

Universidades Lusíada

Silva, Fabiana Maria de Jesus

Bem-estar subjectivo em crianças e adolescentes com síndrome de Turner : um estudo exploratório

<http://hdl.handle.net/11067/1670>

Metadados

Data de Publicação

2012

Resumo

O estudo do Bem-Estar Subjetivo (BES) como um construto amplo e multidimensional, revela-se de extrema importância para que se possa conhecer e perceber que mecanismos estão associados aos critérios de definição subjetivos de uma vida com qualidade, podendo, assim, potenciar-se níveis mais elevados de BES nos indivíduos. Poucas investigações se têm debruçado sobre o estudo do BES em crianças e adolescentes, não havendo investigações a este nível com população com Síndrome de Turner. O objectivo ...

The study of Subjective Well-Being (SWB) as a large and multidimensional construct, it associated to the extreme importance to know and understand what mechanisms are associated with subjective criteria for a life with quality, and what can increase higher levels in the individual SWB. Few investigations have been examining the SWB in children and adolescents with and without Turner Syndrome (TS). The purpose of this exploratory study was to evaluate the Subjective Well-Being according to a comp...

Palavras Chave

Educação Especial, Necessidades Educativas Especiais, Síndrome de Turner, Vida cognitiva, Teste Psicológico: Escala breve de satisfação com a vida (EBVS), Teste Psicológico: Escala breve de saúde mental (KIDSCREEN 10), Teste Psicológico: Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), Teste Psicológico: Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social (EBSSS)

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULP-IPCE] Dissertações

BEM-ESTAR SUBJECTIVO EM CRIANÇAS
E ADOLESCENTES COM SÍNDROME DE TURNER
- UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Educação Especial



**BEM-ESTAR SUBJECTIVO EM CRIANÇAS
E ADOLESCENTES COM SÍNDROME DE TURNER
- UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Fabiana Maria de Jesus Silva

PORTO 2012

Fabiana Maria de Jesus Silva



Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto



Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Educação Especial



**BEM-ESTAR SUBJECTIVO EM CRIANÇAS
E ADOLESCENTES COM SÍNDROME DE TURNER
- UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Fabiana Maria de Jesus Silva

PORTO 2012

ORIENTAÇÃO:
Professor Doutor Paulo Moreira



**Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada do Porto



C: 2
M: 95
Y: 0
K: 0

Agradecimentos

Agradeço a todos os que me apoiaram nesta longa etapa da minha vida pessoal e profissional....

A ti **avó**, que mesmo estando num sítio melhor, sei que estás a apoiar-me, e muito orgulhosa por saberes que a minha persistência me permitiu concluir esta etapa...obrigada por todo o apoio, carinho e dedicação... estás sempre no meu coração!

Aos **meus pais**, pela paciência, dedicação, incentivo e apoio condicional...sem vós nada disto seria possível. Obrigada por nunca me terem deixado desistir!

À **Bibiana** pelo apoio, disponibilidade e pela Humanidade que demonstraste nesta fase da minha vida....Obrigada, pois sem ti esta etapa teria sido muito mais difícil!

Ao **Ricardo** pelo amor, carinho, compreensão, dedicação e por todas as privações que passaste para que eu pudesse ver o meu projeto realizado...Obrigada por seres quem preciso!

À **Susana e à Catarina** pela amizade, disponibilidade e constante apoio!

Ao **Professor Doutor Paulo Moreira**, pelo apoio, orientação, disponibilidade e profissionalismo que demonstrou ao longo de toda esta etapa.

A **todas as crianças e adolescentes** que constituíram a nossa população, revelando total disponibilidade e simpatia.

Resumo

O estudo do Bem-Estar Subjetivo (BES) como um construto amplo e multidimensional, revela-se de extrema importância para que se possa conhecer e perceber que mecanismos estão associados aos critérios de definição subjetivos de uma vida com qualidade, podendo, assim, potenciar-se níveis mais elevados de BES nos indivíduos. Poucas investigações se têm debruçado sobre o estudo do BES em crianças e adolescentes, não havendo investigações a este nível com população com Síndrome de Turner. O objectivo deste estudo exploratório foi avaliar o Bem-estar subjectivo numa perspectiva compósita em crianças e adolescentes com Síndrome de Turner. Participaram neste estudo 8 crianças e adolescentes (4 com ST e 4 crianças sem ST). Os participantes com Síndrome de Turner estavam a ser acompanhados por um serviço de um grande Hospital da Zona Norte de Portugal. Os diferentes componentes do BES foram avaliados, tendo em conta escalas de autorrelato: Escala Breve de Satisfação com a Vida, Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social, Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) e Escala breve de qualidade de vida associada à saúde mental (KIDSCREEN-10). Os resultados revelaram que as crianças e adolescentes com e sem ST não se diferenciam, de forma significativa em termos estatísticos. Ao nível da estatística descritiva, este estudo exploratório identificou algumas tendências que deverão ser exploradas em futuros envolvendo um maior número de participantes. Apesar das tendências encontradas, estes resultados devem ser interpretados com cautela, já que o reduzido número de participantes não permite a generalização dos resultados.

Palavras-Chave: Bem-Estar Subjetivo, Síndrome de Turner, Crianças e adolescentes

Abstract

The study of Subjective Well-Being (SWB) as a large and multidimensional construct, it associated to the extreme importance to know and understand what mechanisms are associated with subjective criteria for a life with quality, and what can increase higher levels in the individual SWB. Few investigations have been examining the SWB in children and adolescents with and without Turner Syndrome (TS). The purpose of this exploratory study was to evaluate the Subjective Well-Being according to a composite perspective in children and adolescents with Turner syndrome. Participants are 8 children and adolescents (4 with TS and 4 without TS). Participants with Turner syndrome were being followed by a service of a large hospital in the North Zone of Portugal. The different components of the SWB were evaluated, using self-report scales: Brief Scale Satisfaction with Life, Scale of Satisfaction with Social Support, Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) and Brief Scale of Quality of Life related to health mental (Kidscreen-10). The results show that children and adolescents with and without TS did not differ significantly, in statistical terms. In terms of descriptive statistics, this exploratory study has identified some trends that should be explored in future involving a larger number of participants. Despite the trends found, these results should be interpreted with caution, since the small number of participants does not allow generalization of the results.

Keywords: Subjective Well-Being, Turner Syndrome, Children and adolescents

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Índice	vi
Índice de Tabelas	ix
Lista de Abreviaturas	x
1. Introdução	1
1.1. Psicologia positiva	1
1.2. Bem-estar subjetivo - origem, evolução e definição do conceito	5
1.3. Bem-Estar Subjetivo em crianças e adolescentes	11
1.4. Componentes do Bem-estar subjetivo	18
1.4.1. Tonalidade emocional	22
1.4.2. Satisfação com a vida	25
1.4.3. Satisfação com o Suporte social	26
1.4.4. Qualidade de vida relacionada com a Saúde Mental	31
1.5. Fatores determinantes do bem-estar subjetivo	37
1.5.1. Set-point do Bem-Estar Subjetivo – Personalidade	42
1.5.2. Fatores circunstanciais	46
1.5.3. Atividades intencionais	50
1.6. Síndrome de Turner	54
1.6.1. Prevalência	54

1.6.2.	Características do Síndrome de Turner	55
2.1.4.1	Características genéticas	55
2.1.4.2	Características físicas	57
2.1.4.3	Características clínicas	58
2.1.4.4	Características psicológicas	58
1.6.3.	Diagnóstico	62
1.6.4.	Tratamento	63
1.7.	Bem-estar subjetivo em crianças e adolescentes com Síndrome de Turner	66
1.8.	Objetivo e hipóteses de estudo	70
2.	Metodologia	71
2.1.	Participantes	71
2.2.	Instrumentos de recolha de dados	72
2.2.1.	Escala Breve de Satisfação com a Vida (EBSV)	73
2.2.2.	Versão Portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	73
2.2.3.	Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social (EBSSS)	74
2.2.4.	Escala Breve de Saúde Mental (KIDSCREEN 10)	75
2.3.	Procedimentos	76
2.3.1.	Procedimentos de recolha de dados	76
2.3.2.	Procedimentos de análise de dados	76
3.	Resultados	77
4.	Discussão dos resultados	79

4.1. Limitações do estudo	92
4.2. Implicações para a prática	93
5. Referências Bibliográficas	96

Índice de Tabelas

Tabela 1. Principais momentos históricos relacionados com a evolução conceptual do conceito de BES

Tabela 2. Tabela síntese relacionada com as componentes do BES

Tabela 3. Tabela síntese sobre os fatores determinantes do BES

Tabela 4. Linhas orientadoras no tratamento do Síndrome de Turner

Tabela 5. Distribuição da população com e sem Síndrome de Turner

Tabela 6. Distribuição dos participantes crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner por escalão etário, idade, média e desvio padrão

Tabela 7. Test de Mann-Whitney para se constatar diferenças ao nível das médias do BES total e dos seus componentes entre a população com e sem ST

Lista de Abreviaturas

AP – Afetos Positivos

AN- Afetos Negativos

BES – Bem-Estar Subjetivo

EBSV- Escala Breve de Satisfação com a Vida

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

KIDSCREEN – Escala Breve de Saúde Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

PANAS – Positive and Negative Affect Schedule

Q.I. – Quociente intelectual

TS – Turner Syndrome

SPSS - Statistical Package for Sciences

SSS – Satisfação com o Suporte Social

SSP- Suporte Social Percebido

SSR – Suporte Social Recebido

ST – Síndrome de Turner

SV- Satisfação com a Vida

SWB – Subjective Well-Being

1. Introdução

1.1. Psicologia positiva

A Segunda Grande Guerra Mundial revestiu-se como um marco de mudança para os campos de estudo da Psicologia. Neste sentido, pode afirmar-se que antes deste acontecimento histórico e político, a Psicologia tinha como fundamento três objetivos: curar as doenças mentais, tornar as vidas das pessoas mais plenas e identificar e fomentar o talento individual (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000 cit. in Prada, 2005).

O facto é que o único objetivo que prosperou foi o que estava intimamente relacionado com o tratamento, ou, com a cura das doenças mentais numa tentativa de resolução de problemas mentais e psíquicos e os objetivos relacionados com os parâmetros mais individuais das pessoas e com a procura da felicidade e do bem-estar de cada individuo ficaram para segundo plano (Prada, 2005). Neste sentido, e devido aos acontecimentos trágicos vividos durante esta Guerra Mundial, os profissionais da saúde aleram-se aos psicólogos numa busca mais exaustiva pela cura e tratamento de doenças mentais do que no enaltecimento dos aspetos positivos relacionados com as características individuais das pessoas. Pretendia-se reparar os danos e as consequências deste acontecimento através de modelos baseados no funcionamento humano, relegando-se a Psicologia para o estudo de patologias e esquecendo-se, ou, negligenciando-se o estudo dos aspetos virtuosos da natureza humana. A Psicologia voltava-se mais para o estudo dos aspetos negativos do que para o estudo da felicidade e dos fatores concernentes a esta (Seligman, 2002).

