sendo o Bem-Estar Subjetivo, uma área da psicologia que tem crescido muito ultimamente, enquanto elemento essencial da qualidade de vida e aspeto importante da Psicologia Positiva (Simões et al., 2000), acredita-se que este e a Inteligência Emocional partilham um objetivo em comum: o estudo do bem-estar no sentido amplo (Fortuna, 2010).

Acredita-se que as estratégias de regulação emocional poderão ter um impacto positivo no bem-estar individual. Esta premissa é suportada por diversos estudos, nomeadamente os de Quoidbach et al. (2010, citado em Mendes, 2014) e de Livingstone e Srivastava (2012, citado em Mendes, 2014), onde os resultados encontrados apontam para a existência de um efeito positivo da utilização das estratégias *up-regulation* de emoções positivas nos componentes de bem-estar, afeto positivo e satisfação com a vida.

Martinez-Pons (1997), de forma a predizer o quanto a Inteligência Emocional poderia explicar uma parte da variância da Satisfação com a Vida, utilizando um instrumento medidor dos níveis de Inteligência Emocional Intrapessoal, encontrou uma correlação positiva e significativa entre a Inteligência Emocional e a Satisfação com a Vida, e uma correlação negativa e significativa entre a Inteligência Emocional e a Depressão. Isto levou à percepção de que as pessoas com maior Inteligência Emocional tiram mais satisfação da sua vida e são pessoas que demonstram também ter menos propensão para a depressão.

4.2 Inteligência Emocional e Confiança Interpessoal

O exercício de nos relacionarmos com os outros é também a aptidão de gerir emoções que está na base do sucesso, da liderança e da eficácia

interpessoal. Gerir as emoções dos outros requer a maturação de duas habilidades emocionais: autocontrolo e empatia, características essenciais da Inteligência Emocional (Goleman, 2010).

De acordo com o modelo de Confiança proposto por Rotenberg, “trust is the result of reciprocal processes whereby individuals demonstrate matching patterns of trust from dyadic interactions and thus establish a common social history with others” (Rotenberg, Petrocchi, Lecciso, & Antonella Marchetti, 2013). Atendendo a que a Confiança não consiste numa mera sensação calorosa ou de afeto, exigindo uma regulação consciente da dependência que temos do outro (Zand, 1971, citado em Tschannen-Moran & Hoy, 2001), faz sentido pensar que estabelece relações com a Inteligência Emocional. Sermos inteligentes emocionalmente significa que também somos capazes de estabelecer relações interpessoais ajustadas, onde a Confiança Interpessoal é tida como um dos ingredientes mais importantes na manutenção de relações funcionais e felizes que vamos criando ao longo da vida.

Os estudos realizados para investigar a relação entre estes dois conceitos parecem escassear. Pretende-se, com este estudo, compreender e aprofundar as possíveis relações existentes entre os mesmos, bem como perceber se um conceito permite prever o outro.

4.3 Inteligência Emocional e Saúde Mental

Os modelos construídos no âmbito da Inteligência Emocional permitem alcançar sucesso nas diferentes áreas de atuação do ser humano tais como a educação, saúde, trabalho (Queirós, 2014). Neste sentido, sublinha-se a necessidade de que o sujeito processe e compreenda emoções por forma a organizar o pensamento. Isto só será possível se existir Saúde Mental, ou seja, é necessária a presença de robustez mental – capacidades e recursos para enfrentar as dificuldades da vida, vivendo em bem-estar psíquico.

As investigações que têm analisado as relações entre a Inteligência Emocional e a Saúde Mental mostram que as pessoas que compreendem melhor o que estão a sentir, e que têm uma maior capacidade para regular adequadamente as suas emoções, são mais hábeis para lidar com os seus problemas emocionais e, portanto, experimentam um maior bem-estar psicológico caracterizado por menores níveis de ansiedade e depressão – dimensões estudadas, por exemplo, nas Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS), - e, pelo contrário, níveis mais elevados de Saúde Mental (Queirós, 2014).

4.4 Bem-Estar Subjetivo e Confiança Interpessoal

Seligman (2004) afirma que as pessoas felizes têm mais amigos, tanto amigos casuais como amigos íntimos, permanecem casadas por maior período e participam em mais atividades de grupo. Todos esses fatores

indicam uma facilitação de contatos sociais.

Pessoas com Bem-Estar elevado parecem ter melhores relações sociais do que pessoas que apresentam Bem-Estar com níveis inferiores. Relações sociais positivas mostram-se necessárias para o Bem-Estar. Existem diferentes dados que sugerem que este leva ao desenvolvimento de boas relações sociais e não é meramente seguido por elas (Diener & Seligman, 2004).

Por forma a confirmar os estudos, evidências experimentais indicam que as pessoas tendem a apresentar infelicidade quando não fazem parte de nenhum tipo de grupo ou quando têm relações pobres dentro dos grupos a que pertencem (Diener & Seligman, 2002). Verificou-se, assim, que participar em grupos, como grupos de amigos, de trabalho, de apoio, é um fator favorável para o Bem-Estar Subjetivo.

Acrescente-se finalmente que, segundo a literatura, a confiança interpessoal se associa a menor solidão (Rotenberg, 1994).

4.5 Bem-Estar Subjetivo e Saúde Mental

Importa referir que, hoje em dia, a Saúde Mental é vista de diversas formas, não significando apenas ausência de perturbações mentais. Na Saúde Mental estão incluídas dimensões positivas, entre elas, o Bem-Estar Subjetivo, que integra a parte cognitiva e a afetiva, a percepção de autoeficácia, a autonomia, a competência, a auto-atualização do potencial intelectual e emocional próprio, entre outras (WHO, 2001, citado em Galinha & Ribeiro, 2005)

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

Assim, “A Saúde é vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa Qualidade de Vida e não o objetivo de vida” (Pais Ribeiro, 1998). O conceito de Bem-Estar surge, então, consistentemente, associado ao conceito de Saúde e que se generalizou à Saúde Mental (O’Donnell, 1986; Terris, 1975, citado em Galinha & Ribeiro, 2005). Com efeito, investigação recente aborda essa associação, referindo relações bidirecionais entre os conceitos e também o próprio efeito protetor que o Bem-estar Subjetivo pode exercer face à Saúde (Steptoe, Deaton, & Stone, 2015).

4.6 Saúde Mental e Confiança Interpessoal

Algumas das teorias e pesquisas mencionadas na Psicologia, indicam que a Confiança Interpessoal, nos vários aspetos do funcionamento social, afeta a Saúde Mental e física do indivíduo (Rotenberg, 2001; Rotenberg, 2010, citado em Minas, 2014).

A Confiança é classificada como uma variável essencial para o desenvolvimento de uma personalidade saudável e para o estabelecimento de

relações familiares adequadas, formação e manutenção de amizades, contribuindo para o desenvolvimento socioemocional e competências interpessoais (Rotenberg, 2001), isto é, contribuindo para um funcionamento social positivo que se associa à Saúde Mental (Keyes, 1998, 2002, 2005).

Apesar de a relação entre Saúde Mental e Confiança Interpessoal poder ser pensada e inferida a partir de conhecimentos presentes na literatura científica, os estudos sistemáticos sobre as ligações entre estes dois constructos parecem escassear. Pretende-se, nesta investigação, aprofundar as mesmas, bem como perceber se um conceito permite predizer o outro.

II – Objetivos e hipóteses

Após ter sido feita uma descrição, no enquadramento conceptual, das três etapas cruciais da vida adulta e a revisão de quatro conceitos essenciais que a atravessam, ressaltam dois objetivos principais da investigação, que detêm uma grande importância para este estudo, já que elucidam o trabalho realizado e clarificam as variáveis envolvidas.

Assumindo a complexidade inerente ao desenvolvimento humano e dentro de um paradigma positivo que se centra na promoção do bem-estar e da saúde mental, este estudo pretende analisar o papel de constructos, cujo interesse científico se tem evidenciado na atualidade. Assim, o primeiro objetivo da presente investigação passa por perceber se existem relações entre Inteligência Emocional, Confiança Interpessoal, Bem-Estar Subjetivo e Saúde Mental na vida adulta, clarificando ainda o potencial efeito preditor da Inteligência Emocional sobre o Bem-Estar Subjetivo, a Confiança Interpessoal e a Saúde Mental, assim como o valor preditivo da Saúde Mental face à Inteligência Emocional, ao Bem-Estar Subjetivo e à Confiança Interpessoal. Em segundo lugar, pretende-se verificar, também, as diferenças nestas variáveis considerando três faixas etárias distintas – Adulto Emergente, Jovem Adulto e Adulto de Meia-Idade –, de forma a perceber as especificidades de cada etapa do ciclo vital relativamente aos constructos em estudo.

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

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

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

H1.1 – Existem relações de associação entre a Inteligência Emocional e o Bem-estar Subjetivo.

H1.2 – Existem relações de associação entre a Inteligência Emocional e a Confiança Interpessoal.

H1.3 – Existem relações de associação entre a Confiança Interpessoal e o Bem-estar Subjetivo.

H1.4 – Existem relações de associação entre a Inteligência Emocional e a Saúde Mental.

H1.5 – Existem relações de associação entre a Saúde Mental e a Confiança Interpessoal.

H1.6 – Existem relações de associação entre a Saúde Mental e o Bem-Estar Subjetivo.

H2 – A Inteligência Emocional permite predizer o Bem-Estar Subjetivo, a Confiança Interpessoal e a Saúde Mental.

H3 – A Saúde Mental permite predizer a Inteligência Emocional, o Bem-Estar Subjetivo e a Confiança Interpessoal.

H4 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de Inteligência Emocional, Confiança Interpessoal, Bem-Estar Subjetivo e Saúde Mental apresentados pelos três grupos etários considerados (Adultos Emergentes, Jovens Adultos e Adultos de Meia-Idade).

H5 – Verificam-se diferenças estatisticamente significativas, segundo o sexo, a nível da Inteligência Emocional, Bem-estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental.

III – Metodologia

1. Caracterização da Amostra

A amostra utilizada no presente estudo é constituída por 255 sujeitos, sendo que 32.5% são sujeitos do sexo masculino e 67.5% do sexo feminino (cf. Tabela 1).

Os sujeitos estão igualmente distribuídos por três faixas etárias: Adulto Emergente (33.3%), Jovens Adultos (33.3%) e Adultos de Meia-Idade (33.3%) (cf. Tabela 1), sendo que a média de idades se situa nos 37 anos (DP= 13.460) (cf. Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos em função das variáveis sexo e faixa etária

	N	%
Sexo		
Masculino	83	32.5
Feminino	172	67.5
Total	255	100
Faixa Etária		
Adulto Emergente (18-25)	85	33.3
Jovens Adultos (26-45)	85	33.3
Adultos de Meia-Idade (46-65)	85	33.3
Total	255	100

Tabela 2. Características gerais em relação à idade da amostra total

	N	Mínimo	Máximo	Moda	Média	DP
Idade	255	18	64	23	37.30	13.460

Quanto à distribuição dos sujeitos por nível socioeconómico é possível constatar que o nível socioeconómico médio é aquele que aparece com maior frequência (54.1%) na amostra (cf. Tabela 3). Em termos de habilitações literárias destacam-se os sujeitos que completaram a licenciatura (45.5%) (cf. Tabela 3).

De Adulto Emergente a Adulto de Meia-Idade: Estudo das relações entre Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental
Teresa Mendes (e-mail:teresa.mendes@hotmail.com) 2016

Tabela 3. Distribuição dos sujeitos em função das variáveis nível sócio-económico e habilitações literárias

	N	%
Nível Sócio-Económico		
Baixo	87	34.1
Médio	138	54.1
Elevado	30	11.8
Total	255	100
Habilitações Literárias		
Inferior ao 4º ano	1	0.4
4º ano	7	2.7
9º ano	25	9.8
12º ano	69	27.1
Licenciatura	116	45.5
Mestrado	33	12.9
Doutoramento	4	1.6
Total	255	100

Por último, relativamente ao estado civil, percebemos que os sujeitos solteiros e casados são os que estão em maior número (43.9% e 42.7%, respetivamente), ao invés dos sujeitos viúvos, que são apenas dois (0.8%) (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Análise descritiva da variável estado civil

	N	%
Estado Civil		
Solteiro	112	43.9
Casado	109	42.7
Divorciado	14	5.5
Viúvo	2	0.8
União de Facto	18	7.1
Total	255	100

2. Instrumentos

Atendendo aos objetivos desta investigação e às variáveis em estudo, foram aplicados seis questionários diferentes a indivíduos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, incluindo o Questionário Sociodemográfico (Maia de Carvalho & Vale Dias, 2010). Para além deste último, foram também aplicados os instrumentos: *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS – 24) (Adaptação portuguesa: Queirós et. al., 2005); Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS) (Adaptação portuguesa: Galinha & Pais-Ribeiro, 2005); Escala de Satisfação com a Vida (Adaptação portuguesa: Simões, 1992); *Rotenberg's Specific Trust Scale Adults* (Adaptação portuguesa: Vale-Dias & Franco-Borges, 2014) e Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (Adaptação portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Estes instrumentos serão descritos seguidamente, sendo os dados relativos aos indicadores da consistência interna das escalas (*Alpha de Cronbach*) apresentados mais adiante na secção de resultados, considerando-se os obtidos no presente e em estudos

anteriores.

