

INDICADORES DE SAÚDE MENTAL EM JOVENS: FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

Hugo Ferrari Cardoso

Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Juliane Callegaro Borsa

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)

Joice Dickel Segabinazi

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)

Resumo

A juventude é caracterizada por importantes mudanças biológicas, psicológicas e sociais em que o indivíduo vivencia a conquista gradual da sua autonomia. Reconhecendo a juventude como uma importante etapa do ciclo vital, o presente estudo investigou indicadores de saúde mental e fatores de risco e de proteção, individuais e contextuais, em jovens universitários. Participaram do estudo 270 universitários (75,6% mulheres), com idades entre 18 e 24 anos ($M = 20,3$; $DP = 1,87$), provenientes de três diferentes estados brasileiros, os quais responderam a um protocolo composto por questionários padronizados. Os resultados indicaram que indivíduos com diagnóstico de depressão reportaram maiores níveis de afetos negativos, ansiedade e depressão. Além disso, os sintomas de depressão se correlacionaram negativamente com as variáveis individuais e contextuais que podem atuar como fatores de proteção para a saúde mental. Esses e outros resultados do presente estudo são discutidos com base na literatura.

Palavras-chave: juventude; depressão; fatores de risco.

MENTAL HEALTH INDICATORS IN YOUNG ADULTS: RISK AND PROTECTION FACTORS

Abstract

Youth is characterized by important biological, psychological and social changes in which the individual experiences a gradual conquest of autonomy. Acknowledging youth as an important step of the vital cycle, the present study investigated indicators of mental health and risk and protective factors, both individual and contextual, in Brazilian university youngsters. Participants were 270 undergrad students (75.6% women), with ages between 18 and 24 years old ($M = 20.3$; $SD = 1.87$), from three different Brazilian states, whom responded to a protocol composed by standardized questionnaires. Results indicated that individuals with a depression diagnostic reported higher levels of negative affect, anxiety and depression. Furthermore, depression symptoms were negatively correlated with individual and contextual variables that may act as protective factors to mental health. These and other results of the present study are discussed according to the literature.

Keywords: youth; depression; risk factors.

INDICADORES DE SALUD MENTAL EN JÓVENES: FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

Resumen

La juventud se caracteriza por importantes cambios biológicos, psicológicos, sociales en los que el individuo vive la conquista gradual de su autonomía. Reconociendo la juventud como una importante etapa del ciclo vital, el presente estudio investigó indicadores de salud mental y factores de riesgo y de protección individuales y contextuales en jóvenes universitarios brasileños. Participaron 270 individuos (75,6% mujeres), con edades entre 18 y 24 años ($M = 20,3$, $DP = 1,87$), desde tres diferentes estados brasileños, los cuales respondieron a un protocolo compuesto por el cuestionarios estandarizados. Los resultados indicaron que los individuos con diagnóstico de depresión reportaron mayores niveles de afectos negativos, ansiedad y depresión. Además, los síntomas de depresión se correlacionaron negativamente con las variables individuales y contextuales que pueden actuar como factores de protección para la salud mental. Estos y otros resultados del presente estudio se discuten sobre la base de la literatura.

Palabras clave: Jóvenes; Depresión; Factores de riesgo.

INTRODUÇÃO

A juventude é a fase da vida caracterizada pelo fim da adolescência e o início da vida adulta. É uma etapa do ciclo vital que impulsiona o indivíduo para a conquista gradual da autonomia (Arnett, 2011; Coimbra, Bocco, & Nascimento, 2005; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, 2004). Do ponto de vista demográfico, a juventude é delimitada entre os 15 a 24 anos, podendo essa faixa etária apresentar variações dependendo do contexto social e cultural (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 1999; UNESCO, 2004). Apesar da idade cronológica ser comumente utilizada como critério, o que define a juventude são as transformações biopsicossociais pelas quais passam o indivíduo, o que torna necessária a incorporação de aspectos sociais e históricos na sua concepção (Margullis & Urresti, 2008). Nesse sentido, juventude poder ser definida como o período que vai desde o momento em que se atinge a maturidade fisiológica até a maturidade social, não podendo ser tratada como uma etapa rígida com início e fim pré-determinados (UNESCO, 2004).

Dentre as mudanças que caracterizam a juventude, citam-se a exploração da identidade, a tendência de estar em grupo, a redução do monitoramento parental, a atitude de contestação e insatisfações sociais, o questionamento dos valores sociais, entre outros (Arnett, 2011; Sousa, 2006). Dadas tais características, a juventude é, também, a etapa do desenvolvimento em que sentimentos de instabilidade emocional e de frustração frente a objetivos não atingíveis são comumente reportados. Estudos empíricos apontam a juventude como uma etapa potencialmente propensa a comportamentos de risco, os quais podem dificultar o desenvolvimento global, impactando de forma significativa a qualidade de vida do jovem e a sua relação com a sociedade (Arnett, 2005, 2011; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004; Stoddard et al., 2013).

O Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) apontou para a necessidade de se investigar os fatores de risco e de proteção para a qualidade de vida das pessoas, sobretudo aquelas que sofrem com algum tipo de doença mental, com vistas a otimizar intervenções, expandir o acesso aos cuidados, desenvolver a capacidade de recursos humanos e transformar a saúde do sistema e respostas políticas (Collins et al., 2011). Estudos recentes buscaram mostrar as associações entre fatores de proteção, no caso o bem-estar subjetivo (Baptista, Hauck Filho, & Cardoso, 2016) e qualidade de vida (Coutinho, Pinto, Cavalcanti, Araújo, & Coutinho, 2016), com indicadores de depressão, como fator de risco, em amostras compostas por jovens. Como principais resultados da relação entre os construtos, menores indicadores de depressão foram positivamente associados a maiores percepções de bem-estar subjetivo e qualidade de vida. Tais informações corroboram com o fato acerca da importância de desenvolver investigações que mensurem fatores de risco e de proteção relacionados à saúde mental em jovens.

Fatores de proteção são características individuais (recursos pessoais) e/ou contextuais (recursos ambientais) que fortalecem e dão suporte ao indivíduo no enfrentamento de diferentes eventos de vida. São exemplos de fatores de proteção: autonomia, autoestima, bem-estar subjetivo, competência emocional, afetos positivos, o apoio social, coesão familiar, entre outros (Poletto & Koller, 2008). Os fatores de risco, por sua vez, constituem eventos e características negativas que atuam como preditores de problemas emocionais, físicos e sociais ao longo do ciclo vital. São exemplos de fatores de risco: falta de apoio familiar, baixo nível socioeconômico, experiências de vitimização, etc. (Pesce et al., 2004; Poletto & Koller, 2008).

Dentre os fatores individuais, as características psicológicas, como otimismo, autoestima, esperança, autoeficácia e bem-estar, apresentam-se como importantes mecanismos protetivos para o desenvolvimento pessoal saudável (Burrow, O'Dell, & Hill, 2010; Orth, Robins, & Widaman, 2012; Segabinazi et al., 2010; Segabinazi, Zortea, & Giacomoni, 2012). Segabinazi et al. (2010) apontam, ainda, a associação entre níveis elevados de autoeficácia e de satisfação com a vida durante a adolescência. O estudo de Artech e Bandeira (2003), por sua vez, indicou associação entre satisfação com a vida e afetos positivos e negativos, sendo maiores níveis de afetos positivos associados a maiores níveis satisfação com a vida. Tais estudos apontam para a importância da satisfação com a vida (compreendida como a avaliação positiva sobre a vida) para o desenvolvimento saudável dos jovens.