Segundo Seligman (1998, cit. in Prada, 2005), as sequelas da Segunda Grande Guerra focaram uma maior atenção para as doenças mentais, devido aos distúrbios pós-traumáticos, pondo-se de parte o estudo dos processos normais. A partir daí, os modelos de Psicologia seguiram um rumo ligado à busca de emoções negativas e ao reparo de erros, objetivando-se que a busca da felicidade se encontrava somente através da ausência ou da eliminação de doenças patológicas. Seligman (2002) baseou-se, assim, no pensamento de que a Psicologia estava direcionada somente para o estudo dos processos anormais, mesmo que tenham surgido Psicólogos, na década de 50, como Maslow e Rogers que acreditavam numa nova visão e numa nova perspetiva do comportamento humano, objetivando uma Psicologia Humanista antecessora à Psicologia Positiva defendida por Seligman. Neste sentido, dava-se mais força a uma visão mais positiva do ser humano, em vez de se centrar tanto nos aspetos negativos

destes. Contudo, nesta década e devido à falta de dados concretos e empíricos, Maslow e Rogers acabaram por ser relegados e a suas perspectivas rejeitadas pela comunidade científica, devido à falta de rigor metodológico e à inconsistência de resultados dos seus estudos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

De acordo com Hernandez (2003), existem dois grandes grupos de psicólogos que através de sucessivas aproximações teóricas e conceptuais entre a Psicologia Humanista e a Psicologia Positiva acabaram por fazer com esta corrente da Psicologia fosse mais abordada e discutida atualmente. Neste sentido, e de acordo com este autor, a Psicologia Positiva surge da abordagem da Psicologia Humanista da década de 50 do século XX, pois esta enfatizou aspetos positivos do desenvolvimento humano. Contudo, devido à constante preferência do estudo dos fatores negativos em detrimento dos positivos e devido ao facto das experiências positivas passarem muitas vezes despercebidas, a Psicologia Humanista recebeu pouca atenção da comunidade científica, existindo sempre uma tendência para o estudo de fatores que atingem negativamente a humanidade.

Gable & Haidt (2005, cit. in Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006) apontam razões para o foco da Psicologia nas emoções negativas e na cura e tratamento das doenças para o alcance da felicidade. Assim, os investigadores estão mais predispostos a estudar as fraquezas dos seres humanos, devido à compaixão e à necessidade de ajudar outras pessoas no seu sofrimento. Além disso, as fragilidades surgidas durante e o pós-guerra (Segunda Guerra Mundial) deram o mote a novos campos de estudo devido às fragilidades psicológicas e às doenças vivenciadas na altura. A última razão, prende-se com os aspetos psicológicos e as suas teorias que focalizam os aspetos negativos. Assim, esta sobrevalorização de uma Psicologia baseada em emoções negativas e no tratamento, levou a que a evolução científica e a investigação sobre as emoções negativas e o tratamento de patologias fosse mais abordada pelos investigadores durante muitos anos, havendo atualmente um grande desequilíbrio entre as investigações que abordam a Psicologia e a Psicologia Positiva (Myers, 2000; Seligman, 2004).

A verdade é que os ganhos surgidos através dos resultados destas investigações, permitiram que se interviesse de forma mais adequada e mais objetiva, para que se tornassem menos problemáticas as vidas das pessoas em sofrimento ou com disfunções, com intervenções remediativas, individuais e coletivas, eficazes e rigorosas do ponto de vista científico (Seligman, Parks & Steen, 2006; Marujo, Neto, Caetano & Rivero,

2007). O facto é que ausência de doenças, ou, perturbações não se traduz, por si só, em felicidade plena, facto este que era negligenciado pelos psicólogos que se focavam excessivamente na doença e na patologia (Diener & Lucas, 1999).

Neste sentido, Seligman quando assume a presidência da Associação Americana de Psicólogos (APA), afirma que o objetivo da Psicologia deverá centrar-se numa mudança de paradigma, deixando-se de se preocupar tanto com o reparo das coisas más da vida para que se possam construir melhores fatores de qualidade de vida, abordando assim o conceito de Psicologia Positiva (Seligman, 2002).

Assim, o conceito de Psicologia Positiva é definido como o estudo da emoção positiva, do carácter positivo e de instituições positivas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, cit. in Passareli e Silva, 2007) e abordado num nível mais subjetivo como tendo o seu foco nas experiências subjetivas positivas como o bem-estar, a satisfação, a alegria, os prazeres sensuais e a felicidade em construções cognitivas sobre o futuro como o otimismo, a coragem e a fé, e num nível mais individual, centrado em características pessoais positivas, como a capacidade para amar, vocação, coragem, habilidades interpessoais, sensibilidade estética, perseverança, capacidade de perdoar, originalidade, criatividade, alto talento e sabedoria. Ainda num nível mais global (grupal), a Psicologia Positiva centra-se nas virtudes cívicas e nas instituições que transformam indivíduos em melhores cidadãos, tendo em conta as responsabilidades, o civismo, altruísmo, tolerância, moderação e ética no trabalho (Gillham & Seligman, 1999; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, cit. in Seligman, 2002).

Neste sentido, a Psicologia Positiva mais do que se fixar nas coisas más, nas desordens e nas patologias, pretende identificar e nutrir as melhores qualidades dos indivíduos de forma a que se possa construir o que está bem e não só arranjar, ou, reparar o que está errado, tornando-se assim uma corrente da Psicologia voltada para o estudo da força e da virtude, abordando aspetos como a educação, a introspeção, o trabalho, o amor, o crescimento e o jogo (Seligman, 2002).

Os resultados das investigações científicas desenvolvidas no âmbito da Psicologia Positiva não têm como objetivo anular ou negar os resultados das investigações anteriores sobre as fraquezas e perturbações dos seres humanos, mas complementar estes resultados, tornando-se mais fiável a compreensão de fenómenos relacionados com os complexos problemas dos comportamentos humanos (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005, cit. in Passareli e Silva, 2007).

Em suma, pode afirmar-se que a Psicologia Positiva emergiu na última década como uma área de estudo com características próprias e multifacetadas, que vai além do estudo das patologias, centrando-se na construção de melhor qualidade de vida para o ser humano, seja a nível individual, a nível grupal e a nível subjetivo (Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 2006, cit. in Passareli e Silva, 2007; Seligman, 2002; 2004; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, cit. in Passareli e Silva, 2007; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; cit. in Passareli e Silva, 2007), pretendendo-se o estudo sobre as emoções positivas, características positivas individuais e instituições positivas numa perspetiva integradora (Seligman, 2002).

1.2. Bem-estar subjetivo - origem, evolução e definição do conceito

Desde os tempos ancestrais que os seres humanos buscam a felicidade e tentam procurar o que lhes pode proporcionar uma boa vida, fazê-los felizes (Diener, Oishi & Lucas, 2009). Neste sentido, a busca pela felicidade e pelo prazer remetem-nos aos tempos de Aristóteles, nos quais a preocupação central do pensamento filosófico durante muitos e muitos anos, se baseava na procura de fatores promotores de felicidade, originando o conceito de bem-estar de acordo com o modelo de eudaimonismo. Este modelo de bem-estar, inicialmente, defendido por Aristóteles afirmava que os indivíduos eram *escravos* dos seus desejos, revelando-se assim muito limitado, por não incluir fatores que pudessem influenciar o estado de bem-estar e de felicidade de cada indivíduo (Reyen & Deci, 2001, cit. in Ryan, 2009).

Assim, segundo Novo (2003), o bem-estar subjetivo deve ser visto à luz de uma perspectiva hedónica, uma vez que este modelo se relaciona diretamente com aspetos psicossociais, com a forma como os indivíduos avaliam as suas próprias vidas e de acordo com fatores circunstanciais da vida. Nesta perspectiva, o bem-estar assume um carácter mais subjetivo, pois tem que ver com a subjetividade e individualidade de cada pessoa, relacionando-se com conceitos de felicidade, satisfação e emoções positivas e negativas vivenciadas por cada indivíduo (Reyen & Deci, 2001, cit. in Ryan, 2009).

Neste sentido, pode afirmar-se que o conceito de bem-estar subjetivo pode assumir múltiplas definições de acordo com as expectativas e com os padrões de comparação de cada indivíduo em relação aos outros, ou, em relação aos momentos da sua própria vida

Assim, o Bem-estar Subjetivo (BES) apresenta-se como um sinónimo do conceito de felicidade, apresentando-se como a avaliação subjetiva e cognitiva que os indivíduos fazem da sua vida, sendo uma importante componente da Psicologia Positiva. É um fator que pode favorecer a maneira como nos vemos a nós próprios e as outras pessoas, podendo resultar em maior prazer no contacto com os outros e nas situações do nosso dia-a-dia (Passareli & Silva, 2007; Diener, Suh & Oishi, 1997).

Neste sentido, pode afirmar-se que a história do conceito de BES é recente e se converte numa intersecção de conceitos relacionados com outros domínios da Psicologia quer seja a Psicologia Social, a Psicologia da Saúde ou a Psicologia Clínica (Diener, 1984 & Veenhoven, 1996, cit. in Galinha e Pais Ribeiro, 2005).

Já no ano de 1948, Jeremy Bentham afirmava que a presença de prazer, ou, de emoções positivas aquando da ausência de dor, era um fator muito importante na promoção de uma boa vida. Os seguidores do utilitarismo, também afirmavam que o conceito de BES deveria estar focado nos prazeres/emoções positivas quer fossem mentais, emocionais ou físicas, pois só com as experiências positivas em detrimento de experiências negativas se alcançavam níveis elevados de bem-estar subjetivo (Diener, Oishi & Lucas, 2009). Além disso, os utilitaristas afirmavam que a melhor sociedade era aquela que providenciava a melhor felicidade para um número maior de pessoas (Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Assim, de acordo com as heranças sócio-históricas do conceito do BES começam a surgir no século XX, investigações na área do BES, e em 1925, Flugel apresentou um estudo pioneiro cujo objetivo foi o de investigar o humor, gravando os eventos emotivos e as reações emocionais depois de momentos emotivos. Esta investigação apresentou resultados que evidenciavam a aproximação de medidas de avaliação do BES à forma como as pessoas vivem a sua vida (Diener, Oishi & Lucas, 2009).