2.1 Questionário Sociodemográfico (cf. Anexo 1.2)

O questionário sociodemográfico utilizado nesta investigação, para efeitos de caracterização da amostra, foi adaptado a partir do original criado por Maia de Carvalho e Vale Dias (2010, ver Maia de Carvalho & Vale Dias, 2011). Este questionário teve como referência para a categorização das variáveis sociodemográficas (e.g., nível socioeconómico), o estudo de Simões (2000). É composto por 15 questões relativas a características dos sujeitos (sexo, idade, nacionalidade, estado civil, agregado familiar), da sua área de residência e naturalidade (urbana/rural, região geográfica) e do seu nível socioeconómico (profissão do sujeito, profissão dos pais, habilitações literárias do sujeito, habilitações literárias dos pais, condição na profissão).

2.2 Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) (cf. Anexo 1.5)

A escala Trait Meta-Mood Scale é uma medida de autorrelato, delineada para aceder às crenças individuais que cada um tem acerca das suas habilidades emocionais. Avalia as diferenças individuais relativamente estáveis, na tendência que as pessoas têm para lidar com os seus estados emocionais e emoções, fazer a distinção clara entre eles e regulá-los. (Salovey et al., 1995; Salovey, Stroud, Woolery, & Epel, 2002; Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos, 2004, citado em Queirós, Berrocal, Extremera, Carral, & Queirós, 2005).

Na sua versão integral, esta é composta por 48 itens. Contudo, neste estudo, foi utilizada a versão reduzida e modificada por Fernández-Barrocal et al. (TMMS-24), composta por 24 itens, distribuídos da seguinte forma: Atenção (8 itens); Clareza (8 itens) e Reparação (8 itens), avaliados segundo uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos, que vão desde o “1. Discordo totalmente” a “5. Concordo plenamente”, que por sua vez deu origem à versão portuguesa modificada da TMMS-24, desenvolvida e validada por Queirós et al. (2005).

2.3 Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS) (cf. Anexo 1.4)

Desenvolvido por Watson, Clark e Tellegen (1988) e adaptado e validado para a população portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005), o Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) vem contribuir para a recolha de dados referentes ao afeto positivo e afeto negativo. Segundo Galinha e Ribeiro (2005), esta escala de afeto negativo e afeto positivo consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. O questionário é constituído, nesta versão portuguesa, por 20 itens descritores de emoções positivas e negativas, duas subescalas (o afeto positivo e o afeto negativo) e com uma escala de Likert de 1 a 5 pontos, que

vão desde “1. Nada ou muito Ligeiramente” a “5. Extremamente”, onde os sujeitos pontuam as emoções experienciadas durante as últimas semanas.

Importa referir que o afeto positivo e o afeto negativo são dimensões da componente emocional do constructo Bem-Estar Subjetivo (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

2.4 Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) (cf. Anexo 1.6)

Esta escala de cinco itens foi criada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin em 1985, tendo sido revista por Pavot e Diener em 1993. De acordo com Pavot e Diener (1993), foi construída de forma a aceder à satisfação do indivíduo com a vida em geral e não em relação a aspetos particulares (como a saúde ou as finanças), permitindo ao sujeito efetuar a avaliação da sua vida utilizando os seus próprios critérios.

Obtém-se uma nota global somando as pontuações obtidas nos 5 itens. Assim, os valores podem variar entre 5 e 25 pontos, sendo que valores mais elevados indicam maior satisfação com a vida. As respostas na escala Likert vão de “1. Discordo muito” a “5. Concordo muito”.

A SWLS é o instrumento que permite avaliar a dimensão cognitiva do constructo Bem-Estar Subjetivo.

2.5 Rotenberg’s Specific Trust Scale-Adults (RSTSA)

Rotenberg tem desenvolvido numerosos estudos e instrumentos para analisar a confiança interpessoal em diversas etapas da vida, no que diz respeito ao funcionamento psicossocial (Rotenberg, 1994, 2010; Rotenberg et al., 2010, 2014).

A adaptação portuguesa da Escala de Confiança Interpessoal (Rotenberg’s Specific Trust Scale-Adults, 2013) é da autoria de Vale-Dias e Franco-Borges (2014) e visa medir a confiança, através de 10 itens, no presente caso, no Melhor Amigo/a.

Na adaptação portuguesa da escala específica de Rotenberg (Vale-Dias & Franco-Borges, 2014), os 10 itens implicam juízos sobre a confiança que indivíduos adultos sentem, especificamente no seu melhor amigo, numa escala do tipo Likert de 9 pontos que vai desde “1. Concordo totalmente” a “9. Discordo totalmente”

Importa referir que o item 1 desta escala é um item invertido, e por isso, para efetuar as análises, recodificaram-se os restantes 9 itens (de 2 a 10), para que quanto maior a pontuação total (soma das pontuações dos itens), maior a confiança sentida pelos indivíduos.

2.6 Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (cf. Anexo 1.3)

Este instrumento, cujo nome original é, Depression Anxiety Stress Scale (DASS) é da autoria de Lovibond e Lovibond, (1995) e

De Adulto Emergente a Adulto de Meia-Idade: Estudo das relações entre Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental
Teresa Mendes (e-mail:teresa.mendes@hotmail.com) 2016

adaptado para a versão portuguesa primeiro por Alves, Carvalho e Batista, (1999) e depois por Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

A EADS organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, incluindo cada uma delas sete itens. As três escalas são constituídas por sete itens cada, num total de 21 itens. Cada item consiste numa afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos relativos à “semana passada” do sujeito. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert entre “0. Não se aplicou nada a mim” a “3. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

3. Procedimentos

3.1 Procedimentos de recolha de dados

Os dados recolhidos junto da amostra de conveniência deste estudo foram reunidos entre fevereiro de 2016 e junho de 2016, através de questionários em papel (103) e online (152).

Os sujeitos que colaboraram neste estudo através do preenchimento em papel foram contactados no seu local de trabalho (e.g., Centros de Saúde; Hospitais; estabelecimentos comerciais), ou estabelecimento de ensino (Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra). As respostas online foram obtidas através da rede informal de contactos da investigadora (e-mail e redes sociais).

Foram fornecidas algumas instruções adicionais relativamente à importância da assinatura do consentimento por parte dos indivíduos, de forma de garantir o anonimato (APA, 2010; Ordem dos Psicólogos, 2011), bem como se procedeu à explanação de algumas dúvidas apresentadas pelos sujeitos.

A aplicação dos instrumentos obedeceu à seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico (Maia de Carvalho e Vale Dias, 2010); Rotenberg’s Specific Trust Scale Adults (Adaptação portuguesa: Vale-Dias & Franco-Borges, 2014); Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (Adaptação portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004); Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS) (Adaptação portuguesa: Galinha & Pais-Ribeiro, 2005); Trait Meta-Mood Scale (TMMS – 24) (Adaptação portuguesa: Queirós et. al., 2005) e por último, Escala de Satisfação com a Vida (Adaptação portuguesa: Simões, 1992).

3.2 Procedimentos de análise de dados

Por forma a realizar a análise estatística dos dados obtidos através da recolha da amostra, nesta investigação, usou-se o programa *SPSS – Statistical Package of Social Science* –versão 22.0.

As análises efetuadas tiveram como ponto de partida os objetivos traçados *a priori* para o estudo.

Em primeiro lugar, foram analisados os *missings values* (não respostas), que Bryman e Cramer (1993) sugerem que no caso de ultrapassarem os 10% por caso, devem ser eliminadas. De forma a analisar o padrão de distribuição das não respostas recorreu-se ao *Little MCAR Test* (*Missing Completely at Random*).

Em segundo lugar, tendo em conta o modelo concetual que serviu de guia para esta investigação, foi necessário optar por testes paramétricos ou testes não paramétricos. Foi testada a normalidade das distribuições para cada escala, através do Teste do *Kolmogorov-Smirnov*. Neste sentido, foi possível concluir que as variáveis não seguem uma distribuição normal ($p < .05$), exceto a escala do Afeto Positivo contemplada no instrumento Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) ($p = .200$), o que se comprova através da análise do histograma que tende para a normalidade da distribuição. Posto isto, optou-se por testes não paramétricos.

A fidelidade das diferentes escalas, incluídas na investigação, foi testada através do *Alpha de Cronbach*. Para a interpretação dos resultados, foram seguidos os valores de *Alpha de Cronbach* de Nunally (1978): valores superiores a .90 são considerados excelentes, entre .80 e .90 são bons; entre .70 e .80 são razoáveis; entre .60 e .70 são fracos, e menores que .60 são considerados inaceitáveis.

De forma a testar as relações entre as variáveis (Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental), foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Relativamente à sua interpretação, foram seguidas as normas de Pallant (2005), que sugerem que: um r entre .10 e .29 ou -.10 e -.29 indica uma correlação baixa; um r entre .30 e .49 ou -.30 e -.49 uma correlação moderada e um r entre .50 e 1 ou -.50 e -1 uma correlação forte.

Para testar o papel preditivo de algumas variáveis, foi utilizado o Modelo de Regressão Linear Múltipla para estudar a relação entre uma variável independente contínua e as variáveis dependentes.

Para averiguar se há diferenças entre os quatro grupos independentes (Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental), ao nível de uma variável dependente, foi usado o Teste de *Kruskal-Wallis*, e ainda teste *Post-hoc*, *Tukey HSD* para verificar em que grupos os resultados se distinguiam de modo significativo.

Por último, foi utilizado o teste não paramétrico *U de Mann-Whitney*, que compara o centro de localização de duas amostras, como forma de detetar diferenças entre dois grupos.

Importa dizer que a dimensão relativa ao Bem-Estar Subjetivo foi operacionalizada, nesta investigação, como um todo, na junção entre a Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS) (afeto negativo e afeto positivo) e a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS).

IV – Resultados

1. Análise Descritiva

A Tabela 5 representa os dados obtidos das estatísticas descritivas para as três subescalas que constituem a Trait Meta-Mood Scale (TMMS – 24), para a medida do constructo Bem-Estar Subjetivo, constituída pelas duas subescalas que compõem a (PANAS) e a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), para as duas subescalas que constituem a Rotenberg's Specific Trust Scale Adults (RSTSA), e para as três subescalas e total da Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).

Analisando os dados obtidos para a TMMS, observa-se para a subescala Atenção uma média de 29.29 (DP=6.11), com pontuações que variam entre 8 e 40, para a subescala Clareza, uma média de 29.71 (DP=5.26) e pontuações que oscilam entre 13 e 40 e para a subescala Reparação, uma média de 30.78 (DP=5.54), com pontuações que oscilam entre 12 e 40. Estes resultados revelam um nível médio alto de IE, para a amostra em estudo, dado que o valor mínimo para qualquer uma destas dimensões é 8, e o máximo 40.

Na escala PANAS observamos uma média de Afeto Negativo, para a amostra, de 17.23 (DP=6.83) e com pontuações que variam entre 10 e 42, e para o Afeto Positivo uma média de 29.26 (DP=7.45) e com pontuações que variam entre 11 e 48. A terceira medida que compõe o Bem-Estar Positivo, a SWLS obteve uma média de 17.73 (DP=4.86), com pontuações que variam entre 5 e 25. Relativamente ao AN, os resultados revelam-se médios baixos, para a amostra em estudo. Ao invés, o AP e a Satisfação com a Vida, demonstram médias mais altas.

No que diz respeito à Confiança Interpessoal, dividida em duas subescalas, verificamos que é a Emocional que tem uma maior média de 47.42 (DP=5.17), com pontuações a variar entre 34 e 54. Já a Fidelidade, apresenta uma média de respostas de 32.70 (DP=3.65), com pontuações a variar entre 20 e 36. Podemos dizer que, ambas as dimensões, na amostra em estudo, apresentam uma média elevada ao nível da Confiança Interpessoal, neste caso no Melhor Amigo/a.