No que se refere aos aspectos contextuais, uma percepção positiva do suporte social e familiar, por exemplo, pode atuar como um importante fator de proteção para os jovens, contribuindo para o aumento da sua autoestima e do seu bem-estar físico e psicológico (Helsen, Vollebergh, & Meeus, 2000; Larose, & Bernier, 2001; Segabinazi, Giacomoni, Dias, Teixeira, & Moraes, 2010). Estudos

demonstram que as dificuldades no ambiente familiar se configuram como importantes fatores preditores de problemas de comportamento, como abuso de substâncias, delinquência, evasão e satisfação escolar, entre outros (Drane & Valois, 2000; Fomby & Bosick; 2013; Little et al, 2012; Nunes, Pontes, Silva, & Dell'Aglio, 2014), indicando a importância desse contexto para o desenvolvimento positivo do jovem (Segabinazi et. al., 2010). Do mesmo modo, a qualidade das relações estabelecidas com os pares (p. ex., amigos e colegas de escola) também pode estar associada a maiores níveis de satisfação com a vida em adolescentes (Huebner, Drane & Valois, 2000).

Um estudo com estudantes universitários americanos revelou associação entre níveis de autoestima e estresse com a percepção positiva sobre a relação parental. Mães carinhosas e atenciosas atuaram como fator preditor de maiores níveis de autoestima e menores níveis de estresse. Por outro lado, a baixa autoestima e o alto nível de estresse apresentaram-se fortemente associados com a rejeição paterna (Backer-Fulghum, Patock-Peckham, King, Roufa, & Hagen, 2012). O estudo desenvolvido por Thompson, Zuroff e Hindi (2012) indicou a relação entre depressão e baixo apoio familiar. Especificamente, menores níveis de autocrítica (exigência na autoavaliação) e dependência afetiva (foco exagerado sobre a importância das relações interpessoais) estiveram associados a maiores níveis de suporte emocional dos pais. Ainda no que se refere aos fatores contextuais, a renda financeira e o nível de escolaridade também apresentam correlação positiva com saúde mental (Damásio, Borsa & Koller, 2014). Importante referir que nenhuma variável representa por si só um fator de risco ou proteção. Em outras palavras, a própria percepção do indivíduo frente aos eventos de vida, as contingências do ambiente em que está inserido e suas estratégias de enfrentamento por ele empreendidas é e que permitirão configurar os fatores como de risco ou de proteção (Poletto & Koller, 2008).

Reconhecendo a juventude como uma importante etapa do desenvolvimento do indivíduo, o presente estudo teve por objetivo investigar indicadores de saúde mental (protetivos e risco), bem como verificar a relação existente entre esses diferentes construtos psicológicos.

MÉTODO

Participantes

O estudo contou com uma amostra de 270 universitários, provenientes de três diferentes estados brasileiros, das regiões Sul e Sudeste. Os participantes apresentavam entre 18 e 24 anos ($M=20,3$; $DP=1,87$), sendo a maior parte do sexo feminino, grupo esse composto por 204 participantes (75,6%). Com relação às informações sobre diagnóstico de depressão, 116 (43,0%) responderam que

apresentavam diagnóstico, 110 (40,7%) relataram não possuir o transtorno e 44 (16,3%) não souberam responder se possuíam diagnóstico de depressão.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico:

O primeiro instrumento aplicado foi um questionário sociodemográfico elaborado pelos autores. O questionário foi composto por perguntas de respostas abertas e fechadas e teve por objetivo coletar informações dos participantes acerca do sexo, idade, estado do Brasil em que reside, curso universitário, semestre, universidade, se o participante possuía diagnóstico de depressão e, em caso positivo, se fazia algum tratamento.

Escala de Afetos Positivos e Negativos para Adolescentes (EAPN-A) (Segabinazi, Zortea, Zanon, Bandeira, Giacomoni & Hutz, 2012):

O instrumento contém 28 itens divididos em afetos positivos (AP) com 14 itens e afetos negativos (AN) também com 14 itens em formato *Likert* de cinco pontos, com variação de 1 a 5 ("nem um pouco", "um pouco", "mais ou menos", "bastante" e "muitíssimo") em que o sujeito deve assinalar o número que corresponde ao quanto sentem as emoções descritas pelos adjetivos. A consistência interna por meio do alfa de Cronbach foi de 0,88 para AP e NA. O primeiro componente referente a afetos positivos apresentou *eigenvalue* de 8,1 e explicou 29% da variância total. O segundo fator, referente a afetos negativos, apresentou *eigenvalue* de 3,6 e explicou 12,4% da variância total.

Escala Global de Satisfação de Vida para Adolescentes (EGSV-A) (Segabinazi, Zortea & Giacomoni, 2014):

A escala é composta por 10 itens, no formato *Likert* de cinco pontos, com variação de 1 a 5 ("nem um pouco", "um pouco", "mais ou menos", "bastante" e "muitíssimo") que avaliam a satisfação global de vida em adolescentes. No estudo de adaptação, a escala apresentou uma solução unifatorial que explicou 53,8% da variância total e alfa de Cronbach de 0,90. Foram encontradas correlações positivas entre a EGSV-A com todas as dimensões da Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes (EMSV-A), sendo estas: Família ($r=0,54$; $p<0,01$), Self ($r=0,67$; $p<0,01$), Self Comparado ($r=0,42$; $p<0,01$), Não Violência ($r=0,32$; $p<0,01$), Autoeficácia ($r=0,56$; $p<0,01$), Amizade ($r=0,37$) e Escola ($r=0,19$; $p<0,01$).

Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes (EMSV-A) (Segabinazi, Giacomoni, Dias, Teixeira & Moraes, 2010):

O instrumento é composto por 52 itens distribuídos em sete dimensões chamadas de Família, Self, Escola, Self Comparado, Não Violência, Autoeficácia e Amizade. Os valores do alfa de Cronbach variaram de 0,70 a 0,91 entre as

subescalas e foi obtido um valor de 0,93 para a escala total. Com objetivo de obter evidências de validades para a EMSV-A, foram calculadas as correlações de cada subescala com a autoestima, sendo encontrados os seguintes valores: Família ($r=0,34$; $p<0,01$), Self ($r=0,51$; $p<0,01$), Escola ($r=0,06$; $p=0,25$), Self Comparado ($r=0,41$; $p<0,01$), Não Violência ($r=0,29$; $p<0,01$), Autoeficácia ($r=0,56$; $p<0,01$) e Amizade ($r=0,32$; $p<0,01$).

Escala de Positividade (EP) (Borsa, Damásio, Souza, Koller & Caprara, 2015):

O instrumento é composto por 8 itens no formato *Likert* com variação de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). No Brasil, a EP foi traduzida e adaptada em uma amostra de 730 indivíduos de 17 a 70 anos ($M = 31,0$ anos; $DP = 11,43$) de 21 estados brasileiros. A análise fatorial exploratória corroborou o estudo original ao indicar que a EP é composta por um único fator (cargas fatoriais variando de $-0,361$ a $0,877$; $\alpha = 0,86$). A análise fatorial confirmatória apresentou índices de ajuste adequados ao modelo (χ^2 (df) = $113,98$ (20), $p < 0,001$; SRMR = $0,065$; CFI = $0,95$; TLI = $0,93$; RMSEA = $0,11$ [09-0,13]).