Neste sentido, o BES passou a ser uma área de estudo muito investigada nos anos 60 e 70, verificando-se uma mudança na conceção do BES que passou de estar associado ao paradigma da doença e passa a estar associado ao paradigma da saúde mental (O'Donnell, 1986, cit. in Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Começam assim a surgir as primeiras investigações que pretendiam mensurar o BES através de questionários de um único fator de resposta (Andrews & Robinson, 1991, cit. in Giacomoni, 2004; Diener, 1984). Assim, entre os questionários de um único fator, pode afirmar-se que o Index de Bem-Estar de Campbell, Converse & Rodgers (1976, cit. in Giacomoni, 2005) foi o instrumento mais utilizado e o que serviu de base a muitas investigações no início da década de 70. Este instrumento era composto por um conjunto de oito indicadores de afeto geral e pela medida de escala de um único item (Quão feliz és tu?) cuja resposta se baseava numa escala de Likert de sete pontos, variando entre o completamente satisfeito (pontuação máxima) e nada satisfeito (pontuação mínima) (Diener, Lucas & Oishi, 2009).

Posteriormente desenvolveram-se escalas que pretendiam distanciar-se da linguagem verbal. Sendo assim, Cantril (1967, cit. in Giacomoni, 2005) desenvolveu a Escala da Escada, em que os indivíduos se situavam numa escada com dez degraus composta com onze números, assinalando em que estado se encontravam, sendo que o

número 1 correspondia ao pior estado e o número 11 indicava o melhor estado. Depois disso, várias foram as escalas que foram desenvolvidas com o intuito de mensurar o BES, como a Escala de Faces de Andrews & Withey (1976, cit. in Giacomoni, 2005); em que as caras variavam em expressão, de expressões mais positivas para expressões mais negativas; a Escala Delighted-terrible scale de Withey (1976, cit. in Giacomoni, 2005) composta por uma escala de sete pontos tipo Likert ilustrada por adjetivos, desde o adjetivo “encantado” ao “terrível”.

Contudo, mesmo com escalas de avaliação que envolviam um menor número de participantes, que revelavam falhas metodológicas e falta de consistência interna devido ao uso de um único fator, estas investigações sobre o BES revelaram resultados importantes, descobrindo-se, por exemplo, que os afetos agradáveis e os afetos desagradáveis são emoções independentes, mesmo não sendo conceitos diretamente opostos, acabam por se correlacionar. Constata-se assim, que estas emoções devem ser estudadas de forma separada e independente, não havendo uma correlação direta entre a eliminação de uma emoção e o surgimento automático da outra (Diener, Lucas & Oishi, 2009). Além disso, estas investigações e o desenvolvimento destas escalas permitiram a percepção da existência da visão do conceito de BES de uma forma compósita, que envolve componentes distintas.

Assim, em 1960, Wilson acaba por liderar uma investigação que assenta o seu objetivo primordial na avaliação do conceito de BES como o conhecemos atualmente, propondo-se a estudar duas hipóteses do Bem-Estar: a teoria de Bottom-Up (Base-Topo), na qual relaciona os conceitos de satisfação e de felicidade, isto é, a satisfação imediata de necessidades produz felicidade enquanto que a existência continuada de necessidades por satisfazer causa infelicidade, e a hipótese de Top-Down (Topo-Base), na qual se afirma que o grau de satisfação necessário para se produzir felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com os outros, pelos valores pessoais e por outros fatores (Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

Neste sentido, e no que se refere à evolução conceptual do conceito de BES, pode afirmar-se que este evoluiu em dois momentos diferentes. A primeira distinção conceptual tem a ver com a distinção entre bem-estar material e bem-estar global, na década de 60, em que os economistas relacionavam o termo bem-estar com o rendimento de cada indivíduo. Assim, o bem-estar material era feito de acordo com os

rendimentos de cada pessoa, com o dinheiro que cada um possuía para comprar bens e serviços que lhe garantissem um bem-estar. Assim, começava a perceber-se que teria de haver uma distinção entre o bem-estar material e o bem-estar Global, pois havia outras componentes que influenciavam o bem-estar de cada indivíduo, como a saúde, as relações, a satisfação com o trabalho, a liberdade política, entre outros (Van Praag & Frijters, 1999, cit. in Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

Assim, quarenta anos depois, o conceito de bem-estar material transcendeu os parâmetros económicos e passou a valorizar uma dimensão mais global da vida dos indivíduos, ou seja, ocorreram mudanças de um conceito mais material para um conceito mais global (Novo, 2003).

O segundo momento da distinção conceptual ocorreu na década de 80, aquando da mudança de paradigma entre o bem-estar psicológico e o bem-estar subjetivo, devido à abrangência do conceito de bem-estar e à quantidade de investigações produzidas que resultaram numa crise na definição deste conceito (Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Segundo Novo (2003), a separação destes dois conceitos deveu-se à incongruência na definição do conceito, acabando assim por se definir que o conceito de bem-estar psicológico tem a ver com conceitos de autoaceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito na vida e desenvolvimento pessoal, enquanto que o bem-estar subjetivo integra as dimensões de afeto e satisfação com a vida, apresentando-se assim dois conceitos que embora sejam muitas vezes usados como sinónimos apresentam-se como distintos, na medida em que têm diferentes indicadores de felicidade (Galinha & Pais Ribeiro, 2005; Keyes et al., 2002).

No decurso da sua história evolutiva, pode afirmar-se que o conceito de BES surgiu recentemente como uma forma de quantificar a qualidade de vida dos indivíduos sob a forma de critérios cada vez mais subjetivos e concernentes à vida pessoal das pessoas, surgindo como um conceito difuso conceptualmente e abrangente, na medida em que tem vindo a ser utilizado de forma desrespeitosa e sem critérios definidos (Galinha & Pais Ribeiro, 2002). Neste sentido, e para que se possa perceber de forma mais estruturada a evolução conceptual do conceito de Bem-Estar, apresenta-se a tabela abaixo.

Tabela 1*Principais momentos históricos relacionados com a evolução conceptual do conceito de BES*

Do Bem-Estar Material ao Bem-Estar Global (1960)	Do Bem-Estar Psicológico ao Bem-Estar Subjetivo (1980)
<p>Bem-Estar Material</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conceito mais material, relacionado com rendimento, com o dinheiro e com a capacidade monetária de cada individuo para comprar bens que lhes proporcionasse bem-estar (Van Praag & Frijters, 1999, cit. in Galinha & Pais Ribeiro, 2005); 	<p>Bem-Estar Psicológico</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Relacionado com conceitos de autoaceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas com os outros e propósito na vida e desenvolvimento pessoal (Galinha & Pais Ribeiro, 2005; Keyes et al., 2002);
<p>Bem-Estar Global</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conceito mais global, que surge após abandonar-se a ideia de associação da qualidade de vida somente às condições materialistas e monetárias, o bem-estar de cada individuo relaciona-se com dimensões associadas à saúde, trabalho, liberdade política, entre outras (Novo, 2003); 	<p>Bem-Estar Subjetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conceito que surge após perceber-se que o bem-estar de cada individuo não depende somente de dimensões associadas a componentes psicológicas (Keyes et al., 2002); ✓ Forma de quantificar a qualidade de vida dos indivíduos sob a forma de critérios mais subjetivos e relacionados com dimensões mais individuais da vida das pessoas (Galinha & Pais Ribeiro, 2002)

O conceito de BES sofreu uma grande expansão a nível de investigações científicas a nível mundial, porque as pessoas começaram a ser menos materialistas, centrando-se mais nas questões relacionadas com a sua qualidade de vida, ao mesmo tempo que, os objetivos de investigação sobre este conceito as incluiu mais no processo, cada vez mais o estudo do BES tem a ver com a visão das pessoas sobre a sua própria vida, não é ninguém exterior que lhe reconhece os fatores determinantes da sua própria felicidade (Diener, Lucas & Oishi, 2009).

A grande relevância e o grande impulso para o crescimento de investigações na área do BES, tem que ver com a democracia que é instalada aquando do estudo, pois o fator de extrema importância na investigação é o próprio indivíduo, o que ele sente, que ele pensa, o que lhe é próprio, ou seja, o que é seu, o que decorre da sua subjetividade e não somente a sua elevada ou baixa autoestima (Diener, 1984).

1.3. Bem-Estar Subjetivo em Crianças e Adolescentes

Erikson (1968, cit. in Bergman & Scott, 2001) refere-se ao BES na adolescência como uma exploração inegável relacionadas com mudanças no autoconceito associando-se às normais “dores de crescimento” como fatores preditores da adolescência. A verdade é que este período de transição entre a infância e a idade adulta é marcado por repetidas associações a psicopatologias mais sérias e a adições em termos de comportamentos de risco, como a adição a drogas e ao álcool. De acordo com Plant & Plant (1992, cit. in Bergman & Scott, 2001) somente uma fração dos adolescentes acaba por se viciar em estupefacientes, desenvolve desordens alimentares sérias, pensa em suicídio e envolve-se em problemas comportamentais de risco, como o roubo ou o furto, desenvolvendo problemas antissociais. Contudo, apesar de não haver muitos adolescentes que desenvolvem comportamentos antissociais graves, há ainda um largo grupo de jovens que revelam insegurança com a sua aparência física, que acabam por fumar ou beber e que infringem algumas regras ou leis da sociedade. Os jovens, na sua maioria, não se revelam indivíduos antissociais, ou seres delinquentes, mas a maioria destes acaba por se envolver em atividades que lhes podem propiciar situações de risco.

Neste sentido, e visto que esta fase da vida dos indivíduos se caracteriza por mudanças comportamentais e a outros níveis, torna-se importante que se tente perceber que fatores preditores podem influenciar o bem-estar subjetivo de cada jovem adolescente. O que será preditor de níveis médios de felicidade individual para um jovem adolescente? Investigações recentes têm vindo a debruçar-se apenas nos fatores demográficos (género, idade, localidade/região de residência, ...) e socioeconómicos ou nos fatores relacionados com o domínio da família (Bergman & Scott, 2001). Contudo, o BES em jovens e adolescentes correlacionado com outro tipo de fatores tem vindo a ser pouco estudado (Giacomoni, 2002).