Por último, na EADS, percebemos que é a subescala Stresse a que apresenta maior média 6.15 (DP=4.53), com pontuações a variar entre 0 e 21, seguida da Depressão com uma média de 3.44 (DP=3.50), com pontuações a variar entre 0 e 15, e por fim a Ansiedade 2.94 (DP=3.65) que varia entre 0 e 19. Qualquer uma das dimensões obteve uma média baixa na amostra em estudo, salientando-se como valor mais elevado, o Stresse.

Tabela 5. Análise descritiva das variáveis

	Mínimo	Máximo	Média	DP
¹ TMMS_Atenção	8	40	29.29	6.11
TMMS_Clareza	13	40	29.71	5.26
TMMS_Reparação	12	40	30.78	5.54
² PANAS_AfetoNegativo	10	42	17.23	6.83
PANAS_AfetoPositivo	11	48	29.26	7.45
³ SWLS_Total	5	25	17.73	4.86
⁴ RSTSA_Emocional	34	54	47.42	5.17
RSTSA_Fidelidade	20	36	32.70	3.65
⁵ EADS_Depressão	0	15	3.44	3.50
EADS_Ansiedade	0	19	2.94	3.65
EADS_Stress	0	21	6.15	4.53

¹ TMMS - Trait Meta-Mood Scale

² PANAS - Positive and Negative Affect Schedule

³ SWLS - Satisfaction With Life Scale

⁴ RSTSA - Rotenberg's Specific Trust Scale-Adults

⁵ EADS - Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress

2. Análise da Consistência Interna

Um dos mais comuns indicadores da consistência interna de uma escala é o *Alpha de Cronbach*. Segundo Nunally (1978) os valores superiores a .90 são considerados excelentes, entre .80 e .90 são bons; entre .70 e .80 são razoáveis; entre .60 e .70 são fracos, e menores que .60 são considerados inaceitáveis.

Ao analisar a consistência interna da TMMS (cf. Tabela 6), verificou-se que o fator que apresenta um melhor *Alpha de Cronbach* é a Atenção, com $\alpha=.87$. Também a Clareza apresenta um $\alpha=.85$ considerado bom, a par da Reparação, com $\alpha=.86$, resultados estes superiores ao estudo realizado por Queirós et al (2005) e bastante próximos da investigação de Salovey et al (1995).

Tabela 6. Consistência Interna da Escala de Inteligência Emocional

	Alpha de Cronbach	Salovey et al., 1995	Queirós et al, 2005 (universitários)
¹ TMMS_Atenção	.87	.90	.80
TMMS_Clareza	.85	.90	.79
TMMS_Reparação	.86	.86	.85

¹TMMS - Trait Meta-Mood Scale

Ao comparar os resultados da consistência interna da subescala PANAS (cf. Tabela 7) com os estudos anteriores, verificamos que esta apresenta um bom *Alpha de Cronbach* para os dois fatores (Afeto Negativo $\alpha=.89$ e Afeto Positivo $\alpha=.89$), superiores a investigações anteriores.

Quanto à SWLS (cf Tabela 8), revela-se também boa quanto à sua consistência interna $\alpha=.86$, um resultado superior ao de Simões (1992).

Tabela 7. Consistência Interna da Escala de Afetividade Positiva e Negativa

	Alpha de Cronbach	Watson, Clark & Tellegen, 1988	Galinha & Pais-Ribeiro, 2005
¹ PANAS_AfetoNegativo	.89	.87	.89
PANAS_AfetoPositivo	.89	.88	.86

¹ PANAS - Positive and Negative Affect Schedule

Tabela 8. Consistência Interna da Escala de Satisfação com a Vida

	Alpha de Cronbach	Diener et al., 1985	Simões, 1992
¹ SWLS_Total	.86	.87	.77

¹SWLS - Satisfaction With Life Scale

Analisando o *Alfa de Cronbach* para a Confiança Interpessoal ($\alpha=.84$) (cf. Tabela 9), percebemos que o valor é bom, melhor ainda que um dos estudos realizados anteriormente (Johnson-George & Swap, 1982) e, desta forma, verificamos que a escala pode ser considerada fiável para a presente amostra.

Tabela 9. Consistência Interna da Escala de Confiança Interpessoal

	Alpha de Cronbach	Johnson-George & Swap, 1982	Minas, 2014
¹ RSTSA_Total	.84	.83	.90

¹ RSTSA - Rotenberg's Specific Trust Scale-Adults

Por último, na EADS (cf. Tabela 10), percebemos que a escala apresenta bons níveis de consistência interna para as dimensões Depressão, Ansiedade e Stresse, sendo esta última a que apresenta um valor mais fiável $\alpha=.86$, seguida da Depressão e Ansiedade, ambas com $\alpha=.83$.

Tabela 10. Consistência Interna da Escala de Saúde Mental

	Alpha de Cronbach	Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004
¹ EADS_Depressão	.83	.85
EADS_Ansiedade	.83	.74
EADS_Stress	.86	.81

¹EADS - Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress

3. Análise das hipóteses em estudo

3.1 Estudo das relações entre Inteligência Emocional, Confiança Interpessoal, Bem-Estar Subjetivo e Saúde Mental

De forma a analisar as relações de associação entre a Inteligência Emocional, o Bem-Estar Subjetivo, a Confiança Interpessoal e a Saúde Mental, procedeu-se à execução do Coeficiente de Correlação de *Spearman*, teste este que permite obter o coeficiente de correlação entre variáveis

contínuas em testes não-paramétricos (Pallant, 2005).

Hipótese 1.1 – Existem relações de associação entre a Inteligência Emocional e o Bem-estar Subjetivo.

É possível observar (cf. Tabela 11) que as correlações entre a Inteligência Emocional e a Bem-Estar Subjetivo foram consideradas baixas e moderadas. No caso específico da escala SWLS obteve-se uma correlação negativa baixa com a subescala Atenção e um resultado não significativo ($r=-.02$, $p=.80$). As restantes subescalas apresentam uma correlação moderada, exceto o Afeto Negativo (AN), mas todas elas com resultados estatisticamente significativos ($p=.00$).

O Afeto Positivo (AP) apresenta uma correlação negativa baixa com a subescala da Atenção ($r=-.01$), valor que não é estatisticamente significativo. A relação com a Clareza e Reparação é baixa e moderada, respetivamente, sendo ambos estatisticamente significativos ($p=.00$).

Por último, o AN tem uma correlação baixa com a Atenção, Clareza e Reparação, sendo que estas duas últimas são negativas, mas só a Atenção e Reparação mostram valores estatisticamente significativos ($p=.00$).

Tabela 11. Matriz de correlações entre a Escala de Inteligência Emocional e Bem-Estar Subjetivo

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1) ¹ TMMS_atenção	-	.30**	.09	.23**	-.01	-.02
(2) TMMS_clareza		-	.35**	-.12	.23**	.32**
(3) TMMS_reparação			-	-.23**	.31**	.36**
(4) ² AN				-	-.09	-.28**
(5) ³ AP					-	.44**
(6) ⁴ SWLS						-

Sig. ** <.01

¹TMMS - Trait Meta-Mood Scale

² Afeto Negativo

³ Afeto Positivo

⁴ SWLS - Satisfaction With Life Scale

Hipótese 1.2 – Existem relações de associação entre a Inteligência Emocional e a Confiança Interpessoal.

As correlações entre as três subescalas da Inteligência Emocional (Atenção, Clareza e Reparação) e as duas da Confiança Interpessoal (Emocional e Fidelidade) e o Total foram todas elas positivas e baixas (cf. Tabela 12), sendo que o único valor que é estatisticamente significativo é o do fator Atenção (TMMS) com o Total da Confiança Interpessoal ($r=.17$, $p=.03$).

Tabela 12. Matriz de correlações entre a Escala de Inteligência Emocional e Confiança Interpessoal

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1) ¹ TMMS_Atenção	-	.30**	.09	.14	.07	.17**
(2) TMMS_Clareza		-	.35**	.13	.10	.13
(3) TMMS_Reparação			-	.10	.04	.11
(4) ² RSTSA_Emocional				-	.54**	.95**
(5) RSTSA_Fidelidade					-	.76**
(6) RSTSA_Total						-

Sig. ** <.01

¹TMMS - Trait Meta-Mood Scale²RSTSA - Rotenberg's Specific Trust Scale-Adults**Hipótese 1.3 – Existem relações de associação entre a Confiança Interpessoal e o Bem-estar Subjetivo.**

É possível observar (cf. Tabela 13) que as correlações entre Confiança Interpessoal e Bem-Estar Subjetivo foram consideradas baixas, e no caso do Afeto Negativo (AN) também negativas com as três dimensões da Confiança ($r=-.03$ – Emocional; $r=-.04$ – Fidelidade e $r=-.04$ – Total).

As relações entre a satisfação com a vida (SWLS) e a dimensão Emocional e Total da RSTSA, embora baixas, mostraram-se estatisticamente significativas ($p=.03$ e $p=.04$, respetivamente).

Tabela 13. Matriz de correlações entre a Escala de Confiança Interpessoal e Bem-Estar Subjetivo

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1) ¹ RSTSA_Emocional	-	.54**	.95**	-.03	.14	.16*
(2) RSTSA_Fidelidade		-	.76**	-.04	.02	.09
(3) RSTSA_Total			-	-.04	.08	.15*
(4) ² AN				-	-.09	-.28**
(5) ³ AP					-	.44**
(6) ⁴ SWLS						-

Sig. ** <.01

Sig. * <.05

¹RSTSA - Rotenberg's Specific Trust Scale-Adults² Afeto Negativo³ Afeto Positivo⁴ SWLS - Satisfaction With Life Scale**Hipótese 1.4 – Existem relações de associação entre a Inteligência Emocional e a Saúde Mental.**

As correlações entre a Inteligência Emocional e as medidas de Saúde Mental são todas baixas, exceto entre a Atenção e o Stresse e a Atenção e Total da EADS, que são moderadas ($r=.30$ e $r=.31$, respetivamente) (cf. Tabela 14). As correlações entre a Atenção e todas as subescalas da EADS são positivas e significativas ($p=.00$), ao invés das correlações entre a Clareza e a Reparação com todas as subescalas da Saúde Mental, sendo que são todas negativas e significativas, exceto a Clareza e o Stress ($p=.13$), valor que mostra que não existem diferenças estatisticamente

De Adulto Emergente a Adulto de Meia-Idade: Estudo das relações entre Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental
Teresa Mendes (e-mail:teresa.mendes@hotmail.com) 2016

significativas entre estas duas dimensões.

Tabela 14. Matriz de correlações entre a Escala de Inteligência Emocional e Saúde Mental

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) ¹ TMMS_Atenção	-	.30**	.09	.22**	.24**	.30**	.31**
(2) TMMS_Clareza		-	.35**	-.22**	-.19**	-.10	-.15*
(3) TMMS_Reparação			-	-.21**	-.17**	-.18**	-.19**
(4) ² EADS_Depressão				-	.59**	.65**	.84**
(5) EADS_Ansiedade					-	.63**	.80**
(6) EADS_Stress						-	.92**
(7) EADS_Total							-

Sig. ** <.01
Sig. * <.05

¹TMMS - Trait Meta-Mood Scale

² EADS - Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress

Hipótese 1.5 – Existem relações de associação entre a Saúde Mental e a Confiança Interpessoal.

A tabela 15 mostra-nos que as correlações entre a Saúde Mental e a Confiança Interpessoal são todas baixas e negativas, e que apenas a dimensão da Depressão com a dimensão Emocional e Total da RSTSA se relacionam inversamente de forma estatisticamente significativa ($p=.02$ e $p=.03$, respetivamente), mas apresentando valores baixos.

Tabela 15. Matriz de correlações entre a Escala de Saúde Mental e Confiança Interpessoal

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) ¹ EADS_Depressão	-	.59**	.65**	.84**	-.17*	-.11	-.17*
(2) EADS_Ansiedade		-	.63**	.80**	-.12	-.10	-.13
(3) EADS_Stress			-	.92**	-.06	-.05	-.07
(4) EADS_Total				-	-.12	-.08	-.12
(5) ² RSTSA_Emocional					-	.54**	.95**
(6) RSTSA_Fidelidade						-	.76**
(7) RSTSA_Total							-

Sig. ** <.01

Sig. * <.05

¹ EADS - Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress

² RSTSA - Rotenberg's Specific Trust Scale-Adults

Hipótese 1.6 – Existem relações de associação entre a Saúde Mental e o Bem-Estar Subjetivo.