Inventário de Saúde Mental de 5 itens (MHI-5) (Damásio, Borsa & Koller, 2014):

O instrumento se refere a uma das oito subescalas que abrangem o SF-36. É composto por cinco itens que avaliam sintomas de depressão e ansiedade, sendo que escores mais altos indicam maiores níveis desses sintomas. O instrumento foi adaptado para o contexto brasileiro em uma amostra de 524 participantes (69,8% mulheres), com idades entre 18 e 88 anos ($M = 38,3$; $DP = 13,26$), de 17 estados brasileiros. A análise fatorial exploratória indicou solução unifatorial ($KMO = 0,837$; Test Esfericidade de Bartlett χ^2 [10] = $574,365$, $p < 0,001$), representando 64,58% da variância explicada do construto. Todos os cinco itens carregaram satisfatoriamente no primeiro fator, com as cargas variando de $-0,77$ a $0,79$. A análise fatorial confirmatória apresentou índices adequados ao modelo (CFI = $0,99$; TLI = $0,99$; RMSEA (90% CI) = $0,07$ (0,05 – 11); SRMR = $0,02$).

Inventário de Percepção do Suporte Familiar - IPSF (Baptista, 2009):

O inventário é composto por 42 itens, no formato *Likert* de três pontos, com variação de zero a dois, e com pontuação mínima de zero e máxima de 84 pontos, que avaliam como o indivíduo percebe o suporte que recebe da sua família. O inventário é dividido em três dimensões: Afetivo Consistente, com 21 itens sobre relações afetivas positivas, carinho, proximidade, clareza em papéis e regras dos integrantes da família e habilidade na resolução de problemas; Adaptação Familiar, com 13 itens sobre sentimentos negativos sobre a família, tais como raiva, isolamento, exclusão, vergonha, incompreensão e interesse,

sendo que este fator deve ser pontuado inversamente; e Autonomia Familiar, com 8 itens sobre relações de confiança, liberdade e privacidade. Os índices de fidedignidade baseados no alfa de Cronbach demonstraram que a dimensão 1 apresentou alfa de 0,91; a dimensão 2, alfa de 0,90; a dimensão 3, alfa de 0,78, além do valor de 0,93 para o inventário total. Quanto maior a pontuação no instrumento, melhor o suporte familiar percebido pelo sujeito.

Escala Baptista de Depressão - Versão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ) (Baptista, 2011):

Trata-se de um instrumento constituído por uma versão preliminar da escala, de 43 itens, no formato *Likert*, de três pontos, variando de zero a dois, com pontuação mínima de zero e máxima de 86 pontos, que tem como objetivo avaliar a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes a partir de 24 descritores, que são: humor deprimido, perda ou diminuição de prazer, choro, desesperança, desamparo, indecisão, sentimento de incapacidade e inadequação, carência ou dependência, negativismo, esquiva de situações sociais, queda de produtividade, inutilidade, autocrítica exacerbada, culpa, diminuição da concentração, pensamento de morte, autoestima rebaixada, falta de perspectiva sobre o presente, alteração de apetite, alteração de peso, insônia ou hipersonia, lentidão ou agitação psicomotora, fadiga e irritação. Quanto menor a pontuação na EBADEP-IJ, menor a sintomatologia depressiva apresentada pelo indivíduo.

Escala de Percepção de Suporte Social - Versão Infanto-Juvenil (EPSUS-Ad) (Baptista & Cardoso, 2011):

A escala é composta por 23 itens, distribuídos em três fatores (Enfrentamento de Problemas - 11 itens; Interações Sociais - 5 itens e Afetividade - 7 itens), no formato *Likert*, de quatro pontos, com variação de zero a três e pontuação mínima de zero e máxima de 69 pontos, que avaliam como o indivíduo percebe o suporte social recebido em "nunca", "poucas vezes", "muitas vezes" ou "sempre". Quanto maior a pontuação na escala, melhor o suporte social percebido. Estudo realizado com a escala encontraram evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas, uma vez que encontraram correlações moderadas, estatisticamente significativas e na direção esperada, com medidas de depressão, em especial, a EBADEP-IJ ($r = -0,36$; $p < 0,01$) e o Inventário de Depressão Infantil-CDI ($r = -0,56$; $p < 0,01$) em uma amostra de adolescentes (Baptista & Cremasco, 2013).

Procedimentos

Este estudo foi realizado mediante aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade da Universidade São Francisco (USF), com o número CAAE - 60623516.7.0000.5514 e atendeu às orientações da Resolução

466/2012 do Ministério da Saúde. A coleta de dados ocorreu presencialmente, de forma individual ou coletiva e o contato com os participantes foi realizado nas universidades. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos, estar devidamente matriculado em um curso de ensino superior e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos foram apresentados em um protocolo único e o tempo de preenchimento durou cerca de uma hora.

Os dados coletados foram analisados por meio do Programa Estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science for Windows* versão 23). Primeiramente, foram realizados testes estatísticos descritivos para verificar a distribuição das variáveis sociodemográficas dos participantes. Para calcular diferenças nas respostas entre homens e mulheres e entre indivíduos com e sem diagnóstico de depressão, foram realizados testes não-paramétricos de Mann-Whitney. Correlações de Spearman foram conduzidas para avaliar a relação entre os indicadores de saúde mental (MHI-5) e de depressão (EBADEP-IJ) com os demais instrumentos aplicados. Para pormenorizar os resultados das correlações, foram conduzidas análises de regressões lineares, por meio do método *stepwise*, tendo como variável dependente as pontuações do MHI-5 e variáveis independentes as pontuações do IPSF (bem como seus três fatores), EPSUS-Ad (e suas três dimensões), EP, EAPNA (e os dois fatores), EGSVA, EMSVA (e suas sete dimensões) e EBADEP-IJ. De forma similar, foram realizadas análise de regressão linear inserindo-se a EBADEP-IJ como variável dependente e das demais variáveis supracitadas, como independentes.

RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os dados referentes diferenças de médias entre homens e mulheres (Tabela 1) e entre indivíduos com e sem diagnóstico de depressão (Tabela 2) para todas as variáveis analisadas.

Tabela 1.

Diferenças de médias de respostas nos instrumentos aplicados com base na variável sexo.