O facto é que alguns estudos apontam para a importância da família e dos fatores socioeconómicos (Amato & Booth, 1997, cit. in Bergman & Scott, 2001). Huebner (1991, cit. in Giacomoni, 2002), Huebner & Alderman (1993, cit. in Giacomoni, 2002) Dew & Huebner (1994, cit. in Giacomoni, 2002) e Terry & Huebner (1995, cit. in Giacomoni, 2002) levaram a cabo investigações sobre o BES nos adolescentes, comprovando a importância das variáveis sociodemográficas. A satisfação com a vida infantil está diretamente associada a fatores como a idade, género, escolaridade,

profissão dos pais e *status* familiar (família monoparental ou biparental). Neste sentido, importa referir que apesar da população de estudo ser diferente em termos de idade e de fatores sócio-económicos, estes resultados já haviam sido também identificados com fatores preditores de manutenção e desenvolvimento de níveis médios de BES em adultos (Ryff, 2008, cit. in Butkovic, Brkovic & Bratko, 2011).

Apesar de haver poucos estudos que se centrem na população infantil e adolescente, investigando mais o BES em populações de jovens universitários. Huebner (1991, cit. in Giacomoni, 2002) centrou a sua investigação nas populações mais jovens e nos adolescentes, investigando o BES infantil e correlacionando-o com características da personalidade como autoestima, auto-controlo, ansiedade, extroversão e neuroticismo associados à satisfação global com a vida e à satisfação com domínios específicos da vida da criança, como a vida familiar, a vizinhança, a vida escolar, a amizade/relações com os pares e oportunidades de lazer. Aos adolescentes foi-lhes aplicada a Escala de Satisfação com a Vida de Estudantes (Huebner, 1991, cit. in Giacomoni, 2002) e testes de personalidade, questionando-se assim a população sobre o quão satisfeitos estavam com as suas vidas através de uma escala de seis pontos (Giacomoni, 2002). Os resultados da investigação apontam para altos níveis destes adolescentes de satisfação com a vida, não se verificando uma correlação negativa significativa das variáveis sociodemográficas com a Satisfação Global com a Vida, corroborando resultados igualmente encontrados nos adultos (Galinha & Pais Ribeiro, 2005b). Além disso, verificou-se que o BES dos jovens é também influenciado pelas características de personalidade de cada indivíduo, sendo que os estudantes com níveis de satisfação com a vida mais elevados são aqueles que possuem uma visão de si mesmos mais positiva (autoestima), acabando por revelar características de personalidade relacionadas com a extroversão e relaxamento, tendendo a acreditar que a sua vida está sob seu controlo (Giacomoni, 2002). Verifica-se assim que também nos jovens adolescentes, bem como na população adulta, o set point da personalidade assume-se como um fator determinante de extrema importância na definição de níveis médios de BES nos indivíduos (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Além disso, os traços de personalidade associados à extroversão e ao relaxamento são também mais associados aos Afetos positivos, enquanto que os traços de personalidade relacionados com a introversão são associados aos Afetos Negativos tanto ao que se refere à população jovem como à população adulta (Giacomoni, 2002). Ainda neste âmbito, Huebner &

Alderman (1993, cit. in Giacomoni, 2002) levaram a cabo uma investigação com adolescentes que visava avaliar os padrões de correlação entre a Satisfação Global com a Vida e medidas de angústia psicológica e de satisfação escolar. Para tal, tinham dois grupos de estudo (grupo de estudo e grupo de controlo) havendo assim um grupo de jovens estudantes com desenvolvimento académico normal e outro grupo de crianças com desenvolvimento académico em risco devido a dificuldades emocionais e escolares. Após a análise dos dados recolhidos, os resultados apontaram para correlações negativas significativas entre a satisfação com a vida e medidas de depressão como a solidão e a depressão. Observando-se uma correlação positiva significativa entre as variáveis sociodemográficas e de inteligência correlacionadas com os valores de satisfação com a vida (Giacomoni, 2002).

Além disso, Terry & Huebner (1993, cit. in Giacomoni, 2002) avaliaram também a correlação entre os vários domínios do autoconceito (aparência física, habilidade física, relacionamento com os pares, relações com os pais, habilidades académicas na matemática e leitura e nas áreas gerais da escola e o “self”) e a Satisfação Global com a Vida em crianças, sendo que os resultados apontam para valores de satisfação com a vida mais fortemente relacionados com os domínios de relacionamentos interpessoais e menos relacionados com os domínios de competência escolar, constatando-se assim que os valores pessoais se sobrepõem aos valores relacionados com a escola no que se refere à determinação dos níveis médios de BES nas crianças, inferindo-se a possível existência de modelos multidimensionais do autoconceito e por sua vez, de modelos multidimensionais de BES infantil. Dew & Huebner (1994, cit. in Giacomoni, 2002) comprovaram também, num estudo com adolescentes, que o domínio das relações com os pais se revela um fator preditor muito forte no BES destes indivíduos correlacionando-se com a Satisfação Global com a Vida, podendo assim inferir-se que os jovens atribuem maior importância às relações interpessoais e às relações familiares (pais). Estes mesmos autores, no ano de 1996 acabaram por se debruçar no estudo sobre as relações entre a satisfação global com a vida, o afeto positivo e negativo em adolescentes, utilizando para a recolha de dados a Escala de Satisfação com a Vida de Huebner (1991, cit. in Giacomoni, 2002) e a Escala de Afetos Positivos e Negativos para Adultos e Adolescentes (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988, cit. in Giacomoni, 2002). Os resultados referem-se a um modelo tripartido do BES em adolescentes, apresentando-se assim um modelo com três

dimensões separadas mas correlacionadas entre si (Afeto Positivo, Afeto Negativo e Satisfação Global com a Vida). Os níveis de Satisfação com a Vida acabam por não se traduzir somente na ausência de Afetos Negativos, incluindo-se o Afeto Positivo. Além disso, o Afeto Positivo e o Afeto Negativo apresentaram uma variância de 24% nos relatos de satisfação com a vida, acumulando-se, assim, indícios de separabilidade de constructos do BES entre os adolescentes (Giacomoni, 2002).

Giacomoni (1998, cit. in Giacomoni, 2002) também liderou uma investigação cuja população de estudo eram crianças entre os 8 e os 12 anos de idade, tendo como objetivo de estudo a avaliação das relações existentes entre a satisfação global com a vida e as variáveis de desempenho escolar, controlo percebido, inteligência, depressão e eventos de vida. Os resultados desta investigação acabam por vir corroborar resultados de investigações anteriores, não se encontrando correlações significativas relacionadas com a Satisfação Global com a Vida e variáveis sociodemográficas como o género, tipo de estrutura familiar e faixa etária. Contudo, no que se refere à correlação entre a depressão e satisfação com a vida e as subescalas de controlo percebido referente às crenças nas capacidades individuais, os resultados já apontaram correlações positivas significativas. Crianças com altos níveis de satisfação com a vida apresentam um locus de controlo interno e baixos níveis de depressão, verificando-se assim a importância dos fatores intrínsecos como fatores preditores do BES infantil.

Neste sentido, várias outras investigações foram desenvolvendo o seu objetivo de estudo em torno deste mesmo constructo, pretendendo-se avaliar e perceber a inter-relações entre o BES de crianças e jovens adolescentes e fatores externos ou domínios da vida destes jovens. Huebner foi o investigador que mais debruçou as suas investigações em torno do estudo do BES dos jovens e adolescentes, avaliando constructos e adaptando instrumentos de recolha de dados, para que se pudesse obter resultados mais credíveis, objetivos e replicáveis. Assim, em 2000, Huebner e os colaboradores (cit. in Giacomoni, 2002) propuseram-se a avaliar a satisfação global com a vida e a satisfação com domínios familiares, dos amigos, do self e do ambiente. Assim, pretendia-se avaliar as perceções que os 5000 estudantes norte-americanos tinham da sua qualidade de vida, ao nível mais subjetivo. Após a recolha e a análise de dados, concluiu-se que os adolescentes relatavam níveis positivos de satisfação com a sua vida numa perspetiva macro e com aspetos específicos em relação aos domínios investigados. Cerca de 11% dos adolescentes apresentaram níveis de Satisfação com a

Vida abaixo do ponto neutro, não sendo encontradas diferenças significativas entre o género, idade e raça, confirmando-se resultados de anteriores investigações que referem baixas correlações positivas entre o BES e os fatores sociodemográficos. Contudo, no que se refere às experiências escolares, pode afirmar-se que foram encontradas diferenças entre os adolescentes de sexo feminino e os adolescentes de sexo masculino, revelando-se que as meninas apresentam resultados mais positivos ao nível da satisfação com as experiências escolares, havendo também diferenças significativas entre os sexos, ao nível do domínio da amizade. As meninas apresentam também diferenças ao nível dos níveis de satisfação nos relacionamentos com os pares.

Além do estudo entre as inter-relações do BES com os domínios da família, dos amigos, da escola e do ambiente, McCullough, Huebner & Laughlin (2000, cit. in Giacomoni, 2002) avaliaram as inter-relações entre os eventos de vida, diários e significativos, o autoconceito e as dimensões do BES positivo em adolescentes, utilizando para a recolha de dados a Escala de Satisfação com a Vida para Estudantes (Huebner, 1991, cit. in Giacomoni, 2002), a Escala de Afeto Positivo e Negativo – PANAS (1988; cit. in Giacomoni, 2002, Watson, 1988; cit. in Giacomoni, 2002, Clark, 1988, cit. in Giacomoni, 2002 & Tellegen, 1988; cit. in Giacomoni, 2002), a Escala de autoconceito e a Escala de eventos da vida pra adolescentes. Os resultados apontam para uma contribuição significativa para a variância do afeto positivo, do afeto negativo e da satisfação com a vida, percebendo-se que os eventos da vida diários são mais significativos e mais influentes do que os eventos significativos, sendo que os eventos diários positivos se correlacionam significativamente com o Afeto Positivo e Afeto Negativo e somente os eventos de vida diários positivos se correlacionam positivamente com a Satisfação Global com a Vida. Mais uma vez, a investigação revela que apesar do Afeto Positivo e do Afeto Negativo não serem uma dimensão uníssona, interrelacionam-se entre si. Ou seja, o Afeto Positivo e o Negativo não se correlacionam significativamente mesmo sendo dimensões separadas.

Como podemos observar começou a tentar perceber-se, analisar-se e avaliar-se do ponto de vista subjetivo a forma como as crianças e os adolescentes eram felizes com a sua própria vida, o quão felizes eram numa perspetiva individual e subjetiva, tentando-se identificar os fatores preditores e as dimensões que poderiam estar envolvidas no BES desta população, não se mensurando ainda o BES sob a sua perspetiva compósita.