As correlações entre o Afeto Negativo e as 4 dimensões da EADS são fortes e estatisticamente significativas ($p=.00$) (cf. Tabela 16). Já as correlações entre a Saúde Mental com o Afeto Positivo e a Satisfação com a Vida são todas negativas e baixas, excetuando a dimensão da Depressão com o Afeto Positivo e a Satisfação com a Vida que são correlações moderadas, bem como o Total da EADS e a SWLS. Os únicos valores que não são

estatisticamente significativos são os da Ansiedade e do Stresse com o Afeto Positivo ($p=.24$ e $p=.07$, respetivamente).

Tabela 16. Matriz de correlações entre a Escala de Saúde Mental e Bem-Estar Subjetivo

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) ¹ EADS_Depressão	-	.59**	.65**	.84**	.54**	-.37**	-.44**
(2) EADS_Ansiedade		-	.63**	.80**	.54**	-.07	-.26**
(3) EADS_Stress			-	.92**	.65**	-.11	-.25**
(4) EADS_Total				-	.67**	-.21**	-.35**
(5) ² AN					-	-.10	-.28**
(6) ³ AP						-	.44**
(7) ⁴ SWLS							-

Sig. ** <.01

¹ EADS - Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress

² Afeto Negativo

³ Afeto Positivo

⁴ SWLS - Satisfaction With Life Scale

3.2 Estudo do efeito preditivo da Inteligência Emocional e da Saúde Mental

Hipótese 2 – A Inteligência Emocional permite predizer o Bem-Estar Subjetivo, a Confiança Interpessoal e a Saúde Mental.

Com o objetivo de explorar a predição da Inteligência Emocional, nomeadamente, a Atenção, Clareza e Reparação que os sujeitos percebem, no Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental, recorreu-se à regressão linear múltipla. Realizaram-se cinco regressões, nas quais a Atenção, a Clareza e a Reparação representaram as variáveis independentes (preditores), procedendo à alteração da variável dependente (considerando as medidas da PANAS, SWLS, RSTS e EADS-21).

Do resumo das regressões obtidas (cf. Tabela 17) é possível averiguar que todos os modelos revelam um nível de significância $p<.01$, exceto o 4 ($p=.10$), concluindo-se que a Inteligência Emocional prediz as dimensões do Bem-Estar Subjetivo e a Saúde Mental. É também possível analisar que a Atenção, a Clareza e a Reparação explicam: 11% do Afeto Negativo ($R^2=.11$; $p<.01$); 14% do Afeto Positivo ($R^2=.14$; $p<.01$); 17% da Satisfação com a Vida ($R^2=.17$; $p<.01$), e 16% da Saúde Mental ($R^2=.16$; $p<.01$).

Tabela 17. Resumo das regressões obtidas para cada variável dependente

Modelo	R^2	R^2 ajustado	p
1 ^a	.11	.10	$p < .01^f$
2 ^b	.14	.13	$p < .01^f$
3 ^c	.17	.16	$p < .01^f$
4 ^d	.03	.02	$p = .10$
5 ^e	.16	.17	$p < .01^f$

a. Variável Dependente: Afeto Negativo

b. Variável Dependente: Afeto Positivo

c. Variável Dependente: Satisfação com a vida

d. Variável Dependente: Confiança Interpessoal

e. Variável Dependente: Saúde Mental

f. Preditores: (Constante); Inteligência Emocional (Atenção, Clareza e Reparação)

Na análise dos coeficientes de regressão, obtidos para cada uma das variáveis dependentes (cf. Tabela 18), conseguimos examinar os valores de Beta (β) para a comparação da contribuição de cada variável independente (Atenção, Clareza e Reparação) na explicação da variável dependente (Pallant, 2005).

Desta forma, é possível verificar que a Atenção e a Reparação exercem poder preditivo no Afeto Negativo ($\beta = .30$; $p < .01$; $\beta = -.17$; $p < .01$, respectivamente), sendo que a Reparação prediz negativa e significativamente, no entanto, esse poder preditivo não se verifica na Clareza ($\beta = -.12$; $p = .08$). Por outro lado, verifica-se que a Clareza e a Reparação conseguem predizer o Afeto Positivo ($\beta = .18$; $p < .01$; $\beta = .29$; $p < .01$, respectivamente), e que a Atenção não o faz ($\beta = -.09$; $p = .15$). Para a Satisfação com a Vida acontece o mesmo – Clareza e Reparação com contributos significativos, ao invés da Atenção – ($\beta = .26$; $p < .01$; $\beta = .26$; $p < .01$; $\beta = -.09$; $p = .06$, respectivamente). Para o quarto modelo, apesar de se verificar que ele tem um valor preditivo na Confiança Interpessoal ($p < .01$), nenhuma das suas dimensões é capaz de predizer por si só a Confiança Interpessoal ($p > .05$). Por último, ao contrário do modelo anterior, o quinto modelo mostra-nos que as três dimensões da Inteligência Emocional têm uma contribuição forte na explicação da variável dependente (Saúde Mental) ($p < .01$).

Tabela 18. Coeficientes de regressão obtidos para cada variável dependente

Modelo	B	Beta	T	p
1 ^a (Constante)	18.51		5.78	p<.01 ^f
Atenção	.33	.30	4.60	p<.01 ^f
Clareza	-.15	-.12	-1.72	p=.08
Reparação	-.21	-.17	-2.64	p<.01 ^f
2 ^b (Constante)	12.81		3.74	p<.01 ^f
Atenção	-.11	-.09	-1.41	p=.15
Clareza	.26	.18	2.76	p<.01 ^f
Reparação	.39	.29	4.55	p<.01 ^f
3 ^c (Constante)	6.02		2.74	p<.01 ^f
Atenção	-.09	-.12	-1.85	p=.06
Clareza	.24	.26	3.95	p<.01 ^f
Reparação	.23	.26	4.30	p<.01 ^f
4 ^d (Constante)	69.92		14.10	p<.01 ^f
Atenção	.19	.15	1.83	p=.06
Clareza	.03	.02	.20	p=.83
Reparação	.14	.10	1.20	p=.23
5 ^e (Constante)	15.99		3.47	p<.01 ^f
Atenção	.62	.37	6.04	p<.01 ^f
Clareza	-.42	-.22	-3.30	p<.01 ^f
Reparação	-.31	-.17	-2.73	p<.01 ^f

a. Variável Dependente: Afeto Negativo

b. Variável Dependente: Afeto Positivo

c. Variável Dependente: Satisfação com a vida

d. Variável Dependente: Confiança Interpessoal

e. Variável Dependente: Saúde Mental

f. Preditores: (Constante): Inteligência Emocional (Atenção, Clareza e Reparação)

Hipótese 3 - A Saúde Mental permite prever a Inteligência Emocional, o Bem-Estar Subjetivo e a Confiança Interpessoal.

Do resumo das regressões obtidas para a segunda predição (cf. Tabela 19) é possível observar que todos os modelos revelam um nível de significância $p<.01$, concluindo-se que a Saúde Mental prediz significativamente as dimensões da Inteligência Emocional, do Bem-Estar Subjetivo e a Confiança Interpessoal. É também possível analisar que a Depressão, a Ansiedade e o Stress explicam: 8% da Atenção ($R^2=.08$; $p<.01$); 5% da Clareza ($R^2=.05$; $p<.01$); 6% da Reparação ($R^2=.06$; $p<.01$); 13% da Confiança Interpessoal ($R^2=.13$; $p<.01$); 53% do Afeto Negativo ($R^2=.53$; $p<.01$); 15% do Afeto Positivo ($R^2=.15$; $p<.01$), e 20% da Satisfação com a Vida ($R^2=.20$; $p<.01$).

Tabela 19. Resumo das regressões obtidas para cada variável dependente

Modelo	R ²	R ² ajustado	p
1 ^a	.08	.07	p<.01 ^h
2 ^b	.05	.04	p<.01 ^h
3 ^c	.06	.05	p<.01 ^h
4 ^d	.13	.11	p<.01 ^h
5 ^e	.53	.53	p<.01 ^h
6 ^f	.15	.14	p<.01 ^h
7 ^g	.20	.19	p<.01 ^h

a. Variável Dependente: Inteligência Emocional (Atenção)

b. Variável Dependente: Inteligência Emocional (Clareza)

c. Variável Dependente: Inteligência Emocional (Reparação)

d. Variável Dependente: Confiança Interpessoal

e. Variável Dependente: Afeto Negativo

f. Variável Dependente: Afeto Positivo

g. Variável Dependente: Satisfação com a vida

h. Preditores: (Constante): Saúde Mental (Depressão, Ansiedade e Stress)

Na tabela 20, podemos observar os valores de Beta (β) para a comparação da contribuição de cada variável independente (Depressão, Ansiedade e Stress) na explicação da variável dependente (Pallant, 2005).

Podemos perceber pelo primeiro modelo, que o Stress exerce valor preditivo na Atenção ($\beta=.24$; $p<.01$), ao contrário da Depressão e da Ansiedade ($p>.05$). Para a Clareza, Reparação e Confiança Interpessoal, a única dimensão da Saúde Mental que exerce valor preditivo, negativa e significativamente, é a Depressão ($\beta=-.25$; $p<.01$; $\beta=-.21$; $p<.01$; $\beta=-.19$; $p<.01$, respetivamente). No caso do Afeto Negativo, as três dimensões da Saúde Mental contribuem fortemente na sua explicação ($p<.01$). No Afeto Positivo apenas o Stress não exerce papel preditor ($p=.72$). Por último, no sétimo modelo apresentado, verifica-se que é a Depressão que exerce uma forte contribuição para explicar a Satisfação com a Vida ($\beta=-.51$; $p<.01$), ao contrário da Ansiedade e Stress ($p>.05$).

Tabela 20. Coeficientes de regressão obtidos para cada variável dependente

Modelo	B	Beta	T	p
1 ^a (Constante)	27.02		42.16	$p<.01^h$
Depressão	.06	.03	.35	$p=.72$
Ansiedade	.03	.02	.22	$p=.83$
Stress	.32	.24	2.49	$p<.01^h$
2 ^b (Constante)	30.26		54.51	$p<.01^h$
Depressão	-.38	-.25	-2.71	$p<.01^h$
Ansiedade	-.15	-.10	-1.13	$p=.26$
Stress	.19	.16	1.71	$p=.09$
3 ^c (Constante)	32.25		55.03	$p<.01^h$
Depressão	-.34	-.21	-2.29	$p<.01^h$
Ansiedade	-.05	-.03	-.37	$p=.71$
Stress	-.03	-.02	-2.23	$p=.82$
4 ^d (Constante)	81.55		14.10	$p<.01^h$
Depressão	-.40	-.19	83.29	$p<.01^h$
Ansiedade	-.78	-.37	-1.67	$p=.09$
Stress	.44	.26	-3.37	$p=.23$
5 ^e (Constante)	11.23		22.10	$p<.01^h$
Depressão	.37	.18	2.88	$p<.01^h$
Ansiedade	.56	.30	4.71	$p<.01^h$
Stress	.50	.33	4.91	$p<.01^h$
6 ^f (Constante)	31.12		41.73	$p<.01^h$
Depressão	-1.11	-.52	-5.92	$p<.01^h$
Ansiedade	.55	.27	3.15	$p<.01^h$
Stress	.05	.32	.35	$p=.72$
7 ^g (Constante)	19.62		41.66	$p<.01^h$
Depressão	-.71	-.51	-6.04	$p<.01^h$
Ansiedade	.03	.02	.30	$p=.76$
Stress	.07	.07	.80	$p=.43$

a. Variável Dependente: Inteligência Emocional (Atenção)

b. Variável Dependente: Inteligência Emocional (Clareza)

c. Variável Dependente: Inteligência Emocional (Reparação)

d. Variável Dependente: Confiança Interpessoal

e. Variável Dependente: Afeto Negativo

f. Variável Dependente: Afeto Positivo

g. Variável Dependente: Satisfação com a vida

h. Preditores: (Constante): Saúde Mental (Depressão, Ansiedade e Stress)

3.3 Estudo do efeito da idade (grupo etário)

Hipótese 4 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental apresentados pelos três

De Adulto Emergente a Adulto de Meia-Idade: Estudo das relações entre Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental
Teresa Mendes (e-mail:teresa.mendes@hotmail.com) 2016

grupos etários considerados (Adultos Emergentes, Jovens Adultos e Adultos de Meia-Idade).

Hipótese 4.1 – Inteligência Emocional

Para avaliar as diferenças entre os três grupos etários da investigação, ao nível das variáveis em análise, procedeu-se ao Teste de *Kruskal-Wallis* para três amostras independentes. Este avalia se existem diferenças entre três ou mais grupos independentes ao nível de uma variável dependente (Martins, 2011).