Variável	Sexo	Média	U	p
EBADEP-IJ	Masculino	152,64	5601,000	0,062
	Feminino	136,69		
IPSF – Afetivo Consistente	Masculino	133,62	6608,500	0,822
	Feminino	136,11		
IPSF – Adaptação Familiar	Masculino	138,41	6540,000	0,727
	Feminino	134,56		
IPSF – Autonomia	Masculino	143,78	6185,000	0,319
	Feminino	132,82		
IPSF – Total	Masculino	136,83	6644,500	0,874
	Feminino	135,07		
EPSUS-Ad – Enfrentamento	Masculino	111,56	5152,500	0,004

	Feminino	143,25		
EPSUS-Ad – Interações	Masculino	123,27	5925,000	0,136
	Feminino	139,46		
EPSUS-Ad – Afetividade	Masculino	117,07	5515,000	0,026
	Feminino	141,46		
EPSUS-IJ - Total	Masculino	113,32	5868,000	0,008
	Feminino	142,68		
EP	Masculino	131,98	6499,500	0,7673
	Feminino	136,64		
EAPNA – Positivo	Masculino	135,90	6705,500	0,962
	Feminino	135,37		
EAPNA - Negativo	Masculino	140,23	6420,500	0,571
	Feminino	133,97		
EAPNA – Total	Masculino	144,56	6134,500	0,278
	Feminino	132,57		
EGSVA – Total	Masculino	128,06	5986,000	0,682
	Feminino	132,57		
EMSVA – Família	Masculino	117,07	5464,500	0,060
	Feminino	137,54		
EMSVA – Self	Masculino	117,62	5500,500	0,088
	Feminino	136,08		
EMSVA – Escola	Masculino	123,71	5954,000	0,232
	Feminino	136,73		
EMSVA –Self Comp.	Masculino	134,53	6530,500	0,949
	Feminino	133,83		
EMSVA – Não violência	Masculino	130,40	6331,500	0,708
	Feminino	134,50		
EMSVA – Autoeficácia	Masculino	125,64	6081,000	0,398
	Feminino	134,50		
EMSVA – Amizade	Masculino	125,64	5109,000	0,011
	Feminino	134,79		
EMSVA – Total	Masculino	110,91	5043,000	0,078
	Feminino	138,43		
MHI-5	Masculino	130,11	6376,000	0,517
	Feminino	137,25		

Pela Tabela 1 é possível verificar que mulheres apresentaram maiores médias de respostas, as quais se diferenciaram estatisticamente em relação aos homens, apenas nos instrumentos de suporte social (nas dimensões Enfrentamento, Afetividade e Total da EPSUS-Ad), assim como na escala de satisfação com a vida (EMSVA, na dimensão Amizade). Na análise de diferenças de médias de respostas em relação à variável presença de diagnóstico de depressão, foram utilizados apenas os grupos que sinalizaram positiva (n=124) e negativamente (n=120) em relação a esse transtorno, sendo que o grupo que não soube responder sobre o diagnóstico (n=45) não foi levado em consideração para essa análise. As médias de respostas nos instrumentos aplicados estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2.

Diferenças de médias de respostas nos instrumentos aplicados com base na variável presença de diagnóstico de depressão.

Variável	Diagnóstico de Depressão	Média	U	p
EBADEP-IJ	Não	106,70	5632,500	0,046
	Sim	119,94		
IPSF – Afetivo Consistente	Não	115,75	6132,000	0,614
	Sim	111,36		
IPSF – Adaptação Familiar	Não	118,06	5878,000	0,306
	Sim	109,17		
IPSF – Autonomia	Não	111,75	6188,500	0,694
	Sim	115,16		
IPSF – Total	Não	115,66	6142,500	0,628
	Sim	111,45		
EPSUS-Ad – Enfrentamento	Não	118,87	5789,000	0,228
	Sim	108,41		
EPSUS-Ad – Interações	Não	119,98	5667,000	0,140
	Sim	107,35		
EPSUS-Ad – Afetividade	Não	115,30	6181,500	0,683
	Sim	111,79		
EPSUS-Ad - Total	Não	118,13	5870,500	0,299
	Sim	109,11		
EP	Não	116,97	5998,000	0,436
	Sim	110,21		
EAPNA – Positivo	Não	120,12	5252,000	0,050
	Sim	107,22		
EAPNA - Negativo	Não	104,98	5442,500	0,056
	Sim	121,58		
EAPNA - Total	Não	109,93	5987,500	0,424
	Sim	116,88		
EGSVA – Total	Não	118,98	5117,000	0,048
	Sim	102,02		
EMSVA – Família	Não	116,44	5514,500	0,216
	Sim	105,80		
EMSVA – Self	Não	117,35	5411,500	0,145
	Sim	104,82		
EMSVA – Escola	Não	112,77	6018,500	0,773
	Sim	110,29		
EMSVA –Self Comp.	Não	116,57	5715,000	0,300
	Sim	107,63		
EMSVA – Não violência	Não	115,44	5838,000	0,435
	Sim	108,71		
EMSVA – Autoeficácia	Não	115,08	5556,000	0,301
	Sim	106,24		
EMSVA – Amizade	Não	116,64	5281,000	0,129
	Sim	103,65		
EMSVA - Total	Não	108,34	5014,500	0,367
	Sim	100,81		
MHI-5	Não	123,92	5234,000	0,019
	Sim	103,62		

Como pode ser observado na Tabela 2, houve diferenças estatisticamente significativas nas médias de respostas do instrumento EBADEP-IJ, com maior média de respostas no grupo com diagnóstico de depressão (resultado que era esperado, uma vez que a EBADEP-IJ avalia sintomas de depressão). Além disso, também houve diferenças de médias de respostas nos instrumentos EAPNA-A (fator positivo), EGSVA (fator geral) e no MHI-5, que avaliam afetos positivos, satisfação com a vida e saúde mental, respectivamente. Especificamente, verificou-se que o grupo de jovens que relatou não possuir diagnóstico de depressão apresentou maiores médias nessas dimensões quando comparado ao grupo de participantes com o diagnóstico.

A seguir, serão apresentados os dados das correlações entre os instrumentos aplicados, em especial, serão verificadas as associações entre indicadores de depressão (EBADEP-IJ) e de saúde mental (MHI-5) com os demais instrumentos aplicados (Tabela 3).

Tabela 3.

Associações entre indicadores de saúde mental e depressão com os demais instrumentos aplicados.

	MHI-5	EBADEP-IJ
IPSF – Afetivo Consistente	- 0,27**	- 0,18*
IPSF – Adaptação Familiar	- 0,19**	- 0,25**
IPSF – Autonomia	- 0,14**	- 0,11**
IPSF – Total	- 0,26**	- 0,23**
EPSUS-Ad – Enfrentamento	- 0,24**	- 0,22**
EPSUS-Ad – Interações	- 0,19**	- 0,18*
EPSUS-Ad – Afetividade	- 0,20**	- 0,20**
EPSUS-Ad - Total	- 0,24**	- 0,22**
EP	- 0,56**	- 0,43**
EAPNA – Positivo	- 0,48**	- 0,29**
EAPNA - Negativo	0,49**	0,25**
EAPNA - Total	- 0,03	- 0,01
EGSVA – Total	- 0,59**	- 0,28**
EMSVA – Família	- 0,53**	- 0,73**
EMSVA – Self	- 0,57**	- 0,79**
EMSVA – Escola	- 0,29**	- 0,76**
EMSVA –Self Comp.	- 0,19**	- 0,29**
EMSVA – Não viole	- 0,41**	- 0,66**
EMSVA – Autoeficácia	- 0,42**	- 0,74**
EMSVA – Amizade	- 0,43**	- 0,74**
EMSVA - Total	- 0,51**	- 0,83**
EBADEP-IJ	0,56**	1,00