No que se refere à população adulta, pode afirmar-se que os resultados das investigações realizadas vão de encontro aos resultados encontrados nas crianças e jovens, evidenciando-se poucas diferenças no que se refere à variável da idade no que se refere às dimensões multidisciplinares que influenciam os níveis do BES dos indivíduos, isto é, a forma compósita como o BES é avaliado pelos indivíduos mantém-se tanto em populações jovens como em populações adultas, mas as correlações que podem ser realizadas tendo em conta a idade dos indivíduos, podem apresentar resultados ligeiramente discrepantes.

Assim, múltiplas investigações longitudinais e a longo prazo, sob uma perspetiva eudemónica, apresentaram resultados que afirmam que os níveis de BES podem revelar uma pequena variância nas relações positivas com os outros e na autoaceitação consoante a idade dos indivíduos. Segundo Ryff (2008, cit. in Butkovi, Brkovic & Bratko, 2011) o BES aumenta com a idade relacionado com a autonomia e domínio do meio social e ambiental em que os indivíduos vivem, contudo, verifica-se uma quebra acentuada desde a idade adulta até à velhice no que se refere aos objetivos pessoais de vida e ao crescimento pessoal.

Pressupõe-se que as razões para estes fenómenos tenham que ver com os objetivos de vida dos indivíduos mais velhos que são mais concretizáveis e mais próximos da realidade, logo mais passíveis de serem realizados. Além disso, assume-se a ideia de que os adultos vão adquirindo mais competências ao longo da vida, em diferentes domínios, o que lhe permite experienciar mais afetos positivos do que negativos e avaliar a sua satisfação global com a vida e com domínios específicos desta de forma mais positiva (Eryilmaz, 2010).

Um estudo realizado por Butkovic, Brkovic & Bratko (2011) comparou uma população de adolescentes (16-19 anos) com uma de adultos (54-90 anos), objetivando-se avaliar a relação entre personalidade e níveis de BES. Os resultados da investigação apontam para níveis maiores de variância entre a personalidade e níveis de BES nos adolescentes do que nos adultos, bem como uma maior variância nos aspetos eudemónicos (felicidade, ...) do que nos aspetos hedónicos nos mesmos grupos.

Neste sentido, é possível afirmar que as dimensões de BES correlacionadas com fatores demográficos, como a idade dos indivíduos, apresentam variâncias.

Se anteriores investigações sugerem que os níveis de BES dos indivíduos não se correlaciona significativamente com fatores como a idade, o género e outras dimensões

sociodemográficas (Huebner, 1994; cit. in Giacomoni, 2002; Laughlin, Ash & Gilman, 1998, cit. in Giacomoni, 2002; Giacomoni, 1998, cit. in Giacomoni, 2002, Huebner, 1991; cit. in Giacomoni, 2002, Huebner & Alderman, 1993; cit. in Giacomoni, 2002, Dew & Huebner, 1994; cit. in Giacomoni, 2002 Terry & Huebner, 1995; cit. in Giacomoni, 2002), muitas investigações sugerem também que o BES é correlacionado de forma significativa com as características da personalidade de cada indivíduo, associando-se traços de extroversão a Afetos Positivos e traços de introversão a Afetos Negativos (Huebner, 1991; cit. in Giacomoni, 2002), bem como associados a domínios relacionados com a família e os amigos. As investigações comprovam que os indivíduos que tendem a acreditar que a sua própria vida está sob seu controlo, acabam por ter uma visão de si mesmos mais positiva, possuindo uma autoestima mais elevada (Huebner, 1991; cit. in Giacomoni, 2002).

1.4. Componentes do Bem-Estar Subjetivo

O BES é um fator essencial para se obter uma boa vida, é o quanto uma pessoa gosta da sua própria vida, é um aspeto que pode favorecer a maneira como nos vemos a nós e aos outros, bem como pode resultar num maior prazer em vivenciar as situações do nosso dia-a-dia e as relações com os outros (Passareli & Silva, 2007).

De acordo com Diener (2000) e Diener & Seligman (2004) o BES pode ser designado por extroversão estável, parecendo o afeto positivo na felicidade estar ligado à fácil sociabilidade, o que propicia uma interação natural e agradável com outras pessoas.

O BES é um conceito amplo e multidimensional que inclui o vivenciar de emoções agradáveis, com baixos níveis de humor negativos e um alto nível de satisfação com a vida, repostando-se à forma como as pessoas vivenciam as suas próprias vidas e as avaliam (Diener, Lucas & Oishi, 2009).

Segundo Diener (2000), o conceito de BES é um conceito que inclui uma definição subjetiva e democrática por parte de cada indivíduo, tendo em conta as avaliações subjetivas das suas próprias vidas e tendo em conta componentes multidimensionais, uma vez que os indivíduos se sentem felizes quando experienciam muitas emoções positivas e poucas emoções negativas, quando estão envolvidas ou interessadas em atividades, quando vivenciam situações mais prazerosas e menos situações que lhes provoquem dor e, sobretudo, quando estão satisfeitas com a sua vida.

O conceito de BES é um conceito que se refere à subjetividade de cada indivíduo, à avaliação que cada pessoa faz da sua própria vida, logo, esta avaliação prende-se com questões individuais, afetivas e cognitivas. (Diener, 2000).

Além disso, este é um conceito complexo, por não existir somente uma variável de medida que nos permita avaliar, ou, medir o BES de cada indivíduo. Além deste ser um processo individual, torna-se multifacetado na medida em que existem múltiplas variáveis que nos permitem fazer uma avaliação global do estado em que se encontra cada indivíduo (Diener, Oishi & Lucas, 2009).

As pessoas, ou, indivíduos quando experienciam muitas emoções positivas e poucas emoções negativas, acabam por ficar satisfeitas com a sua própria vida,

havendo uma discrepância entre a quantidade de emoções positivas e negativas, o que não significa que para haver uma elevada satisfação com a vida seja necessário não se experienciar emoções negativas, nem que estas sejam pouco intensas. Neste sentido, Galinha & Pais Ribeiro (2005a), afirmam que o conceito de BES é composto por uma **componente cognitiva**, em que existe um juízo avaliativo em termos de Satisfação com a Vida e uma **componente afetiva**, positiva, ou, negativa expressa em termos globais, de felicidade e em termos específicos, através das emoções.

O humor, a personalidade e as emoções de cada individuo são o reflexo da própria pessoa em acontecimentos que lhes dizem respeito. Assim, cada individuo tem o papel de fazer um julgamento sobre a sua própria vida, baseando-se em domínios distintos, como a satisfação global com a vida (julgamento que cada um faz da sua própria vida, se é boa ou má), como a satisfação com importantes domínios da vida (satisfação com o trabalho,...), com o experienciar de elevados níveis de afetos positivos (emoções positivas) e com baixos níveis de afetos negativos (emoções negativas) (Diener, 2000).

O BES assume uma vasta categoria de fenómenos que se evidenciam nas emoções de cada individuo, com as respostas emocionais das pessoas perante as situações da vida, nos domínios de satisfação e julgamento da vida, em termos globais (Galinha & Pais Ribeiro, 2005a). A ideia de haver uma distinção entre uma componente afetiva que se refere às emoções positivas e negativas, e uma componente cognitiva que se refere à satisfação global da vida, ao julgamento individual que cada um faz em relação à sua própria vida, parece ser consensual entre vários investigadores (Andrews & Witley, 1976, cit. in Nieboer, Lindenberg, Boomsma & Van Bruggen, 2005; Lucas et al., 1996, cit. in Nieboer, Lindenberg, Boomsma & Van Bruggen, 2005; Offer, 1996, cit. in Nieboer, Lindenberg, Boomsma & Van Bruggen, 2005; Diener, Suh & Oishi, 1997, Vitterso & Nilsen, 2002), contudo também há investigadores que defendem a existência de componentes que se subdividem em domínios da vida mais específicos, como a satisfação com o trabalho, com os relacionamentos, com a própria saúde, entre outros aspetos da vida dos indivíduos.

A satisfação global com a vida é considerada uma componente cognitiva, no sentido em que faz uma avaliação da vida baseada na cognição (Diener et al., 1999; cit. in Nieboer, Lindenberg, Boomsma & Van Bruggen, 2005, Diener & Seligman, 2004) e a mensuração do balanço entre as emoções positivas e negativas é considerada

a componente emocional, ou, afetiva do BES (Bradburn, 1969, cit. in Nieboer, Lindenberg, Boomsma & Van Bruggen, 2005; Watson et al., 1988, cit. in Nieboer, Lindenberg, Boomsma & Van Bruggen, 2005).

A verdade é que estes constructos embora separados nas suas componentes acabam por se interrelacionar, na medida em que não podem existir separadamente (Diener & Lucas, 1999). As pessoas demonstram níveis elevados de BES quando experienciam uma maior quantidade de emoções positivas em relação às emoções negativas, fazendo um balanço global da satisfação com a vida. Assim, é fácil de se perceber que mesmo que estas três componentes sejam interpretadas pelos indivíduos de forma separada, interrelacionam-se numa perspetiva global de satisfação com a sua própria vida. A componente cognitiva da satisfação global tem que ver com o balanço positivo, ou, negativo, que os indivíduos fazem da sua própria vida, que por sua vez, tem que ver com um balanço positivo, ou, negativo da quantidade de emoções positivas e negativas que experienciam ao longo da vida. Uma maior quantidade de emoções positivas em relação a uma menor quantidade de emoções negativas, permite que o individuo faça uma apreciação positiva da sua satisfação com a sua própria vida (Galinha & Pais Ribeiro, 2005a; Diener, 2000).

Neste sentido, pode afirmar-se que apesar de haver estudos e autores que acabam por ser incongruentes no que se refere à definição e conceptualização do BES, parece haver concordância no facto de se poder afirmar que o conceito de BES integra dimensões distintas que se correlacionam entre si.

Em suma, afirma-se que a felicidade tem que ver com níveis de BES elevados (Dela Coleta & Dela Coleta, 2006), as pessoas felizes têm mais amigos quer sejam casuais, ou, íntimos, permanecem mais tempo casadas e participam durante um maior período de tempo em atividades de grupo (Seligman, 2004). Pessoas com níveis de BES elevados parecem ter mais relações sociais (Diener & Seligman, 2004) indicando uma maior facilitação de contatos e interações sociais. Além disso, estudos revelam que há uma baixa correlação entre níveis elevados de BES e altos rendimentos económicos (Diener & Biswas-Diener, 2002; cit. in Passareli e Silva, 2007), logo é o experienciar de emoções positivas, independentemente da frequência e intensidade destas emoções e a baixa frequência do vivenciar de emoções negativas que faz um individuo feliz (Diener & Seligman, 2004).