Atendendo à análise efetuada através do teste, verificou-se que os valores obtidos não são significativos para as variáveis Atenção (*Kruskal-Wallis*=4.17; $p=.12$), Clareza (*Kruskal-Wallis*=1.37; $p=.51$) e Reparação (*Kruskal-Wallis*=4.76; $p=.09$) (cf. Tabela 21), sendo que os maiores níveis destas dimensões se verificam na Adulter Emergente para a subescala Atenção, nos Jovens Adultos para a Clareza e nos Adultos de Meia-Idade para a reparação.

Percebe-se assim, que para os três fatores, não há diferenças significativas em função da faixa etária ($p>.05$).

Tabela 21. Estatísticas do teste de *Kruskal-Wallis* para a variável Inteligência Emocional

	Faixa etária	Média	DP	<i>Kruskal-Wallis</i>	p
Atenção	Adultos Emergentes	30.29	6.07	4.17	.12
	Jovens Adultos	29.21	5.44		
	Adultos de Meia-Idade	28.28	5.51		
Clareza	Adultos Emergentes	29.16	5.58	1.37	.51
	Jovens Adultos	30.33	4.61		
	Adultos de Meia-Idade	29.83	5.25		
Reparação	Adultos Emergentes	30.44	5.11	4.76	.09
	Jovens Adultos	30.46	5.98		
	Adultos de Meia-Idade	31.88	4.64		

Hipótese 4.2 – Bem-Estar Subjetivo

Relativamente à variável Bem-Estar Subjetivo, verificou-se que, ao comparar os grupos, apenas a subescala Afeto Negativo (AN) tem um valor estatisticamente significativo (*Kruskal-Wallis*=6.73; $p=.03$) (cf. Tabela 22), o que significa que existem variâncias ao nível da faixa etária nesta dimensão, sendo os Adultos Emergentes os que apresentam a maior média ($M=17.73$).

Quanto ao Afeto Positivo (AP) e a Satisfação com a Vida (SWLS), conclui-se que os valores de p não têm significância estatística, (*Kruskal-Wallis*=2.02; $p=.36$ e *Kruskal-Wallis*=4.20; $p=.12$, respetivamente), o que leva a concluir que não existem diferenças significativas ao nível da faixa etária nestas duas dimensões, sendo em ambas, na Adulter Emergente, que se verificam os valores maiores.

Tabela 22. Estatísticas do teste de *Kruskal-Wallis* para a variável Bem-Estar Subjetivo

	Faixa etária	Média	DP	<i>Kruskal-Wallis</i>	<i>p</i>
Afeto Negativo (AN)	Adultos Emergentes	17.73	6.31	6.73	.03
	Jovens Adultos	17.29	6.60		
	Adultos de Meia-Idade	15.83	6.53		
Afeto Positivo (AP)	Adultos Emergentes	29.94	7.32	2.02	.36
	Jovens Adultos	29.92	7.70		
	Adultos de Meia-Idade	27.93	6.62		
Satisfação com a vida (SWLS)	Adultos Emergentes	18.97	4.15	4.20	.12
	Jovens Adultos	17.75	5.73		
	Adultos de Meia-Idade	16.63	4.41		

Na realização do Teste de *Kruskal-Wallis* pudemos observar que existem diferenças significativas entre as faixas etárias, no que se refere ao Afeto Negativo. Realizados os testes *Post-hoc*, *Tukey HSD* para verificar em que grupos os resultados se distinguem de modo significativo, verificou-se que para o caso do AN eles não foram suficientemente potentes para percebermos em que grupos se verificam as diferenças ($Z=.39$; $p>.05$). Desta forma, interpreta-se a média de forma descritiva, verificando-se que a média dos Adultos de Meia-Idade é menor que as dos outros dois grupos etários.

Hipótese 4.3 – Confiança Interpessoal

Na escala da Confiança Interpessoal, concluiu-se que existem diferenças significativas para as duas dimensões da mesma e o Total, em função da faixa etária (*Kruskal-Wallis*=10.50; $p=.01$ – Emocional; *Kruskal-Wallis*=6.03; $p=.05$ – Fidelidade; *Kruskal-Wallis*=8.98; $p=.01$ - Total), pois $p<.05$ (cf. Tabela 23), sendo que, são os Jovens Adultos que relatam níveis mais elevados de Confiança nas várias dimensões.

Tabela 23. Estatísticas do teste de *Kruskal-Wallis* para a variável Confiança Interpessoal

	Faixa etária	Média	DP	<i>Kruskal-Wallis</i>	<i>p</i>
Emocional	Adultos Emergentes	48.52	4.51	10.50	.01
	Jovens Adultos	48.79	4.25		
	Adultos de Meia-Idade	45.58	5.60		
Fidelidade	Adultos Emergentes	33.50	2.40	6.03	.05
	Jovens Adultos	33.95	2.28		
	Adultos de Meia-Idade	32.19	3.98		
Total	Adultos Emergentes	82.02	6.20	8.98	.01
	Jovens Adultos	82.73	5.39		
	Adultos de Meia-Idade	77.76	9.34		

Na realização do Teste de *Kruskal-Wallis* pudemos observar que existem diferenças significativas entre as faixas etárias, no que se refere à Confiança Interpessoal. Encontraram-se valores significativos ($Z=5.22$;

$p < .01$). O *Teste Post-hoc, Tukey HSD* indica que o grupo dos Adultos Emergentes difere do grupo Adultos de Meia-Idade ($p = .00$) e o grupo dos Jovens Adultos difere do grupo dos Adultos de Meia-Idade ($p = .01$).

Hipótese 4.4 – Saúde Mental

Por último, no constructo da Saúde Mental, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em função da faixa etária em qualquer uma das dimensões da escala ($p > .05$) (cf. Tabela 24).

Tabela 24. Estatísticas do teste de Kruskal-Wallis para a variável Saúde Mental

	Faixa etária	Média	DP	Kruskal-Wallis	p
Depressão	Adultos Emergentes	3.25	3.7	1.56	.46
	Jovens Adultos	3.62	3.55		
	Adultos de Meia-Idade	3.41	3.28		
Ansiedade	Adultos Emergentes	3.02	3.84	.62	.74
	Jovens Adultos	2.38	2.93		
	Adultos de Meia-Idade	2.99	3.67		
Stress	Adultos Emergentes	6.56	5.15	2.66	.26
	Jovens Adultos	6.34	4.26		
	Adultos de Meia-Idade	5.29	3.89		
Total	Adultos Emergentes	12.84	11.40	.43	.81
	Jovens Adultos	12.34	9.51		
	Adultos de Meia-Idade	11.70	9.63		

3.4 Estudo do efeito do sexo

Hipótese 5 – Verificam-se diferenças estatisticamente significativas, segundo o sexo, a nível da Inteligência Emocional, Bem-estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental.

Com o objetivo de explorar e avaliar as diferenças segundo o sexo na Inteligência Emocional, Bem-estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental (medidas contínuas), recorreu-se ao teste de *U de Mann-Whitney* para duas amostras independentes (sexo feminino e masculino).

Hipótese 5.1 – Inteligência Emocional

Na análise do teste *U de Mann-Whitney* para a variável Inteligência Emocional, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do sexo, na dimensão Atenção (*U de Mann-Whitney* = 5773.00; $z = -2.15$; $p = .03$) (cf. Tabela 24), sendo que são as mulheres que apresentam valores mais elevados ($M = 30.39$). Já nas dimensões Clareza e Reparação, os valores não são significativos ($p > .05$), mostrando que não há variância no sexo.

Tabela 25. Estatísticas do teste U de Mann-Whitney para a variável Inteligência Emocional

	Sexo	Média	DP	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Atenção	Masculino	27.60	4.99	5773.00	-2.15	.03
	Feminino	30.39	5.90			
Clareza	Masculino	29.54	4.26	6919.50	-.09	.93
	Feminino	29.82	5.62			
Reparação	Masculino	31.47	4.33	6337.50	-1.03	.30
	Feminino	30.49	5.74			

Hipótese 5.2 – Bem-Estar Subjetivo

Ao nível do Bem-Estar Subjetivo, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao sexo nas três dimensões ($p > .05$) (AN – *U de Mann-Whitney*=6111.50; $z = -1.60$; $p = .11$; AP – *U de Mann-Whitney*=6142.00; $z = -1.60$; $p = .11$; SWLS – *U de Mann-Whitney*=6788.50; $z = -.64$; $p = .53$) (cf. Tabela 25).

Tabela 26. Estatísticas do teste U de Mann-Whitney para a variável Bem-Estar Subjetivo

	Sexo	Média	DP	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Afeto Negativo (AN)	Masculino	16.81	6.56	6111.50	-1.60	.11
	Feminino	17.24	6.45			
Afeto Positivo (AP)	Masculino	29.69	7.37	6142.00	-1.60	.11
	Feminino	29.02	7.27			
Satisfação com a vida (SWLS)	Masculino	17.80	4.72	6788.50	-.64	.53
	Feminino	18.04	4.95			

Hipótese 5.3 – Confiança Interpessoal

No constructo Confiança Interpessoal, verificamos que existem diferenças ao nível do sexo para as três dimensões, sendo que é na Fidelidade e na dimensão Total que essas diferenças são mais significativas (*U de Mann-Whitney*=4302.50; $z = -2.51$; $p = .01$; *U de Mann-Whitney*=2246.00; $z = -2.61$; $p = .01$, respetivamente) (cf Tabela 26). Na dimensão Emocional encontram-se também diferenças (*U de Mann-Whitney*=2589.00; $z = -.99$; $p = .05$), sendo que estão no limiar de significância. Em todas as dimensões, são as mulheres que relatam níveis mais elevados de Confiança (Emocional – $M=48.58$; Fidelidade – $M=33.64$; Total – $M=82.22$).

Tabela 27. Estatísticas do teste U de Mann-Whitney para a variável Confiança Interpessoal

	Sexo	Média	DP	<i>U de Mann-Whitney</i>	Z	p
Emocional	Masculino	46.50	5.03	2589.00	-.99	.05
	Feminino	48.58	4.87			
Fidelidade	Masculino	32.68	2.65	4302.50	-2.51	.01
	Feminino	33.64	2.99			
Total	Masculino	79.18	6.68	2246.00	-2.61	.01
	Feminino	82.22	7.21			

Hipótese 5.4 – Saúde Mental

Por último, ao nível da Saúde Mental, verificam-se diferenças na Ansiedade para os dois sexos (*U de Mann-Whitney*=5863.50; $z = -2.28$; $p = .02$), sendo que é o sexo Feminino o que apresenta valores mais elevados ($M=3.07$) (cf. Tabela 27). Nas restantes dimensões, não se encontram variâncias significativas (Depressão – *U de Mann-Whitney*=6249.50; $z = -1.27$; $p = .20$; Stress – *U de Mann-Whitney*=6093.00; $z = -1.77$; $p = .08$; Total – *U de Mann-Whitney*=5914.50; $z = -1.74$; $p = .08$), embora seja também no sexo Feminino que os valores se apresentam mais elevados.

Tabela 28. Estatísticas do teste U de Mann-Whitney para a variável Saúde Mental

	Sexo	Média	DP	<i>U de Mann-Whitney</i>	Z	p
Depressão	Masculino	2.95	3.06	6249.50	-1.27	.20
	Feminino	3.66	3.69			
Ansiedade	Masculino	2.24	3.09	5863.50	-2.28	.02
	Feminino	3.07	3.67			
Stress	Masculino	5.33	3.94	6093.00	-1.77	.08
	Feminino	6.44	4.71			
Total	Masculino	10.52	8.78	5914.50	-1.74	.08
	Feminino	13.17	10.75			

V – Discussão

A presente investigação teve como objetivo analisar as relações entre os constructos de Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental, e aprofundá-las, ao clarificar o potencial efeito preditor da Inteligência Emocional sobre o Bem-Estar Subjetivo, a Confiança Interpessoal e a Saúde Mental ou mesmo da Saúde Mental sobre a Inteligência Emocional, o Bem-Estar Subjetivo e a Confiança Interpessoal. A par disto, pretendeu-se verificar também, as diferenças nos mesmos constructos em função das distintas três faixas etárias descritas (Adulter Emergente, Jovem Adulto e Adulto de Meia-Idade), bem como estudar a relação daquelas variáveis com o sexo dos sujeitos.

Os resultados desta investigação tiveram por base uma amostra composta por 255 sujeitos, 172 do sexo feminino e 83 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos, sendo que foram igualmente distribuídos pelas três faixas etárias: 85 Adultos Emergentes, 85

Jovens Adultos e 85 Adultos de Meia-Idade.