* $p < 0,050$; ** $p < 0,010$

Nota-se na Tabela 3 que das 43 possíveis correlações entre os instrumentos aplicados, apenas duas (MHI-5 e EAPNA Total e entre EBADEP-IJ e EAPNA Total) não apresentaram significância estatística. Das demais

informações, o MHI-5 apresentou correlação negativa e estatisticamente significativa com os instrumentos que avaliam suporte social e familiar, satisfação com a vida, afetos positivos e positividade, indicando que quanto maior a pontuação nesses últimos instrumentos, menores os níveis de ansiedade e depressão. O MHI-5 se correlacionou de forma positiva com a dimensão negativa da EAPN-A, indicando que quanto maior pontuação em afetos negativos, maiores os níveis de ansiedade e depressão. De forma semelhante, os sintomas de depressão (avaliados pela EBADEP-IJ) se correlacionaram de forma negativa com todos os instrumentos, exceto a dimensão afetos negativos da EAPN-A. Com base nos critérios de Cohen (1988), as correlações são classificadas como de valores pequenos, quando as magnitudes forem entre 0,10 e 0,29; é considerada média, quando os valores forem entre 0,30 e 0,49; e valores grandes as magnitudes acima de 0,50, as associações entre os instrumentos foram classificadas.

Das correlações do MHI-5 e os demais instrumentos aplicados foram encontradas 10 correlações classificadas como pequenas (com IPSF – Afetivo Consistente; Adaptação Familiar; Autonomia e IPSF – Total; EPSUS-Ad – Enfrentamento; Interações; Afetividade e EPSUS-Ad – Total; EMSVA – Escola e Self Comparado), cinco médias (com EAPNA – Positivo e Negativo; EMSVA – Não Violência, Autoeficácia e Amizade); e seis com valores grandes (com EP; EGSVA – Total; EMSVA Família e Self; EMSVA – Total; e EBADEP-IJ). Já a EBADEP-IJ, quando associada aos demais instrumentos, foram obtidas 12 correlações classificadas como pequenas (com IPSF – Afetivo Consistente; Adaptação Familiar; Autonomia; e IPSF – Total; EPSUS-Ad – Enfrentamento; Interações; Afetividades e EPSUS-Ad – Total; EAPNA – Positivo e Negativo; EGSVA – Total; e EMSVA – Self Comparado), uma correlação classificada como média (com EP) e sete com valores grandes (com EMSVA – Família; Self; Escola; Não Violência; Autoeficácia; Amizade e EMSVA - Total).

Visando verificar quais variáveis formam os modelos que melhor explicam tanto indicadores de saúde mental como de depressão, optou-se por realizar análises de regressões lineares, por meio do método *stepwise*. A Tabela 4 apresenta as informações da análise de regressão na qual utilizou-se como variável dependente as pontuações do MHI-5. Já as variáveis independentes foram as pontuações do IPSF (bem como de seus três fatores), a EPSUS-Ad (e suas três dimensões), a EP, a EAPNA (e os dois fatores), EGSVA, a EMSVA (e suas sete dimensões) e a EBADEP-IJ.

Tabela 4.
Regressão entre as variáveis (variável dependente: MHI-5).

Modelo	Coeficientes Não padronizados	Coeficiente Padronizado	t	Significância
--------	-------------------------------------	----------------------------	---	---------------

		B	Erro padrão	Beta		
MHI-5						
	(Constante)	14,330	1,930		7,424	0,000
8	EBADEP-IJ	- 0,067	0,012	- 0,460	- 5,475	0,000
	EAPNA Negativo	- 0,059	0,017	- 0,182	- 3,392	0,001
	EGSVA Total	0,123	0,026	0,288	4,802	0,000
	EMSVA Escola	- 0,145	0,042	- 0,274	- 3,483	0,001
	EMSVA Não violência	0,163	0,050	0,181	3,264	0,001
	EAPNA Positivo	0,052	0,018	0,156	2,820	0,005

O modelo que melhor foi capaz de predizer a saúde mental (MHI-5) foi composto por seis variáveis. De forma específica, maiores níveis de saúde mental foi mais bem explicada por baixa sintomatologia depressiva (EBADEP-IJ) e baixa percepção de afetos negativos (EAPNA-Negativo) e maiores níveis de satisfação com a vida (EGSVA-Total; EMSVA-Escola; EMSVA-Não violência) e afetos positivos (EAPNA-Positivo). Essas seis variáveis formaram o modelo com maior poder preditivo ($r^2_{ajustado} = 0,57$) em relação aos indicadores de saúde mental avaliados pela MHI-5.

Em relação ao diagnóstico de colinearidade, o *variance inflation factor* (VIF) ficou entre 1,1 e 9,2, índice satisfatório, já que o mesmo não deve ser igual ou superior a 10. Já a tolerância (*Tolerance*) ficou entre 0,1 e 0,9, indicando que não há colinearidade entre as variáveis que traga prejuízo para a análise, já que que indicam colinearidade devem ser iguais ou inferiores a 0,10. Por último, em relação ao pressuposto de resíduos, a análise de Durbin-Watson demonstrou valor de 1,92, sugerindo baixa correlação entre os resíduos das variáveis no modelo, levando-se em consideração que valores próximos a 2, em uma variação de 0 a 4, demonstram a inexistência de correlações indevidas positivas ou negativas.

A outra análise de regressão linear realizada neste estudo objetivou identificar o modelo de maior predição de sintomatologia depressiva. Dessa forma, utilizou-se como variável dependente as pontuações da EBADEP-IJ e como variáveis independentes as pontuações do IPSF (bem como seus três fatores), a EPSUS-Ad (e suas três dimensões), a EP, a EAPNA (e os dois fatores), EGSVA, a EMSVA (e suas sete dimensões) e a MHI-5.

Tabela 5.

Regressão entre as variáveis (variável dependente: EBADEP-IJ).

Modelo	Coeficientes	Coeficiente	t	Significância
--------	--------------	-------------	---	---------------

		Não padronizados		Padronizado		
		B	Erro padrão	Beta		
EBADEP-IJ						
	(Constante)	128,193	6,330	20,253	0,000	
9	EMSVA Total	- 0,339	0,060	- 0,513	-	0,000
	MHI-5	- 1,366	0,268	- 0,201	-	0,000
	EGSVA Total	0,521	0,110	0,179	4,733	0,000
	EMSVA Escola	- 0,932	0,234	- 0,258	-	0,000
	EAPNA Negativo	0,232	0,078	0,106	2,973	0,003
	EMSVA Autoeficácia	- 0,688	0,308	- 0,122	-	0,027
	EPSUS-Ad Interações	0,533	0,223	- 0,071	2,396	0,017

Dos dados, menor percepção de satisfação com a vida - em especial na escala EMSVA como um todo, Escola (EMSVA-Escola) e Autoeficácia (EMSVA-Autoeficácia), assim como a escala EGSVA em sua totalidade; menor percepção de indicadores de saúde mental (MHI-5); de suporte social em termos de interações sociais (EPSUS-Ad - Interações) e maior percepção de afetos negativos (EAPNA-Negativo) formaram o modelo de melhor predição de indicadores de depressão mensurados pela EBADEP-IJ ($r^2_{ajustado} = 0,82$).