Segundo Diener, Scollon & Lucas (2003, cit. in Siqueira e Padovam, 2008) a felicidade é um conceito que tem como principal integrante a busca por uma vida saudável. Todos os dias, os indivíduos esforçam-se por alcançar objetivos e propósitos nas suas vidas, de modo a que consigam vencer barreiras e obstáculos para que possam atingir a verdadeira felicidade. Neste sentido, e na perspectiva da felicidade baseada nas experiências e emoções vividas pelos indivíduos surge o conceito de bem-estar subjetivo que procura compreender estas avaliações subjetivas que os indivíduos fazem das suas próprias vidas, tendo-se em conta aspetos relacionados com uma componente cognitiva (satisfação global com a vida e satisfação com domínios específicos da vida diária) e com uma componente emocional (análise pessoal sobre a frequência com que os indivíduos experienciam emoções positivas e emoções negativas) (Diener, Suh & Oishi, 1997).

1.4.1. Tonalidade emocional

A definição de afetividade ou de emoções tem vindo a ser discutida por muitos autores e investigadores, mas embora este conceito possa ter passado por fases de debate, conclui-se que as emoções são apenas uma subclasse dos fenómenos relacionados com a afetividade, conceptualizando-se a ideia de que as emoções se iniciam nos indivíduos aquando da sua avaliação pessoal sobre o significado de um determinado evento sucedido na sua vida, podendo esta avaliação ser consciente, ou, inconsciente (Fredrickson, 2000; 2001).

Assim e de acordo com a avaliação pessoal e individual que cada indivíduo faz dos eventos da sua vida, tem-se em conta uma dimensão emocional, ou, afetiva do BES que inclui uma harmonia entre a experiência e o vivenciar pelos indivíduos de afetos/emoções positivos e afetos/emoções negativos, sendo que para que este balanceamento entre estas emoções possa verdadeiramente representar uma dimensão do BES é necessário que se consiga estabelecer uma relação positiva entre as emoções vividas, tendo para isso que haver uma maior quantidade de emoções positivas do que negativas ao longo da vida dos indivíduos (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002). Mais do que se quantificar a quantidade de experiências vividas de forma positiva, importa perceber se a vida dos indivíduos está pautada por mais emoções prazerosas do que por momentos dolorosos e associados a emoções negativas. O facto é que segundo Andrews & Robinson (1991, cit. in Siqueira & Padovan, 2008), Diener & Diener (1996, cit. in Siqueira & Padovan, 2008) e Thomas & Diener (1990, cit. in Siqueira & Padovan, 2008) os indivíduos tendem a relatar maior consistência de emoções positivas do que negativas nas suas vidas, havendo também investigadores que defendam que os indivíduos que tendam a viver emoções positivas intensas são as que também tendem a relatar fortes emoções negativas (Diener & Lucas, 2000, cit. in Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Neste sentido, é necessário que se tenha em conta a subjetividade do relato dos indivíduos das emoções por eles vividas, uma vez que estas podem ser influenciadas pela intensidade do vivenciamento de determinadas emoções, quer sejam positivas, ou, negativas.

Nesta perspetiva, Diener & Lucas (2000, cit. in Siqueira & Padovan, 2008) afirmam que apesar da intensidade das emoções vividas pelos indivíduos ser um fator importante no relato destas emoções, o fator mais importante acaba por se prender

com a frequência de emoções vividas pelas pessoas, uma vez que as emoções relacionadas com a intensidade são consideradas pelos indivíduos mais raras e menos difíceis de serem sentidas, logo é normal que os indivíduos atribuam à intensidade das emoções maior importância até porque muitas vezes estas acabam por envolver custos económicos.

Assim, a componente afetiva do BES subdivide-se em Afetos Positivos (AP) e em Afetos Negativos (AN). Os Afetos Positivos têm que ver com a frequência de emoções positivas num indivíduo (orgulho, interesse, ...) (McCullough, Heubner & Laughlin, 2000, cit. in Galinha & Pais Ribeiro, 2005), representando um estado de alerta, ativo e entusiasta por parte do indivíduo. Um nível alto de AP é considerado um estado de alta energia, plena concentração e envolvimento prazeroso, enquanto que um baixo AP é considerado um estado de letargia e tristeza (Watson et al., 1988, cit. in Siqueira & Padovam, 2008).

Os Afetos Negativos dizem respeito à frequência de emoções negativas (perturbações, hostilidade, culpa, medo, nervosismo...) que os indivíduos vivenciam (McCullough, Heubner & Laughlin, 2000, cit. in Galinha & Pais Ribeiro, 2005a), sendo uma dimensão geral de envolvimento sem prazer, envolvendo sensações negativas. O nível mais baixo de AN inclui emoções relacionadas com a calma, serenidade e sossego (Siqueira & Padovam, 2008).

É de referir que a componente afetiva é uma componente que pode ser influenciada por fatores externos ao indivíduo e que pode mudar de acordo com disposições individuais (estados de humor, personalidade, ...) e por fatores situacionais (Schimmack, Oishi & Diener, 2002). Além disso, o Afeto possui vários domínios de investigação, tornando-se um campo de estudo multifacetado, no qual tem sido difícil não haver sobreposições, omissões ou contradições de constructos (Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Embora as investigações apontem que as componentes do BES se apresentem de forma consistente nas pessoas ao longo do tempo, estas também se interrelacionam com outros fatores específicos e com as características específicas da personalidade de cada indivíduo. A extroversão correlaciona-se com o afeto positivo de forma moderada, enquanto que o neuroticismo correlaciona-se com o afeto negativo, sendo que os objetivos individuais de vida estão mais correlacionados com a Satisfação Global com a vida, ou seja, com a componente cognitiva (Giacomoni, 2004).

Neste sentido, importa ressaltar os estudos realizados por Bradburn (1969, cit. in Siqueira & Padovan, 2008) que salientavam a importância da distinção entre os AP e os AN, sendo que se afirmava que embora estes afetos pudessem ser correlacionados, não apresentavam uma continuidade, afirmando-se uma estrutura bidimensional destas duas componentes do BES. Assim, os trabalhos de investigação realizados por Bradburn (1969, cit. in Siqueira & Padovan, 2008) e Bradburn & Caplovitz (1965, cit. in Siqueira & Padovan, 2008) começaram a abrir o debate acerca da forma como poderiam ser mensurados os afetos positivos e negativos sob a forma de duas dimensões independentes e separadas, surgindo a *Positive Affect Scale* e a *Negative Affect Scale* como forma de poder avaliar e mensurar de forma independente os dois tipos de afetos.

Posteriormente a Bradburn (1969, cit. in Siqueira & Padovan, 2008) vários foram os investigadores que se propuseram a estudar a estrutura bidimensional dos afetos. Neste sentido, Watson, Clark & Tellegen (1988, cit. in Giacomoni, 2002) elaboraram a *Positive Affect and Negative Affect Schedule – PANAS* que posteriormente foi adaptada por Galinha & Pais Ribeiro (2005). Esta escala composta por duas escalas com 10 itens cada, mostrou-se válida e eficiente para medir as duas dimensões da afetividade.

Já no ano de 2000 e 2001, Fredrikson corroborou a teoria de Bradburn da estrutura bidimensional dos AP e AN, enquanto componentes afetivas do BES. Neste sentido, este autor formula a teoria de Ampliação e Construção (*broaden-and-build theory*) defendendo a ideia da existência de uma distinção entre os dois tipos de afetos mas não negando a complementaridade que possa existir entre eles, uma vez que as emoções positivas servem de medida de regulação às emoções negativas. Segundo este autor, se um indivíduo vivenciar emoções positivas, a sua capacidade de criar oportunidades para o surgimento de mais emoções positivas é ampliada, enquanto que estes mesmos indivíduos acabam por evitar situações de risco que lhes possam proporcionar emoções negativas.

1.4.2. Satisfação com a Vida

Keys et al. (2002, cit. in Siqueira, 2008) definem Satisfação com a Vida como o julgamento que cada indivíduo faz da sua própria vida, refletindo o quanto esse mesmo indivíduo se sente distante ou próximo das suas aspirações (Campbell et al., 1976, cit. in Siqueira, 2008). Este constructo refere-se à componente cognitiva do BES, sendo definida como uma avaliação cognitiva e subjetiva positiva da vida pessoal como um todo (Galinha & Pais Ribeiro, 2005b). De acordo com o modelo tripartido de McCullough, Heubner & Laughlin (2000, cit. in Galinha & Pais Ribeiro, 2005) o BES é subdividido em três componentes distintas: Afetos Positivos, Afetos Negativos e Satisfação com a Vida. Embora estas dimensões sejam distintas e separadas, interrelacionam-se entre si, uma vez que a Satisfação com a Vida acaba por se tratar de um estado psicológico que assume uma estreita relação com o bem-estar, distanciando-se mais de avaliações objetivas da qualidade de vida pessoal (Havighurst & Tobin, 1961, cit. in Siqueira, 2008). Logo, a Satisfação com a Vida assume uma relação preponderante nos níveis de BES de cada indivíduo, uma vez que é a partir da conjugação da maior quantidade de experiências relacionadas com emoções positivas em relação à menor quantidade de experiências de emoções negativas que os indivíduos avaliam a satisfação global com a sua vida.

Além disso, a Satisfação com a Vida de cada indivíduo também pode ser avaliada tendo em conta aspetos mais objetivos relacionados com satisfação em domínios específicos da vida, podendo estes ser também divididos em várias facetas (Galinha & Pais Ribeiro, 2005b). Assim, um indivíduo avalia cognitivamente a sua própria vida tendo em conta a sua satisfação com aspetos como satisfação com a vida familiar, com os amigos e grupos de pares, com o *self*, com a localidade em que vive e com a vida em geral (Giacomoni, 2002).

Neste sentido, a Satisfação com a Vida (SV) pode ser medida através de escalas que avaliam a satisfação com a vida em termos gerais, ou, através de escalas que pretendem medir a satisfação com a vida relacionada com domínios mais específicos da vida diária dos indivíduos (Giacomoni, 2002; Galinha & Pais Ribeiro, 2005b), o facto é que as escalas que mensuram a SV de uma forma mais geral, não aprofundam os aspetos mais subjetivos e relacionados com os domínios mais específicos da vida dos indivíduos. Contudo, Galinha (2008) afirma que apesar da satisfação com a vida

ter a ver com percepção global que cada indivíduo, esta influencia e é influenciado pela satisfação com vida em vários domínios específicos.