Em termos de fidelidade das escalas, obtiveram-se resultados consistentes. Os valores obtidos para todos os constructos foram considerados bons (acima de .80), e alguns bastante próximos de excelente, como o caso da Escala de Afetividade Positiva e Negativa (.89) (Nunnally, 1978).

A Hipótese 1 foi dividida em 6 sub-hipóteses, com vista a analisar as relações entre os quatro constructos em estudo. Desta forma, procedeu-se à execução do Coeficiente de Correlação de Spearman, teste este que permite obter o coeficiente de correlação entre variáveis contínuas.

A Hipótese 1.1 – *Existem relações de associação entre a Inteligência Emocional e o Bem-estar Subjetivo* – foi elaborada à luz de vários estudos que evocam relações entre ambos os constructos, bem como entre as dimensões cognitiva e afetiva que constituem o Bem-Estar Subjetivo, retratado em Martinez-Pons (1997), Quoidbach et al. (2010) e Livingstone e Srivastava (2012). Os presentes resultados indicam que existe uma correlação significativa entre os dois constructos, sendo que a Reparação tem uma correlação moderada com o Afeto Positivo e com a Satisfação com a Vida, bem como a Clareza com a Satisfação com a Vida. As restantes correlações são baixas, mas ainda assim destaca-se a Reparação que se correlaciona negativamente e de forma significativa com o Afeto Negativo. A Atenção não se correlaciona nem com o Afeto Positivo nem com a Satisfação com a Vida. Os resultados levam a concluir que quanto mais Clareza e Reparação tivermos mais Afeto Positivo teremos e também mais satisfeitos com a vida estaremos (e vice versa). Quanto à dimensão do Afeto Negativo, os resultados vêm, em parte, de encontro às restantes dimensões, sendo que quanto mais Reparação tivermos, menos Afeto Negativo teremos e vice-versa. Ressalta o facto de a Atenção se correlacionar positivamente, embora de forma fraca, com o Afeto Negativo. Este será um aspeto a investigar posteriormente, uma vez que a Atenção também não estabeleceu qualquer relação significativa com o afeto positivo e com a Satisfação com a Vida. Poderá a Atenção em certa intensidade desencadear sensações desagradáveis e vice-versa? A hipótese é parcialmente corroborada, tendo-se encontrado em alguns aspetos correlações moderadas bastante interessantes.

A Hipótese 1.2 afirma que *Existem relações de associação entre a Inteligência Emocional e a Confiança Interpessoal*. Os resultados obtidos dizem-nos que as três subescalas da Inteligência Emocional (Atenção, Clareza e Reparação) e as duas da Confiança Interpessoal (Emocional e Fidelidade) e o Total se correlacionam todas elas positivamente e são consideradas baixas. Ainda assim, o único valor que é estatisticamente significativo é o do fator Atenção com o Total da Confiança Interpessoal. Os resultados levam-nos a rejeitar parcialmente esta hipótese. Os estudos realizados na relação entre estes dois conceitos parecem escassear. Contudo, à luz do modelo conceptual, esperava-se resultados mais significativos. Goleman (2010) diz-nos que nas relações com os outros, pressupõe-se que

tenhamos uma aptidão para gerir emoções, o que está na base do sucesso, da liderança e da eficácia interpessoal, o que requer a maturação de duas habilidades emocionais: autocontrolo e empatia. Cabe, no entanto, salientar que uma vez que a confiança interpessoal foi analisada tendo em conta apenas um alvo (Melhor Amigo), será interessante verificar no futuro se a consideração de alvos diferentes em familiaridade e especificidade terá implicações nos resultados. Além disso, a escala utilizada (RSTSA) não abarca a base honestidade da Confiança, ficando por testar uma das bases do modelo de Rotenberg nesta relação. Estudos futuros deverão atender a estas limitações.

Na análise da relação entre *Confiança Interpessoal e Bem-estar Subjetivo*, evidenciada na Hipótese 1.3, verificou-se a existência de correlações positivas, ainda que baixas, e no caso do Afeto Negativo (AN) correlações negativas com as três dimensões da Confiança. Apenas as relações entre a Satisfação com a Vida e a dimensão Emocional e Total da RSTSA se mostraram estatisticamente significativas. Em suma, considerando o sentido de todas as correlações, poderemos dizer que os resultados tenderam para o esperado. De acordo com Diener & Seligman (2004), pessoas com o Bem-Estar elevado parecem ter melhores relações sociais do que pessoas que apresentam Bem-Estar com níveis inferiores. Relações sociais positivas mostram-se necessárias para o Bem-Estar, assim como se espera que o aumento de Afeto Negativo leve à diminuição dos níveis de confiança e a relações pobres dentro dos grupos de pertença (Diener & Seligman, 2004). Atendendo aos resultados estatisticamente significativos, a hipótese é corroborada, apenas parcialmente, indo de encontro ao esperado no que se refere às relações entre a Confiança e a Satisfação com a Vida, a dimensão cognitiva do Bem-estar Subjetivo.

A literatura diz-nos que, para que o sujeito compreenda emoções, por forma a organizar o pensamento, é fulcral existir Saúde Mental – capacidades e recursos para enfrentar as dificuldades da vida, vivendo em bem estar psíquico (Queirós, 2014). De acordo com a Hipótese 1.4 – *Existem relações de associação entre a Inteligência Emocional e a Saúde Mental*, concluímos que a Atenção se correlaciona positiva e significativamente com a Saúde Mental (mais sintomas), ao invés da Clareza e da Reparação que detêm correlações negativas e significativas com a mesma. Isto mostra-nos que quanto mais atenção damos às emoções, maiores níveis na medida de Saúde Mental temos (e, por isso, mais sintomas) e vice-versa. Contrariamente, quanto mais Clareza (forma como as pessoas acreditam perceber as suas emoções) e Reparação (capacidade que o sujeito tem de acreditar na sua capacidade para interromper os estados emocionais negativos e prolongar os positivos) (Queirós et al, 2005) os indivíduos tiverem, menores níveis (menos sintomas) nas medidas de Saúde Mental acusarão e vice-versa. A hipótese é, desta forma, corroborada. Sublinhe-se que as relações que se destacaram por serem moderadas (entre a Atenção e o Stresse e o Total da EADS) vão no sentido positivo, sugerindo a relevância de aprofundar o estudo do papel da atenção às emoções na intensificação de

alguns sintomas e vice-versa.

A Hipótese 1.5 – *Existem relações de associação entre a Saúde Mental e a Confiança Interpessoal*, mostra-nos que as correlações entre as variáveis são baixas e negativas, e que apenas a dimensão da Depressão com a dimensão Emocional e Total da RSTSA demonstram valores estatisticamente significativos. Isto sugere que quanto mais confiantes emocionalmente formos, menor propensão temos para a Depressão e vice-versa. Este era um resultado esperado, uma vez que a Confiança Interpessoal é vista na Psicologia como um dos vários aspetos do funcionamento social que afeta a Saúde Física e Mental dos indivíduos (Minas, 2014). A hipótese foi parcialmente corroborada. Esta é uma questão a aprofundar, sugerindo-se, tal como na sequência da análise da Hipótese 1.2, que se investiguem futuramente outros alvos de confiança e a base de confiança honestidade, sendo que a investigação nesta área continua em aberto.

Para concluir o leque de hipóteses relativas às relações entre constructos, estudou-se a associação entre *Saúde Mental e o Bem-Estar Subjetivo* na Hipótese 1.6. Atestando o estudo de Galinha & Ribeiro (2005), em que o conceito de Bem-Estar surge, consistentemente, associado ao conceito de Saúde, também nesta investigação se demonstrou o mesmo. As correlações estatisticamente significativas obtidas entre o Afeto Negativo e as dimensões da Saúde Mental (significando as notas mais elevadas, menor saúde mental) foram consideradas fortes e positivas, e por outro lado negativas e baixas/moderadas com o Afeto Positivo e a Satisfação com a Vida. Considerando estes últimos resultados, lembre-se que Maia de Carvalho & Vale-Dias (2012) nos dizem que a nova conceção de Saúde Mental refere a presença de uma vivência emocional positiva (i.e. um estado de bem-estar), manifestada pelo envolvimento ativo do sujeito na resolução das tarefas do seu processo de desenvolvimento e na otimização do seu funcionamento no contexto em que se insere. A hipótese foi corroborada na sua totalidade.

Apesar de os valores de correlação, acima mencionados, não terem sido, na sua maioria, muito elevados, fizeram-se análises preditivas a título exploratório. Com o objetivo de explorar a *predição da Inteligência Emocional*, nomeadamente, a Atenção, Clareza e Reparação que os sujeitos reportam, no *Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental* (H2), recorreu-se à regressão linear múltipla. A Atenção, a Clareza e a Reparação (IE) representaram as variáveis independentes (preditores). Desta análise concluiu-se que a Inteligência Emocional prediz as dimensões do Bem-Estar Subjetivo e a Saúde Mental. É também possível analisar que a Atenção, a Clareza e a Reparação explicam: 11% do Afeto Negativo; 14% do Afeto Positivo; 17% da Satisfação com a Vida, e 16% da Saúde Mental. O único modelo que é capaz de ser explicado pela totalidade das dimensões da Inteligência Emocional é a Saúde Mental. Os resultados vão de encontro às correlações obtidas na Hipótese 1.

Relativamente aos dados obtidos, estes permitem aceitar a hipótese

(exceto no caso da Confiança Interpessoal). Estudos sugerem que os indivíduos que regulam as suas emoções adaptativamente tendem a apresentar níveis mais elevados de bem-estar (Gross & John, 2004; Nelis et al., 2011). E ainda, uma maior capacidade para regular as emoções e habilidade para lidar com os problemas emocionais, é caracterizada por um maior bem-estar e por menores níveis de Ansiedade e Depressão (Queirós, 2014).

Na Hipótese 3 – *A Saúde Mental permite prever a Inteligência Emocional, o Bem-Estar Subjetivo e a Confiança Interpessoal*, analisando o resumo das regressões obtidas, observou-se que a Saúde Mental prediz significativamente os restantes três constructos, sendo de destacar o facto de prever 53% do Afeto Negativo. Isto poderá ser explicado com o facto de o Bem-Estar ser componente central para a compreensão da Saúde Mental positiva (Keyes, 2002, 2005, 2007), e ainda pelo facto de a Depressão, Ansiedade e Stress (dimensões da EADS) se correlacionarem fortemente com o Afeto Negativo.

Para avaliar as diferenças entre os três grupos etários da investigação, ao nível das variáveis, procedeu-se ao Teste de *Kruskal-Wallis* para três amostras independentes, na Hipótese 4.

Começando pela *Inteligência Emocional* (H4.1), verificou-se que não existem diferenças significativas ao nível das três faixas etárias, em qualquer um dos três fatores da escala. A hipótese é rejeitada, contrariamente ao esperado. Pesquisas na área da Psicologia do Desenvolvimento têm vindo a demonstrar que as experiências relacionais que os indivíduos vão acumulando ao longo da vida moldam de forma decisiva os índices deste tipo de inteligência (Guerreiro, 2013). Mayer e Salovey (1997) dizem que a Inteligência Emocional é desenvolvida através da aprendizagem e da experiência quotidiana. Os resultados obtidos podem relacionar-se com o facto de haver diferenças culturais e sociais em relação aos estudos originais, e com o tamanho limitado das subamostras. Sugere-se, assim, um aprofundamento futuro desta questão.

Relativamente ao *Bem-Estar Subjetivo* (H4.2), verificou-se que apenas a subescala Afeto Negativo (AN) apresenta variâncias significativas em função da faixa etária, sendo os Adultos Emergentes aqueles que apresentam maior média. Esta dimensão remete-nos para a experiência de sentimentos e emoções desagradáveis, como por exemplo culpa, tristeza, raiva, e depressão (Imaginário & Vieira, 2010). Estes resultados vão, em parte, de encontro ao esperado na literatura, que nos diz que com o aumento da idade, se pressupõe que o Afeto Negativo diminua ou estabilize (Simões et al., 2000). A hipótese é parcialmente corroborada, pois não se verificam diferenças significativas no Afeto Positivo e Satisfação com a Vida nas três faixas etárias.

Passando à *Confiança Interpessoal* (H4.3), foi observado que as três faixas etárias apresentam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da variável, corroborando assim a hipótese. A faixa que apresenta níveis mais elevados de Confiança é a dos Jovens Adultos, sendo que em

todas as dimensões diminuí na passagem para Adulto de Meia-Idade, de acordo com o que previram Rousseau, Sitkin e Camerer (1980) e Dias (2016), que referiram que a Confiança diminui com o passar do tempo. Os resultados referentes à confiança estabelecem um pequeno contrassenso, pois existem outros estudos que referem que os níveis de confiança vão aumentando com a idade (Sutter & Kocher, 2006). Sugere-se a realização de mais investigação.