Em relação ao diagnóstico de colinearidade, o *variance inflation factor* (VIF) ficou entre 9,6 e 1,6, índice satisfatório, já que o mesmo não deve ser igual ou superior a 10. As demais informações da análise de regressão foram adequadas, quais sejam, a tolerância (*Tolerance*) ficou entre 0,1 e 0,9 e a análise de Durbin-Watson demonstrou valor de 1,93.

DISCUSSÃO

As investigações acerca dos fatores de proteção e de risco que podem afetar a saúde mental de jovens são de grande importância no cotidiano, uma vez que, por intermédio desses estudos, pode-se refletir sobre as influências que tais jovens estão sujeitos, sejam elas biológicas, psicológicas, sociais e culturais (Arnett, 2011; UNESCO, 2004). Em acréscimo, para além de identificar os fatores de proteção e de risco, também é importante se refletir como esses se relacionam entre si e quais as possibilidades de intervenções, visando diminuição de questões consideradas negativas aos jovens (Collins et al., 2011). O presente estudo apresentou diversos dados sobre fatores de proteção e de risco para

percepção de saúde mental e sintomas de depressão, os quais serão discutidos a seguir.

Quanto às diferenças de médias de respostas em relação aos instrumentos aplicados, no que se refere à variável sexo, houve diferenças estatisticamente significativas quanto aos dados no instrumento EPSUS-Ad (tanto nas dimensões Enfrentamento e Afetividade, assim como na escala em sua totalidade), sendo que em todos os casos pessoas do sexo feminino apresentaram maiores médias de respostas, quando comparadas ao grupo formado por participantes do sexo masculino. Acerca dessa informação, conforme sinalizam Thanoi, Phancharoenworakul, Thompson, Panitrat e Nityasuddhi (2010), o suporte social é considerado um fator protetivo em relação a possíveis estressores do cotidiano para ambos os sexos. Sobre as diferenças quanto à variável sexo, no estudo Silva, Morgado e Maroco (2012) mulheres apresentam maior percepção de suporte social, entretanto essa mesma constatação não foi observada no estudo de Baptista e Cardoso (2011), no qual não houve diferenças de médias com significância estatística na variável sexo.

Outra diferença de média observada em relação à variável sexo ocorreu na Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes (EMSV-A), fator Amizade. Neste caso, o sexo feminino também apresentou pontuação superior em relação ao masculino quanto à percepção de satisfação com a vida por meio das amizades constituídas. Essa informação vai ao encontro com os resultados encontrados no estudo de Strelhow, Bueno e Câmara (2010), entretanto não é corroborada com base no estudo de Segabinazi et al. (2010), o qual teve por objetivo buscar qualidades psicométricas para o instrumento em questão. Os dados do presente estudo, juntamente com as evidências da literatura, apontam para a falta de consenso quanto às diferenças entre homens e mulheres quanto às variáveis individuais e contextuais que podem atuar como fatores de risco e proteção para a saúde mental.

Os dados obtidos por intermédio dos instrumentos também foram comparados tendo em vista o fato dos participantes terem relatado ou não diagnóstico de depressão. De forma específica, no instrumento EBADEP-IJ, o qual avalia sintomas de depressão, houve pontuação superior do grupo que relatou diagnóstico de depressão. Embora essa informação fosse esperada, o fato de haver essa diferença mostra que o instrumento de fato foi capaz de identificar os grupos com e sem depressão. Informação semelhante foi encontrada por Baptista (2012) em que, ao avaliar adultos depressivos (diagnosticados) e não depressivos fazendo uso de um instrumento de rastreamento de sintomas de depressão, verificou-se diferenças estatisticamente significativas, sendo a pontuação superior no grupo de pessoas com depressão.

Houve diferença nas médias de respostas tendo como variável o diagnóstico de depressão também em relação ao instrumento EAPNA, dimensão positiva da escala. Nesse caso, participantes que não relataram diagnóstico de

depressão pontuaram de forma superior ao grupo que relatou o diagnóstico. Tais informações também foram encontradas no estudo de Gollan et al. (2016), em que os autores avaliaram respostas afetivas de pessoas com e sem diagnóstico de depressão, sendo que pessoas com depressão apresentaram menores níveis de afetos positivos.

Também se observou que houve diferenças das médias de respostas à EGSVA em indivíduos com e sem diagnóstico de depressão. Especificamente, pessoas que não apresentam diagnóstico de depressão apresentaram maiores médias na EGSVA quando comparadas ao grupo de pessoas com diagnóstico de depressão. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (American Psychiatric Association - APA, 2014), alguns sintomas que caracterizam o Episódio Depressivo Maior estão associados à diminuição de percepção de satisfação com a vida (por exemplo a presença de humor deprimido ou irritável na maior parte dos dias e/ou a perda de interesse por atividades que gostava de fazer), o que explica em grande parte a diferença de pontuação acerca da percepção de satisfação com a vida entre os dois grupos. De forma complementar, Baptista (2012) sinalizou outros sintomas que estão frequentemente presentes em pessoas com transtornos de humor, tais como: pessimismo, desamparo, esquivas sociais, baixa autoestima e angústia.

Das análises de correlações, foi possível averiguar que, quando associado ao instrumento de avaliação de saúde mental (MHI-5), grande parte dos construtos avaliados pelos outros instrumentos aplicados, a saber, afetos positivos (EAPN-A), satisfação com a vida (EAPN-A e EMSV-A), positividade (EP), suporte familiar (IPSF) e social (EPSUS-Ad), apresentou correlações positivas e significativas. Apenas a dimensão afeto negativo (EAPN-A) e sintomas de depressão (EBADEP-IJ) apresentaram correlações negativas. Acerca dessas informações, a literatura, em geral, aponta que altos níveis de saúde mental tendem a estar positivamente associados a fatores de proteção como, por exemplo, afetos positivos (Arteche & Bandeira, 2003; Ruthiga, Triskoia, & Chipperfield, 2014), satisfação com a vida (Fergusson et al., 2015; Huebner, Drane & Valois, 2000; Seow et al., 2016), positividade (Borsa, Damásio, Souza, Koller, & Caprara, 2015; Caprara, Steca, Alessandri, Abela, & McWhinnie, 2010), suporte social e familiar (Backer-Fulghum, Patock-Peckham, King, Roufa, & Hagen, 2012; Jibeen, 2016; Helsen, Vollebergh, & Meeus, 2000; Larose, & Bernier, 2001; Segabinazi, Giacomoni, Dias, Teixeira, & Moraes, 2010).

Por sua vez, no presente estudo, sintomas de depressão (mensurados por meio de EBADEP-IJ) foram associados de forma negativa com as variáveis suporte social e familiar, afeto positivo, positividade e satisfação com a vida, as quais estão associadas a fatores de proteção para a saúde mental, uma vez que tendem a amenizar os sintomas de depressão (Baptista, 2012). Assim, com base na literatura, tais dados são corroborados por diversos estudos que também encontraram correlações negativas entre indicadores de depressão com suporte

social e familiar (Jibeen, 2016; Thompson, Zuroff, & Hindi, 2012; Watson, Grossman, & Russell, 2016), afetos positivos (Coote & MacLeod, 2012; Gollan et al., 2016; Ruthiga, Triskoa, & Chipperfield, 2014), satisfação com a vida (Fergusson et al., 2015; Stankov, 2013), positividade (Borsa et al., 2015; Borsa, Damásio, & Koller, 2016; Davies, Malik, Pictet, Blackwell, & Holmes, 2012) e indicadores de saúde mental (Coote & MacLeod, 2012; Watson, Grossman, & Russell, 2016).