1.4.3. Satisfação com o Suporte Social

Ao longo da vida, os indivíduos estabelecem relações e interagem com os outros, participando de forma ativa, explorando e experienciando situações diversas no dia-a-dia que lhes permite desenvolver e construir uma rede de suporte social. Atualmente, o conceito de suporte social embora seja abrangente é também muito diverso, existindo assim várias definições que se propõem a definir de forma lata este conceito. Neste sentido, existem várias definições, umas mais qualitativas outras mais quantitativas, mas o conceito de suporte social acaba por se remeter sempre ou para a satisfação significativa com as ligações, com o suporte e com as relações sociais ou para a quantidade do número de pessoas e contatos que constituem a rede social de cada indivíduo (Custódio, 2010).

O conceito de suporte social foi introduzido por Cobb (1976, cit. in Santos, Ribeiro & Lopes, 2003:186) como a *“informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; informação que conduz o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas”*. Neste sentido, o conceito de suporte social é percebido como um constructo que transmite informações aos indivíduos acerca das relações sociais e da rede de suporte que os rodeia.

Este conceito embora complexo e dinâmico é percebido de forma diferencial devido às suas circunstâncias. Dunst & Trivette (1990; cit. in Ribeiro, 1999) definem suporte social, referindo-se aos recursos que os indivíduos têm ao seu dispor, bem como as unidades sociais, como a família, em resposta aos pedidos de ajuda e assistência, suporte social refere-se também à força e frequência dos laços constituídos, à coesão e quantidade das relações sociais estabelecidas pelos indivíduos e ao modo como tal sistema é percebido (Jardim & Pereira, 2006; cit. in Custódio,

2006). Já Sarason et al. (1986, cit. in Ribeiro, 1999:127) definem este conceito como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós”. Embora as conceptualizações sobre o suporte social defiram, o constructo de suporte social tem como objetivo a definição de integração social dos indivíduos nas redes sociais e os suportes/apoios que estes sentem, ou, percebem por parte da sociedade.

Neste sentido, e no que se refere ao grau sobre o qual os indivíduos se encontram satisfeitos com o suporte que recebem do meio social, Ribeiro (1999) afirma que o suporte social pode apresentar-se de duas formas diferentes, o suporte social percebido e o suporte social recebido. Assim, de acordo com Cramer, Henderson & Scott (1997, cit. in Ribeiro, 1999) o suporte social percebido refere-se ao que o indivíduo percebe como recursos sociais disponíveis caso necessite destes, o que tem ao seu dispor caso seja necessário. Este tipo de suporte social é descrito como a antecipação prospectiva da ajuda em caso de necessidade (Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2005, cit. in Custódio, 2010).

O suporte social recebido é o tipo de suporte que o indivíduo recebe por parte dos outros (Henderson & Scott, 1997, cit. in Ribeiro, 1999), aquele suporte que considera retrospectivo, traduzindo-se num apoio atual que foi recebido num determinado momento (Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2005, cit. in Custódio, 2010).

Estes mesmos autores também afirmam que o suporte social descrito pelos indivíduos é diferente do suporte social avaliado pelos mesmos, uma vez que o suporte social descrito refere-se à presença de um tipo específico de comportamento e de suporte, enquanto que o suporte social avaliado se refere a uma avaliação de que esse comportamento é percebido como satisfatório (Ribeiro, 1999).

Assim sendo, investigações nesta área confirmam que a percepção que os indivíduos têm acerca do suporte social, dos outros e dos recursos sociais que têm à sua disposição acaba por contribuir para a autorregulação do indivíduo e gestão do Stress (Priel & Besser, 2002, cit. in Custódio, 2010). Neste sentido, é de salientar a importância da percepção da qualidade e da quantidade da rede de suporte social que cada indivíduo tem ao seu dispor, para que possam sentir-se como parte integrante de uma rede de apoio social, evitando-se possíveis problemas de saúde.

Investigações de vários autores pretenderam relacionar o suporte social com os problemas de saúde. Wethington & Kessler (1986, cit. in Ribeiro, 1999) realizaram

uma investigação com o objetivo de determinar se as variáveis de saúde estavam associadas à percepção de suporte social dos indivíduos ou se estavam relacionadas com os aspetos mais objetivos do meio social. Os resultados revelaram que, os indicadores referentes à saúde dos indivíduos correlacionavam-se mais positivamente com a percepção do suporte social do que com aspetos tangíveis, confirmando-se a associação positiva entre a percepção do suporte social e questões relacionadas com aspetos ligados à saúde.

Assim e mesmo assumindo-se a importância do suporte social percebido e recebido pelos indivíduos, importa ressaltar o facto de que a avaliação do suporte social que cada indivíduo faz do suporte social que o rodeia, poderá ter a ver também com experiências recentes e com situações que envolvam ou possam ter envolvido algum grau de stress (Seco et al., 2005, cit. in Custódio, 2010), pressupondo uma avaliação pessoal de cada indivíduo acerca das suas necessidades, do que precisa para as satisfazer e do custo que estas necessidades poderão implicar (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

Mas será que os indivíduos têm ao seu dispor todos o apoio ou suporte social de que necessitam e quando necessitam? A verdade é que o suporte social presente na rede social de cada indivíduo poderá distinguir-se de formas diferentes. Como Dunst & Trivette (1990, cit. in Ribeiro, 1999; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003) o suporte social assume duas dimensões diferenciadas: o suporte social formal e o suporte social informal, afirmando-se que o suporte social formal se refere aos indivíduos, aos familiares, amigos, vizinhos, entre outros, enquanto que o suporte social informal se refere às organizações sociais formais, instituídas, como os hospitais, programas governamentais, profissionais, entre outros. Neste sentido, o apoio social informal são passíveis de acontecer no dia-a-dia dos indivíduos, como um recurso informal e em resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos, ao passo que, o apoio social formal decorrerá consoante a necessidade e procura destes apoios por parte dos indivíduos, não decorrendo de forma casual. Se os indivíduos necessitarem deste tipo de apoio por parte da sociedade sabem que podem tê-lo mas de uma forma mais formal, estabelecida e organizada.

Investigações comprovam que para as crianças e adolescentes Portugueses, o suporte social informal, mais precisamente, a família, é a principal fonte de satisfação com o suporte social (Ribeiro, 1999), sendo este um dos fatores primordiais que

poderá interferir no suporte social percebido por estes indivíduos, uma vez que a relação de apego entre os progenitores apresenta-se como uma dimensão positiva e potenciadora de percepções mais positivas acerca do suporte social (Ptacek, 1996; cit. in Siqueira et al., 2006). Logo, é de salientar a extrema importância que os progenitores detêm na adaptação social das crianças ao meio social, pois é através dos pais que os filhos vão interagir de forma adequada na sociedade e perceber a importância da quantidade e qualidade das relações e do suporte social que as rodeia.

Por outro lado, as redes de suporte social informal, mais concretamente, as redes de suporte social relacionadas com os relacionamentos dos indivíduos com os pares e com os amigos, podem facilitar ou dificultar o processo de adaptação das crianças e jovens ao meio social. Os relacionamentos saudáveis com os amigos e com os pares facilitam o processo de adaptação às situações adversas, proporcionando aos indivíduos ferramentas que lhes permitem manter elevados os seus níveis de bem-estar perante situações stressantes e inesperadas (Brito & Koller, 1999; cit. in Siqueira et al., 2006), enquanto que os maus relacionamentos, as rejeições por parte dos grupos de pares, evidenciam menores níveis de bem-estar por parte dos indivíduos rejeitados que se isolam, se sentem depressivos e que reagem de forma negativa a situações inesperadas por não se sentirem “suportadas” pela sociedade (Bagwell et al., 2001, cit. in Gaspar et al., 2009).

Contudo, Gaspar et al. (2009) afirma haver distinções entre os sexos e as idades dos indivíduos no que se refere à influência destas duas variáveis nos níveis de satisfação com o suporte social percebido. A investigação de Colarossi (2001, cit. in Gaspar et al., 2009) revela que as raparigas apresentam níveis superiores de satisfação com o suporte social comparadas com os pares e os rapazes apresentam níveis superiores de suporte social, no que se refere à família. No que se refere à variável da idade, afirma-se que o suporte social percebido diminui à medida que a idade avança.

Assim, as redes de apoio social formal e informal acabam por se enquadrar em dimensões diferentes que se referem aos recursos que estas redes podem oferecer aos indivíduos, aos comportamentos de apoio e à avaliação subjetiva que cada indivíduo faz do apoio social (Hobfoll & Vaux, 1993, cit. in Custódio, 2010).

Os recursos de apoio da rede social referem-se às relações sociais que os indivíduos têm disponíveis, quer sejam redes de apoio social formal, ou, informal. Estes recursos de suporte social disponíveis para cada indivíduo são importantes na

medida em que o indivíduo que pertença a uma rede social forte, ou que tenha essa percepção, vivencia de forma menos intensa situações stressantes (Vaz Serra, 1999; cit. in Custódio, 2010; Southwick et al., 2005, cit. in Custódio, 2010), uma vez que uma vasta rede social, com amigos, ou, conhecidos que oferecem ao indivíduo uma rede de suporte social coesa, congruente e disponível oferece mais possibilidades de ajudarem o indivíduo a gerir situações de conflito de forma mais rápida e com menos dificuldade.

O comportamento de apoio refere-se à troca de recursos entre dois indivíduos (um dador e um recetor) de forma a que se aumente o bem-estar do recetor, proporcionando-se uma troca que pode ser formal, ou, informal. A avaliação subjetiva de apoio realizada pelo indivíduo tem como objetivo a realização de uma avaliação individual, em que se avalia e se percebe o apoio fornecido e o significado deste, uma vez que o significado atribuído ao apoio recebido poderá a levar o indivíduo a considera-lo nulo, ou, existente, suficiente, ou, insuficiente, de boa, ou, má qualidade (Custódio, 2010).

Em suma, pode afirmar-se que o suporte social é um constructo multidimensional que se tem apresentado como crucial para a medição de níveis de bem-estar subjetivo nos indivíduos, uma vez que pretende medir, ou, avaliar a satisfação que cada indivíduo tem o suporte social que o rodeia, não havendo assim um consenso no que se refere à forma de medir ou avaliar este constructo. Ribeiro (1999) propõe uma escala baseada em aspetos baseados na avaliação do apoio individualmente e subjetivamente percebido por cada indivíduo, havendo estudos que se propõem a medir a satisfação com o suporte social de uma forma mais objetiva.