Concluindo a Hipótese 4, observou-se que não existem diferenças significativas nas três faixas quanto aos níveis de *Saúde Mental* (H4.4), rejeitando-se assim a hipótese. A investigação nesta área é escassa. Ainda assim, era esperado que existissem algumas diferenças. Este conceito é consequência de uma combinação complexa entre fatores hereditários, biológicos, bioquímicos, psicológicos, sociais e culturais ao longo da vida, os quais se combinam de forma individualizada em cada pessoa, gerando a doença mental (DSM-V, 2014; Morgan, et al., 2013; Siqueira, Jesus & Oliveira, 2007).

A quinta, e última, Hipótese desta investigação teve como objetivo explorar e avaliar as diferenças segundo o sexo na Inteligência Emocional, Bem-estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental através do teste de *U de Mann-Whitney*.

Começando pela *Inteligência Emocional* (H5.1), verificou-se que apenas a dimensão da Atenção apresenta diferenças estatisticamente significativas segundo o sexo, sendo as mulheres que apresentam níveis mais elevados. A hipótese é parcialmente corroborada, indo de encontro a alguns estudos realizados na temática. Jill M. Goldstein, da Faculdade de Medicina de Harvard, e colegas, descobriram que determinadas partes do córtex límbico, envolvido nas reações emocionais, é mais volumoso nas mulheres do que em homens (Vieira et al, 2010). Ahammed, Abdullah e Hassane (2011) concluíram que as mulheres têm pontuações mais elevadas na Inteligência Emocional comparativamente aos homens. Também Nicolau (2008) no seu estudo verificou que o sexo feminino dedica maiores níveis de Atenção aos seus sentimentos, comparativamente ao sexo masculino.

Quanto ao *Bem-Estar Subjetivo* (H5.2), não se verificam diferenças significativas para o sexo, rejeitando-se deste modo a hipótese. Os resultados vão de encontro aos estudos de Neto (1999), Diener e Diener (1999) e Dias (2016). No entanto, apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas, é possível verificar que as mulheres apresentam níveis mais elevados de Afeto Negativo e mais baixos de Afeto Positivo, como referem Assunção (2014), Rask et al (2002) e Dias (2016).

Na análise da Hipótese 5.3, que retrata as diferenças entre sexos na *Confiança Interpessoal*, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da mesma, sendo o género feminino a apresentar níveis mais elevados em todas elas. Estes resultados vão de encontro ao esperado, corroborando a hipótese. Williams (2013) e Dias (2016) obtiveram resultados no mesmo sentido. Importa referir que as investigações sobre o papel do género na Confiança Interpessoal ainda não

são conclusivas (Rotenberg et al., 2010), obrigando a mais pesquisas na área.

Para concluir, na *Saúde Mental* (H5.4), as diferenças significativas foram apenas encontradas ao nível da dimensão Ansiedade, sendo no sexo feminino que os níveis são mais elevados. Isto acontece aliás em todas as dimensões, apesar de as diferenças de género não serem significativas. A literatura mostra que as mulheres tendem a apresentar níveis inferiores de Saúde Mental, acompanhados de maior sofrimento psicológico e sintomatologia do que os homens. Estas diferenças de género são consistentes ao longo de vários países, como, por exemplo, o Canadá (Adlaf, Gliksmann, Demers, & Newton-Taylor, 2001), a Noruega (Nerdrum, Rustoen, & Ronnestad, 2006) a Turquia (Üner, Özcebe, Telatar, & Tezcan, 2008) ou Portugal (Costa, 2005; Santos, Pereira, & Veiga, 2009, citado em Santos, 2011). A hipótese é, desta forma, parcialmente corroborada.

VI – Conclusões

Um dos principais objetivos desta investigação foi perceber se existem relações entre os constructos de Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental, clarificando o potencial efeito preditor da Inteligência Emocional sobre o Bem-Estar Subjetivo, a Confiança Interpessoal e a Saúde Mental, assim como, da Saúde Mental relativamente à Inteligência Emocional, ao Bem-Estar Subjetivo e à Confiança Interpessoal.

Foi possível verificar que existem correlações positivas e significativas (fortes, moderadas e baixas) entre o Afeto Negativo, Atenção às emoções e Confiança emocional com a EADS, bem como negativas entre o Afeto Positivo, a Satisfação com a Vida e a Reparação das emoções com a EADS, sendo a EADS um constructo que prediz 53% do Afeto Negativo, e é capaz de ser explicado pela totalidade de fatores da Inteligência Emocional.

A Inteligência Emocional correlaciona-se também, de forma moderada e positiva, com o Afeto Positivo, a Satisfação com a Vida, e o Total da Confiança, e negativamente com o Afeto Negativo, sendo que prediz 17% da Satisfação com a Vida e 14% do Afeto Positivo. Por último, as dimensões da Confiança – Emocional e Total – correlacionam-se também de forma significativa e positiva, com a Satisfação com a Vida. Atendendo a este resultado, será importante investir na promoção e desenvolvimento da Inteligência Emocional, contribuindo para o Bem-Estar Subjetivo e, consequentemente para a Saúde Mental. Goleman (2012), no seu livro “Trabalhar com Inteligência Emocional”, aponta para a importância de se promover uma nova educação que esteja atenta não só à transmissão do saber técnico, mas que desperte também nas pessoas, a necessidade de aprender a gerir pressões, emoções e sentimentos, na tentativa de lhes permitir alcançar estados que facilitem desempenhos eficazes e funcionais. O adulto é, invariavelmente, posto à prova, nos seus problemas do dia-a-dia, recorrendo ao uso da habilidade emocional e equilíbrio entre a razão e emoção.

Outro dos objetivos definidos pretendeu testar diferenças nos constructos em análise segundo a faixa etária dos sujeitos (Adultos Emergentes, Jovens Adultos e Adultos de Meia-Idade). Verificou-se assim que existem diferenças significativas em função da faixa etária no Afeto Negativo e na Confiança Interpessoal, sendo os Adultos Emergentes e os Jovens Adultos, respetivamente, a apresentar níveis mais elevados nestas dimensões, observando-se um decréscimo na média ao passar à faixa etária seguinte. Ambas as dimensões são passíveis de alterações ao longo da idade. Diz-nos a literatura, que, no caso da Adulter Emergente, este é um tempo de mudanças frequentes a vários níveis, em que o modelo tradicional de transição para a idade adulta, com metas e objetivos definidos sequencialmente no tempo, dá lugar a trajetórias cada vez mais emaranhadas, irregulares e inesperadas. Isto leva-nos a concluir, que este é um grupo prioritário, que deve merecer maior atenção, podendo mesmo ser alvo de intervenção comunitária, através de programas nas Universidades, bem como em Centros de Saúde e locais de trabalho, potenciando a diminuição de Afeto Negativo.

As diferenças de género, também analisadas neste estudo, ressaltaram para as variáveis: Atenção às emoções, Confiança Interpessoal e Ansiedade, sendo em todas elas, no sexo feminino, que se verificam médias mais elevadas. É sabido que o cérebro feminino e masculino processa a informação e a linguagem de formas diferentes. Um grupo de cientistas da Johns Hopkins University, descobriu que determinadas partes do córtex frontal, envolvido em funções cognitivas importantes, são proporcionalmente mais volumosas em mulheres do que em homens, bem como partes do córtex límbico, envolvido nas reações emocionais. Esta diferença entre géneros, quer na química, quer na constituição do cérebro, influencia o modo como ambos reagem ao ambiente, acontecimentos stressantes e lembranças, estando o sexo feminino mais propenso a atender às suas emoções, e confiar nelas, ao relacionar-se com os outros, ao contrário do sexo masculino que tende a suprimi-las. Atendendo a estes dados, seria interessante, pensar na promoção da adoção de estratégias de *coping* focado na emoção, por forma a regular o estado emocional que é associado ao *stress* e ansiedade, nas mulheres. Por outro lado, junto dos homens, seria desejável investir no desenvolvimento da componente da Inteligência Emocional que se refere à Atenção às emoções e também na Confiança Interpessoal.

No culminar desta investigação salientam-se alguns pontos fortes e algumas limitações. Como pontos fortes podemos identificar o facto de nesta investigação se estudarem variáveis positivas e patológicas, no contexto de uma faixa desenvolvimental pouco explorada, discriminando os diferentes estádios da mesma, distribuídos por igual tamanho neste estudo. Acrescenta-se que se trata de uma amostra diversificada, não só de estudantes universitários. Destaca-se também o facto de os instrumentos apresentarem boas qualidades psicométricas e permitirem comparações transculturais: tanto porque medem aspetos estudados noutros países, como porque estes

mesmos aspetos são transversais a qualquer cultura, permitindo-nos compreender o desenvolvimento psicossocial, através de análises adequadas, respondendo a algumas lacunas na área em questão. Refira-se também que a utilização da escala de Confiança Interpessoal em Portugal é ainda muito escassa, podendo este estudo contribuir com novos dados para o panorama nacional. Por último, merece referência o facto de o Bem-Estar Subjetivo ter sido avaliado integralmente através de medidas cognitivas e afetivas.

As limitações remetem-nos para o tamanho da amostra, um tanto limitado, por ser de conveniência, não aleatorizada, e um pouco desequilibrada pelo facto de existirem mais sujeitos do género feminino do que do género masculino. Sublinha-se a baixa magnitude dos resultados de alguns testes e a utilização de instrumentos de autorrelato e quantitativos, que poderá levar ao enviesamento das perceções e crenças, isto é, das respostas dos sujeitos.

Em estudos futuros sugere-se a inclusão de novas medidas, análise se outras variáveis, tais como o nível socioeconómico, habilitações e personalidade, e até mesmo a repetição do estudo com uma amostra mais alargada e diversificada, que permita perceber melhor o controlo de diferentes variáveis sociodemográficas, com recurso ao uso da Entrevista ou Focus Group para comparar grupos etários. Seria também interessante estudar estes mesmos constructos em adolescentes, aferindo as diferenças em relação à população adulta.

Bibliografia

- Ahammed, S., Abdullah, S. A., & Hassane, S. H. (2011). The role of emotional intelligence in the academic success of United Arab Emirates University students. *International Education, 41*, 7-25.
- American Psychological Association (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Retirado a 10 de julho de 2016, em: <http://www.apa.org/ethics/code/>.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). Happiness and social skills. *Personality and Individual Differences, 11*, 1255-1261.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*, 469-480.
- Arnett, J. (2001). Perceptions of the transition to adulthood: perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development, 8* (2), 133-143.
- Arnett, J. (2006). Emerging adulthood: understanding the new way of coming age. In J. Arnett, & J. Tanner, (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp. 3-19). Washington, DC: American Psychological Association.
- Assunção, C. M. A. (2014). *O bem-estar subjetivo na adolescência: Contributos das variáveis sociodemográficas e psicológicas*. Dissertação de Mestrado não publicada apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Baltes, P. B., & Goulet, L. R. (1970). *Life-span Developmental Psychology*. New York: Academic Press.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of the lifespan developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology, 23*, 611-696.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist, 52*(4), 366-380.
- Brackett, M., Lopes, P. N., Ivcevic, Z., Mayer, J. D., & Salovey, P. (2004). Integrating emotion and cognition: The role of emotional intelligence. In D. Dai e R. J. Sternberg (Eds.), *Motivation, emotion, and cognition: Integrating perspectives on intellectual functioning* (pp. 175-194). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- De Adulto Emergente a Adulto de Meia-Idade: Estudo das relações entre Inteligência Emocional, Bem-Estar Subjetivo, Confiança Interpessoal e Saúde Mental
Teresa Mendes (e-mail:teresa.mendes@hotmail.com) 2016

- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Compton, W. (2005). *An Introduction to Positive Psychology*. Belmont: Thomson Wadsworth.
- Craig, G. J. (1996). *Human development*. New Jersey: Prentice Hall.
- Dias, M. (2016). *Confiança Interpessoal e Bem-Estar Subjetivo na Aduldez*. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentado à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Diener, E., Sapyta, J., & Suh, E. (1998). Subjective Well-Being is Essential to WellBeing. *Psychological Inquiry*, 9 (1), 33-37.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2000). New Directions In Subjective Well-Being Research: The Cutting Edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27, 21-33.
- Diener, E. & M. Seligman (2002). *Very happy people*. APA, January.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5 (1), 1-31.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Extremera, N., & Fernandez-Berrocal, P. (2002) Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59.
- Fernández Berrocal, P., & Ruiz, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(2), 421-436.
- Fortuna, A. P. (2010). *Personalidade e bem-estar subjetivo: O papel da inteligência emocional*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, apresentado ao Departamento de Psicologia e Educação da

Universidade da Beira Interior, Portugal.