No que tange às análises preditivas de indicadores de saúde mental e sintomas de depressão, quanto à saúde mental (avaliada por intermédio do MHI-5), o modelo de melhor predição para essa amostra foi composto pelos instrumentos de satisfação com a vida, afetos e sintomas de depressão. Essas informações corroboram com outros achados na literatura, a exemplo, estudos que relatam que a variável satisfação com a vida é preditora de adequada saúde mental (Orth, Robins, & Widaman, 2012; Segabinazi, et al, 2010), assim como a variável afetividade (Arteche & Bandeira, 2003; Burrow et al., 2010; Segabinazi, Zortea, Zanon, Bandeira, Giacomoni, & Hutz, 2012) e, de forma negativa, a sintomatologia depressiva (Coote & MacLeod, 2012; Watson, Grossman, & Russell, 2016).

Por fim, o modelo de regressão que melhor explicou os sintomas de depressão foi composto pelos instrumentos de satisfação com a vida, indicadores de saúde mental, afetos e suporte social. Tais informações se sustentam na medida em que a literatura postula que a satisfação com a vida nos jovens tende a ser concebida como uma variável protetiva frente ao adoecimento psicológico, em especial, indicadores de depressão (Stankov, 2013). Nessa mesma direção, a percepção de apoio, tanto social como familiar, por parte dos jovens geralmente é visto como um fator protetivo frente à depressão, ou seja, por intermédio das interações sociais, bem como afetos positivos em tais relações, o jovem tende a se perceber como pertencente a um grupo social, o qual lhe oferece situações agradáveis (LeCloux, Maramaldi, Thomas, & Wharff, 2016; Magalhães & Calheiros, 2017; Reid et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A juventude é uma fase do desenvolvimento humano comumente associada à diversas mudanças, sendo uma concebida, em geral, como um período de instabilidade emocional, podendo fazer com que estejam propensos a comportamentos de risco que podem prejudicar sua saúde, física e mental. A presente pesquisa investigou os fatores de proteção e risco relacionados à saúde mental de jovens, e os resultados apontaram para importantes reflexões. Neste sentido, é importante se pensar em políticas públicas que promovam aos jovens as condições necessárias para o desenvolvimento saudável. Além disso, é importante que os cursos de graduação incluam em sua grade curricular a

reflexão sobre os fatores individuais e contextuais que podem atuar como risco ou proteção para o desenvolvimento.

Embora os objetivos da pesquisa tenham sido alcançados, algumas limitações devem ser elencadas. A primeira limitação diz respeito ao fato de que a amostra ficou restrita a apenas três estados brasileiros (regiões Sul e Sudeste do Brasil). Nesse sentido, sugere-se novos estudos que permitam incluir participantes de outros estados, de modo a compor uma amostra mais representativa da realidade social e cultural brasileira. Por fim, outra limitação está relacionada à quantidade de instrumentos aplicados nos participantes. A aplicação de diversos instrumentos tornou o protocolo extenso e cansativo. Dessa forma, sugere-se que os instrumentos sejam aplicados em futuros estudos, porém os mesmos podem ser aplicados em diferentes etapas de coleta (controlando melhor o efeito fadiga nos participantes).

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5*. 5a ed. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Arnett, J. J. (2011). Emerging adulthood(s): The cultural psychology of a new life stage. In J. A. Lene (Ed.), *Bridging cultural and developmental approaches to psychology: New synthesis in theory, research, and policy* (pp. 255-275). New York, NY: Oxford University Press.
- Arteche, A. X., & Bandeira, D. R. (2003). Bem-estar subjetivo: Um estudo com adolescentes trabalhadores. *Psico USF*, 8(2) 193-201.
- Backer-Fulghum, L. M., Patock-Peckham, J. A., King, K.M., Roufa, L., & Hagen L. (2012). The stress-response dampening hypothesis: How self-esteem and stress act as mechanisms between negative parental bonds and alcohol-related problems in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(4), 477-484. doi:10.1016/j.addbeh.2011.12.012.
- Baptista, M. N. (2009). *Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF)*. São Paulo, SP: Vetor.
- Baptista, M. N. (2011). *Escala Baptista de Depressão- Versão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ)*. Manual Técnico não Publicado Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco.
- Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão versão Adulto - EBADEP-A*. São Paulo, SP: Vetor.

- Baptista, M. N., & Cardoso, H. F. (2011). *Escala de Percepção do Suporte Social –Versão Infanto-Juvenil (EPSUS-Ad)*. Manual Técnico não Publicado. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco.
- Baptista, M. N. & Cremasco, G. S. (2013). Propriedades psicométricas da escala baptista de depressão infanto-juvenil (EBADEP-IJ). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(2), 198-213.
- Baptista, M. N., Hauck Filho, N., & Cardoso, C. (2016). Depressão e bem-estar subjetivo em crianças e adolescentes: Teste de modelos teóricos. *Psico*, 47(4), 259-267. doi:10.15448/1980-8623.2016.4.23012.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., Souza, D. S. de, Koller, S. H., & Caprara, G. V. (2015). Psychometric properties of the positivity scale - Brazilian version. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(1), 61-67. doi:10.1590/1678-7153.201528107.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Koller, S. H. (2016). Escala de Positividade (EP): Novas evidências de validade no contexto brasileiro. *Psico-USF*, 21(1), 1-12.
- Burrow A. L., O'Dell, A. C., & Hill, P. L. (2010). Profiles of a developmental asset: Youth purpose as a context for hope and well-being. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(11):1265-73. doi:10.1007/s10964-009-9481-1.
- Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R. Z., & McWhinnie, C. M. (2010). Positive orientation: Explorations on what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(1), 63-71. doi:10.1017/S1121189X00001615.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2ª ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Coimbra, C., Bocco, F., & Nascimento, M. (2005). Subvertendo o conceito de adolescência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 2-11.
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S., & Stein, D. J. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475(7354), 27-30. doi:10.1038/475027a.
- Coote, H. M. J., & MacLeod, A. K. (2012). A self-help, positive goal-focused intervention to increase well-being in people with depression a self-help, positive goal-focused intervention to increase well-being in people with depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 305-315.
- Coutinho, M. P. L., Pinto, A. V. L., Cavalcanti, J. G., Araújo, L. S., & Coutinho, M. L. (2016). Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. *Psicologia, Saúde & Doença*, 17(3), 338-351. doi:10.15309/16psd170303www.sp-ps.pt338.

- Damásio, B. F., Borsa, J. C., & Koller, S. H. (2014). Adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the Five-Item Mental Health Index (MHI-5). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(2), 323-330. doi:10.1590/1678-7153.201427213
- Davies, C., Malik, A., Pictet, A., Blackwell, S. E., & Holmes, E. A. (2012). Involuntary memories after a positive film are dampened by a visuospacial task: unhelpful in depression but helpful in mania? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 341-351.
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H., Horwood, L. J., Swain, N. R., Chapple, S., & Poulton, R. (2015). Life satisfaction and mental health problems (18 to 35 years). *Psychological Medicine*, 45, 2427-2436
- Fomby, P., & Bosick, S.J. (2013). Family Instability and the Transition to Adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 75, 1266-1287. doi:10.1111/jomf.12063
- Gollan, J. K., Hoxha, D., Hunnicutt-Ferguson, K., Norris, C. J., Rosebrock, L., Sankin, L., & Cacioppo, J. (2016). Twice the negativity bias and half the positivity offset: Evaluative responses to emotional information in depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 166-170
- Helsen, M., Vollebergh, W., & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(3), 319-335.
- Huebner, E. S., Drane, W., & Valois, R. F. (2000). Levels and demographic correlates of adolescence life satisfaction reports. *School Psychology International*, 21, 281-292.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (1999). *População jovem no Brasil / IBGE*. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, RJ.
- Jibeen, T. (2016). Perceived social support and mental health problems among Pakistani university students. *Community Mental Health Journal*, 52, 1004-1008.
- Larose, S., & Bernier, A. (2001). Social support processes: Mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. *Attachment & Human Development*, 3(1), 96-120.
- LeCloux, M., Maramaldi, P., Thomas, K., & Wharff, E. (2016). Family support and mental health service use among suicidal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2597-2606. doi:10.1007/s10826-016-0417-6
- Little, K., Hawkins, M. T., Sanson, A., Toumbourou, J. W., Smart, D., Vassallo, S., & O'Connor, M. (2012). The longitudinal prediction of alcohol consumption-related harms among young adults. *Substance Use & Misuse*, 47, 1303-1317. doi:10.3109/10826084.2012.699577.

- Magalhães, E., & Calheiros, M. M. (2017). A dual-factor model of mental health and social support: Evidence with adolescents in residential care. *Children and Youth Services Review, 79*, 442-449.
- Margullis, M., & Urresti, M. (2008). La juventud es más que una palabra. In M. Margullis (Ed.), *La juventud es más que una palabra: Ensaio sobre cultura y juventud* (pp. 13-30). Buenos Aires: Biblos
- Nunes, T. G. R., Pontes, F. A. P., Silva, L. I. C., & Dell’Aglío, D.D. (2014). Fatores de risco e proteção na escola: Reprovação e expectativas de futuro de jovens paraenses. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, 18*(2), 203-210.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO (2004). *Políticas Públicas de/para/com juventudes*. Brasília, DF: UNESCO.
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K.F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*(6), 1271–1288. doi 10.1037/a0025558
- Pesce, R. P., Assis, S. G, Santos, N., & Oliveira, R. V. Carvalhaes (2004). Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20*(2), 135-143. doi:10.1590/S0102-37722004000200006.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: Promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas), 25*(3), 405-416. doi:10.1590/S0103-166X2008000300009.
- Reid, G. M., Holt, M. K. Bowman, C. E., Espelage, D. L., & Green, J. G. (2016). Perceived social support and mental health among first-year college students with histories of bullying victimization. *Journal of Child and Family Studies, 25*, 3331–3341.
- Ruthiga, J. C., Triskoa, J., & Chipperfield, J. G. (2014). Shifting positivity ratios: Emotions and psychological health in later life. *Aging & Mental Health, 18*(5), 547–553.
- Segabinazi, J. D., Giacomoni, C. H., Dias, A. C. G., Teixeira, M. A. P., & Moraes, D. A. O. (2010). Desenvolvimento e validação preliminar de uma escala multidimensional de satisfação de vida para adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(4), 653-659. doi:10.1590/S0102-37722010000400009.
- Segabinazi, J. D., Zortea, M., & Giacomoni, C. H. (2014). Avaliação de bem-estar subjetivo em adolescentes. In C. S. Hutz. (Ed.), *Avaliação em Psicologia Positiva*, (pp. 69-84). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Segabinazi, J. D., Zortea, M., Zanon, C., Bandeira, D. R., Giacomoni, C. H., & Hutz, C. S. (2012). Escala de afetos positivos e negativos para adolescentes: Adaptação, normatização e evidências de validade. *Avaliação Psicológica, 11*(1), 1-12.

- Seow, L. S. E., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Pang, S., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2016). Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *Journal of Affective Disorders, 190*, 499–507
- Silva, J. C., Morgado, J., & Maroco, J. (2012). The relationship between Portuguese adolescent perception of parental styles, social support, and school behaviour. *Psychology, 3*(7), 513-517
- Sousa, J. (2006) Apresentação do Dossiê: A sociedade vista pelas gerações. *Política & Sociedade: Revista de Sociologia Política, 5*(8), 9-30.
- Stankov, L. (2013). Depression and life satisfaction among European and Confucian adolescents. *American Psychological Association, 25*(4), 1220-1234.
- Stoddard, S. A., Whiteside, L., Zimmerman, M. A., Walton, M. A., Cunningham, R., & Chermack, S. T. (2013). The relationship between cumulative risk and promotive factors and violent behavior among urban adolescents. *American Journal of Community Psychology, 51*, 57-65. doi:10.1007/s10464-012-9541-7.
- Strelhow, M. R. W, Bueno, C. O., & Câmara, S. G. (2010). Percepção de saúde e satisfação com a vida em adolescentes: Diferença entre os sexos. *Revista Psicologia e Saúde, 2*(2), 42-49.
- Thompson, R., Zuroff, D. C., & Hindi, E. (2012). Relationships and traumatic events as predictors of depressive styles in high-risk youth. *Personality and Individual Differences 53*, 474–479.
- Thanoi, W., Phanchaoenworakul, K., Thompson, E. A., Panitrat, R. & Nityasuddhi, D. (2010). Thai adolescent suicide risk behaviors: Testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 14*(3), 187-202.
- Watson, R. J., Grossman, A. H., & Russell, S. T. (2016). Sources of social support and mental health among LGB youth. *Youth & Society, 4*, 1–19.

Sobre os autores

Hugo Ferrari Cardoso é psicólogo pela Universidade Sagrado Coração, mestre, doutor e pós-doutor em Psicologia pela Universidade São Francisco. Trabalha como docente de graduação e pós-graduação na Universidade Estadual Paulista (UNESP). hfcardoso@fc.unesp.br.

Juliane Callegaro Borsa é psicóloga pelo Centro Universitário Franciscano, mestre pela Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), doutorado e pós-doutorado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Trabalha como docente de graduação e pós-graduação na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). juliborsa@gmail.com.

Joice Dickel Segabinazi é psicóloga pela Universidade Federal de Santa Maria, mestre e doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É pesquisadora no Laboratório de Dor & Neuromodulação no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e colaboradora no Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP/UFRGS) e no Núcleo de Estudos em Neuropsicologia Cognitiva (NEUROCOG/UFRGS). jsegabinazi@gmail.com.

A contribuição de cada autor pode ser atribuída como se segue: H.F.C. e J.C.B. foram responsáveis pela conceitualização, investigação e visualização do artigo, assim como a redação inicial; Autores H.F.C., J.C.B. e J.D.S. foram responsáveis pela redação final (revisão e edição).

Recebido em: 04/09/2017

Revisado em: 06/06/2018

Aceito em: 16/06/2018