- Furr, R.M., & Funder, D. C. (1998). A multimodal analysis of personal negativity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1580-1591.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Goleman, D. (2010). *Inteligência emocional*. Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Círculo de Leitores.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (3-24). New York: The Guilford Press.
- Hagelskamp, C., Brackett, M. A., Rivers, S. E., & Salovey, P. (2013). Improving classroom quality with the RULER approach to social and emotional learning: Proximal and distal outcomes. *American Journal of Community Psychology*, 51(3-4), 530-543. DOI:10.1007/s10464-013-9570
- Hoy, W. & Tschannen, M. (2000). A Multidisciplinary analysis of the nature, meaning, and measurement of trust. *Review of Educational research*, 70(4), 547-793.
- Imaginário, S., Duarte, J., Jesus, S., & Vieira, L. S. (2010). O Bem-Estar Subjectivo em Estudantes Universitários da UAlg. *Poster apresentado no IX Encontro de Psicologia no Algarve, 19-20 Maio*. Faro: Universidade do Algarve.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1333. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating

- axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539–548.
- Kramer, R. M. & Tyler, T. R., (1996). *Trust in organizations*. Thousand Oaks: SAGE.
- Levinson, D. (1977). *The seasons of a man's life*. New York: Alfred A. Knoff.
- Levinson, D. (1980). Toward a conception of the adult life course. In *Themes of work and love in adulthood*, Smelser, N. & Erikson, E.,(Eds) Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Lopes et al. (2004). Emotional Intelligence and Social Interaction. *Pers Soc Psychol Bull*, 30(8), 1018-1034.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Maia de Carvalho, M. P. & Vale Dias, M.L. (2011). Contributos para o desenvolvimento de uma vida de qualidade: factores sócio-demográficos e estilos de coping preditores de bem-estar psicológico. In Chaleta, M. L., Rebelo dos Santos, N. & Grácio, M. L. (Coords.), *II Congresso Internacional Interfaces da Psicologia*, (pp.149-169). Évora: Centro de Investigação e Educação em Psicologia.
- Maia de Carvalho, M. P. & Vale Dias, M.L. (2012). Saúde Mental e Desenvolvimento Pessoal Positivo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4, 135-143.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implication* (pp. 3 - 31). New York: Basic Books.
- Marchand, H. (2005). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Martinez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 3-13.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2 nd Ed.). New York:

Van Nostrand Reinhold.

- Matthews, G., & Desmond, P. A. (2002). Task-induced fatigue states and simulated driving performance. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology*, *55*, 659–686.
- Mendes, A. R. C. (2014). *O papel moderador da inteligência emocional na relação entre regulação emocional e bem-estar: Um estudo com trabalhadores portugueses*. Dissertação de Mestrado em Psicologia das Organizações e do Trabalho não publicada apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Mendonça, M., Andrade, C., & Fontaine, A. M. (2009). Transição para a idade adulta e adultez emergente: adaptação do Questionário de Marcadores de Adultez junto de jovens portugueses. *Psychologica*, *51*, 147-168.
- Minas, B. (2014). *A violência nas relações íntimas: prevalência e estudo de relações com a confiança interpessoal e com a esperança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentado à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Monteiro, S., Tavares, J. & Pereira, A. (2009). Adultez emergente: na fronteira entre a adolescência e a adultez. *Revista @mbienteeducação*, *2*, 129-137.
- Moura, C.S.B. (2011). *Stress, Ansiedade, Depressão e Estratégias de Coping em Candidatos ao primeiro ano da Academia Militar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Morgan, A. J., Parker, A. G., Alvarez-Jimenez, M. & Jorm, A. F. (2013). Exercise and Mental Health: An Exercise and Sports Science Australia Commissioned Review. *Journal of the American Society of Exercise Physiologists online*, *16* (4), 64-73
- Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2011). Measuring individual differences in emotion regulation: The emotion regulation profile-revised (ERP-R). *Psychologica Belgica*, *51*, 49-91.
- Neri, A. L. (1995). Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In A. L. Neri (Org.), *Psicologia do envelhecimento* (pp.13-40).

- Campinas: Papyrus.
- Neri, A. (2006). O legado de Paul Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Neto, F., Barros, J. e Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida et al. (Eds.), *A Acção educativa: análise psicossocial* (2ª reimpr.) (pp. 105-117). Leiria: ESEL/APPORT.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2ªeds). NewYork: McGraw-Hill.
- Ordem dos Psicólogos (2011). *Código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Retirada a 12 junho de 2016, em: https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)* (2nd ed.). Austrália: Allen & Unwin.
- Queirós, M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. Carral, J. M. C. & Queirós, P. S. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 199-216.
- Queirós, M. (2014). *Inteligência Emocional – Aprenda a ser Feliz*. Porto: Porto Editora.
- Rasck K. (2002). Adolescent subjective weel.beig and realized values. *Journal of Advance Nursing*, 38(3), 254-263.
- Roberts, R., Zeidner, M., & Matthews, G. (2001). Does emotional intelligence meet tradicional standarts for an “intelligence”? Some new data and conclusion. *Emotions*, 1, 196-231
- Rodrigues, A. I. F. (2010). *Caminhos do Leste: a imigração enquanto processo de transição pessoal e social*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Rousseau, D. M., Sitkin, S. B., Burt, R. S., & Camerer, C. (1998). Not so diferent after all: a cross-discipline view of trust. *Academy of Management Review*, 23(3), 393-404.
- Rotenberg, K. J. (1994). Loneliness and interpersonal trust. *Journal of Social*

- and Clinical Psychology*, 13(2), 152-173.
- Rotenberg, K. J. (2001). Interpersonal Trust across the Lifespan. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 7866-7868). New York: Pergamon.
- Rotenberg, K. J. (2010). The conceptualization of interpersonal trust: a basis, domain and target framework. In K. J. Rotenberg (Eds.), *Interpersonal trust during childhood and adolescence* (pp. 8-27). University of Keele: Cambridge University Press.
- Rotenberg, K. J., Betts, L. R., Eisner, M., & Ribeaud, D. (2012). Social antecedents of Children's Trustworthiness. *Infant and Child Development*, 21, 310-322.
- Rotenberg, K. J., Petrocchi, S., Lecciso, F., & Marchetti, A. (2013). Children's Trust Beliefs in Others and Trusting Behavior in Peer Interaction. *Child Development Research*, Doi: 10.1155/2013/806597.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., & Palomera, R. (2015). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 4, (n. 2.) DOI:[10.1989/ejep.v4i2.84](https://doi.org/10.1989/ejep.v4i2.84)
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Santos, L. (2011). *Saúde Mental e Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários*. Dissertação de Doutoramento, Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M. & Oliveira, M. A. (2000). O bem-estar subjectivo dos adultos: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4 (2), 243-279.

- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Lisboa: F.C. Gulbenkian/ F.C.T.
- Siqueira, M. M. M.; Jesus, S. N. & Oliveira, V. B. (2007). *Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa*. São Paulo: Universidade Metodista
- Sluyter, D. & Salovey, P. (1999). *Inteligência Emocional da Criança: Aplicações na Educação e no dia-a-dia*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Sousa, F. (2007). O que é “ser adulto”: As práticas e representações sociais sobre o que é “ser adulto” na sociedade portuguesa. *Revista Moçambras: Acolhendo a alfabetização nos países de língua portuguesa*, 1(2), 56-69. Retirado a 24 de Junho de 2016, em <http://www.moçambras.org>.
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640 – 648.
- Strongman, K. (1998). *A Psicologia da Emoção. Uma perspetiva sobre as teorias da emoção*. 4ª Edição. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Sutter, M. & Kocher, M. G. (2006). Trust and trustworthiness age groups. *Games and Economic Behavior*, 59, 364-282.
- Tschannen-Moran, M., & Hoy, A. W. (2001). Teacher efficacy: Capturing an elusive construct. *Teaching and Teacher Education*, 17, 783-805.
- Vandenplas-Holper (2000). *Desenvolvimento Psicológico na Idade Adulta e Durante a Velhice*. Porto: Edições Asa.
- Veiga, J. & Gonçalves, M. (2009). *A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress*. Retirado a 10 de Julho de 2016, em <http://www.psicologia.com.pt>.
- Vieira, A., Moreira, J. I. & Morgadinho, R. (2010). *Inteligência Emocional: Cérebro Masculino Versus Cérebro Feminino*. Retirado a 18 de junho de 2016, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0172.pdf>.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). *A call for action by world health ministers*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence.

- World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Geneva: World Health Organization.
- Woyciekoski, C. e Hutz, C. (2008). Inteligência Emocional: Teoria, Pesquisa, Medida, Aplicações e Controvérsias. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 1-11.
- Zinsser, K. M., Denham, S., Curby, T. W., & Shewark, E. (2015). Practice what you preach: Teachers' perceptions of emotional competence and emotionally supportive classroom practices. *Early Education and Development*, DOI:10.1080/10409289.2015.1009320.

Anexos

CONSENTIMENTO INFORMADO

Solicitamos a sua colaboração neste estudo, que tem como objetivo analisar as relações entre inteligência emocional, confiança interpessoal e satisfação com a vida. Esta investigação está a ser desenvolvida no âmbito do curso de Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento, da *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*, pela aluna Teresa de Carvalho Neves Figueiredo Mendes, sob a orientação da Professora Doutora Maria da Luz Vale Dias.

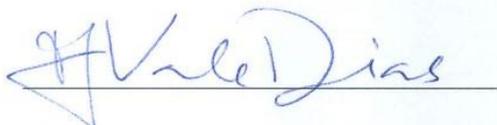
Será assegurado o completo anonimato e confidencialidade da informação recolhida e os dados apenas serão utilizados para efeito da presente investigação.

Não há respostas certas ou erradas. Será muito importante que responda de forma individual e sincera às questões que lhe serão colocadas.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Coimbra, 8 de Fevereiro de 2016

Com os melhores cumprimentos,



(Prof. Doutora Maria da Luz Vale Dias)



(Teresa de Carvalho Mendes)

CONTACTOS:

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

Teresa Mendes – (teresa.mendes@hotmail.com)

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

Data: ___ de _____ de 2016

Assinatura: _____

Questionário Sócio-demográfico

(Maia de Carvalho, M. P. & Vale Dias, M. L., 2011)

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

ID _____

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____

Área de residência: _____

Naturalidade: _____ **Nacionalidade:** _____

Habilitações Literárias:

Inferior ao 4º ano 9º ano Licenciatura Doutoramento

4º ano 12º ano Mestrado

Profissão: _____

Estado Civil:

Solteiro Casado

Divorciado Novo casamento

Viúvo União de Facto

Com quem vive:

Pai Mãe

Irmãos Avós

Conjuge Colegas

Sozinho Outros

Acerca do seu Pai por favor indique:

Habilitações Literárias:

Inferior ao 4º ano 4º ano

9º ano 12º ano

Licenciatura Mestrado

Doutoramento

Profissão: _____

Desempregado: Sim Não

Acerca da sua Mãe por favor indique:

Habilitações Literárias:

Inferior ao 4º ano 4º ano

9º ano 12º ano

Licenciatura Mestrado

Doutoramento

Profissão: _____

Desempregada: Sim Não

Anexo 1.3 Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

EADS-21

(Lovibond e Lovibond, 1995; adaptação port.: Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Anexo 1.4 Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS)

Escala de Afetividade Positiva e Negativa

PANAS - Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clark e Tellegen, 1988; Versão portuguesa de Galinha e Pais-Ribeiro, 2005).

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções **durante as últimas semanas** utilizando a escala de 1 a 5 e marcando com uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	1 Nada ou muito Ligeiramente	2 Um Pouco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremamente
1. Interessado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Perturbado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Excitado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Atormentado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Agradavelmente Surpreendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Culpado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Assustado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Caloroso (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Repulsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Entusiasmado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Orgulhoso (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Irritado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Encantado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Remorsos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Inspirado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervoso (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Determinado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Trémulo (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ativo (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Amedrontado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo

➤ **TMMS-24**

INSTRUÇÕES

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

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

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

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

Anexo 1.6 Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Escala de Satisfação com a Vida

SWLS – Satisfaction With Life Scale (Diener et al., 1985); (Escala de Satisfação com a Vida, versão portuguesa de Simões, 1992)

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

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

Muito obrigado/a pela sua colaboração.