O facto é que o suporte social se revela de crucial importância para o bem-estar do indivíduo, tendo que se ter em conta aspetos relacionados com a multidimensionalidade deste conceito como a quantidade do número de pessoas que compõem a rede social, a existência de relações sociais formais e informais, a quantidade/frequência de contatos estabelecidos entre os indivíduos e o suporte social, a necessidade de suporte por parte dos indivíduos, a articulação entre estas redes de suporte, as necessidades presentes dos indivíduos e a quantidade de vezes de utilização destes suportes de apoio, bem como a dependência, reciprocidade, proximidade e satisfação que os indivíduos apresentam perante as redes de suporte social (Dunst & Trivette, 1990, cit. in Ribeiro, 1999).

1.4.4. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Mental

De acordo com Galinha & Pais Ribeiro (2005) o conceito de saúde tem vindo a alterar a sua forma de concetualização, passando-se de um enfoque nas doenças ao enfoque nos comportamentos desejáveis que se pretendem que os indivíduos adquiram para evitar as doenças, perspetivando-se assim uma teoria ecológica da saúde. Em meados do século XX, a Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como os autores Lalonde & Richmond (1986, cit. in Galinha & Pais Ribeiro, 2005) começam a divulgar a perspetiva da Saúde nesta dimensão mais ecológica, surgindo assim conceitos como a promoção de saúde e estilos de vida, sendo pressuposto que os indivíduos sejam capazes de promover situações que lhes permita lidar com o meio social que o envolve, ao mesmo tempo que, é capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades (Pais Ribeiro, 1998, cit. in Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Neste sentido, o conceito de Saúde é definido como um recurso para a vida, uma componente integrante da qualidade de vida dos indivíduos, que engloba não só a Saúde em termos de patologias sintomáticas e específicas de condições associadas a doenças físicas e patológicas, bem como abrange o conceito de Saúde Mental, perspetivando-se assim uma abordagem à Saúde de acordo com o modelo biopsicossocial e abandonando-se a perspetiva biomédica (Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

O facto é que esta revolução na Saúde, permite que se perspetive a dimensão da Saúde de uma forma mais holística e global, abarcando-se todos os aspetos da condição humana e possibilitando-se a compreensão da influência e interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais relativos à saúde e à doença. Pretende-se assim, que os indivíduos foquem a sua condição de Saúde na prevenção e na promoção de comportamentos saudáveis, no que se refere aos fatores biológicos, psicológicos e sociais e não suprimam somente as condições patológicas que, ao longo da vida, vão surgindo (Gilmar & Huebner, 2003).

Neste sentido, a Saúde e a Saúde Mental são constructos que começaram a orientar as suas dimensões de acordo com perspetivas positivistas e holísticas, afirmando-se que Saúde não seria propriamente ausência de doenças, pois um individuo que não está doente poderá provavelmente também não ser saudável, podendo encontrar-se em condições de exclusão social, não cidadania, vulnerabilidade

social, pobreza e noutras condições que lhe pode induzir à inibição do contato com o meio social (Silva, et al., 2009).

A Psicologia passa, também, a deixar de lado o enfoque nos aspetos negativistas das doenças mentais e objetiva uma perspectiva positivista da Saúde Mental, perspetivando-se também que o conceito de Saúde Mental vai mais além da simples ausência de perturbações mentais e percebendo-se que o BES de cada indivíduo poderá ser influenciado também pela dimensão da Saúde Mental (Diener, Suh & Oishi, 1997). Esta viragem de enfoques permitiu construir medidas mais específicas, válidas e compósitas de mensuração do BES, ao passo que se perspetivava uma Psicologia Positiva baseada nos aspetos que iam além da eliminação de doenças e perturbações mentais.

Assim e assumida a importância da relação intrínseca entre o BES e a Saúde Mental e dada a importância da mudança de perspetivas nestas dimensões, importa definir o conceito de Saúde. A OMS designa este conceito como um completo bem-estar físico, mental e social que não se caracteriza somente pela ausência de doenças, envolvendo dimensões relacionadas com BES, a autoeficácia percebida, a autonomia, competência, dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa (cit. in Silva et. al., 2008). Neste sentido, como o conceito mais consensual de Saúde é tão abrangente e holístico, torna-se quase impossível definir de forma concreta Saúde Mental. Como afirma Singer (1987, cit. in Silva et. al., 2008), este conceito abrange dimensões que se referem as especificidades da condição do ser e do estar no mundo de cada indivíduo, pressupondo-se que as doenças mentais, biológicas ou patológicas podem surgir de acordo com as combinações de múltiplos fatores do dia-a-dia.

Embora a Revolução na perspetivação da Saúde tivesse mudado a conceitualização da psicologia, saúde e saúde mental, objetivando-se um modelo baseado na interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, muitos autores não são consensuais no que se refere ao diagnóstico de Saúde Mental, havendo estudos nos anos 60 e 70 que revelavam discrepâncias no diagnóstico, talvez devido à impossibilidade de se poder estipular um modelo único de Saúde Mental em comparação com as diferentes teorias explicativas e variedade de representações sociais da Saúde Mental (Rosa, 1987, cit. in Silva et al., 2008).

A ausência de patologias neurológicas ou psicológicas não significará diretamente uma boa Saúde Mental, por outro lado deverá atender-se às especificidades reveladas no que se está ausente no indivíduo e não somente na falta de sintomas. Um indivíduo pode revelar um bem-estar psicológico comprometido mesmo sem revelar sintomas de doença (Dalgalar-Rondo, 2000, cit. in. Silva et al., 2008). Novo (2003) afirma que a ausência de doenças, ou, sintomas não corresponde diretamente a uma Saúde Mental, pelo contrário, é a conjugação de vários fatores relacionados com domínios específicos da vida dos indivíduos, com domínios dos foro psicológico, cognitivo, ou, emocional, com a satisfação individual com a Vida que sendo avaliada por estes de forma positiva (satisfatória) lhes poderá proporcionar Saúde Mental.

Diener & Lucas (1999) afirmam que a Saúde Mental está associada aos afetos e às emoções. Assim, os afetos positivos e os afetos negativos têm de estar equilibrados, tendo em conta a quantidade e intensidade em que estes decorrem, uma vez que são estes afetos e a satisfação global com a vida que compõem as componentes emocionais e cognitivas do BES de cada indivíduo. Não querendo com isto dizer que a Saúde Mental seja a única medida de mensuração do BES, pois sendo o BES um constructo compósito é a conjugação das várias dimensões que o compõem que o determinam.

Em suma, pode afirmar-se que o conceito de Saúde Mental poderá apresentar-se sob quatro aspetos diferenciais: a ausência do mal-estar (ausência de doenças ou sintomas), manifestação de níveis elevados de BES, manifestação de uma boa qualidade de vida e presença de atributos individuais positivos (Alvaro & Paes, 1996, cit. in Silva et al., 2008).

Por forma a perceber-se melhor, e de uma forma mais estruturada as componentes do BES quer seja sob uma forma compósita, ou mais unilateral, apresenta-se a tabela abaixo.

Tabela 2 – Tabela síntese relacionada com as componentes do BES

Componente	Definição	Evidências
Tonalidade emocional	As emoções são consideradas uma subclasse da afetividade, iniciando-se nos indivíduos aquando da sua avaliação pessoal sobre o significado de um determinado evento na sua vida, podendo esta avaliação ser consciente ou inconsciente (Fredrickson, 2000; 2001).	Os AP distinguem-se dos AN, na medida em que representam emoções positivas, ou, negativas vivenciadas pelos indivíduos. É no balanceamento da quantidade de experiências dos AP com os AN que os indivíduos avaliam a sua satisfação global com a vida (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).
Satisfação com a vida	Julgamento cognitivo e subjetivo que cada indivíduo faz da sua própria vida, refletindo o quanto esse mesmo individuo se sente próximo ou distante das suas aspirações e objetivos de vida como um todo (Keys et al. (2002, cit. in Siqueira, 2008).	Estado psicológico que tem uma estreita relação com o bem-estar, distanciando-se mais de avaliações objetivas. Avaliado tendo em conta o balanceamento entre AP e AN, bem como aspetos mais específicos da vida dos indivíduos (Galinha & Pais Ribeiro, 2005b)
Satisfação com o Suporte Social	Recursos sociais de suporte que os indivíduos têm ao seu dispor, em resposta aos pedidos de ajuda e assistência. Relaciona-se com a força e frequência dos laços que os indivíduos estabelecem, como com a coesão e quantidade das relações sociais e a forma como estas são percebidas pelos indivíduos (Dunst & Trivette (1990; cit. in Ribeiro, 1999; Ribeiro, 1999).	Suporte social recebido (SSR) pelos indivíduos distingue-se do suporte social percebido (SSP). O SSP refere-se ao que o individuo percebe como recursos sociais disponíveis caso necessite, enquanto que o SSR se refere ao suporte social que recebe, efetivamente, por parte dos outros. O SSP contribui para a autorregulação dos indivíduos e gestão do stress, evitando possíveis problemas de saúde. A avaliação que cada individuo faz da sua SSS pode ter que ver com experiências recentes e com situações stressantes (Ribeiro, 1999; Custódio, 2010).

<p>Qualidade de vida relacionada com a saúde mental</p>	<p>Saúde sob uma forma holística como um recurso para vida, parte integrante da qualidade de vida dos indivíduos (Galinha & Pais Ribeiro, 2005).</p>	<p>Saúde mental como uma perspectiva positiva, baseada em comportamentos de promoção de saúde nos indivíduos para se obter uma elevada qualidade de vida. Ausência de doenças patológicas não se correlaciona diretamente com uma boa saúde mental (Gilmar & Huebner, 2003; (Dalgalar-Rondo, 2000, cit. in. Silva et al., 2008). Salienta-se a importância de uma abordagem positiva e baseada no modelo biopsicossocial, associando-se a saúde mental à qualidade de vida. Saúde mental associada aos afetos e emoções (Diener & Lucas, 1999).</p>
<p>Compósito</p>	<p>Conjugação das várias dimensões e dos vários componentes do BES. BES avaliado de acordo com a componente afetiva (AP e AN), com a componente cognitiva (satisfação global com a vida) e com dimensões relacionadas com a tonalidade emocional, com a qualidade de vida associada à saúde mental, com a satisfação com o suporte social e com a satisfação com a vida (Galinha & Pais Ribeiro, 2002; 2005).</p>	<p>BES mensurado sob uma forma compósita, tendo em conta a conjugação das várias dimensões, integrando as componentes afetivas, relacionadas com os afetos e emoções, avaliando-se subjetivamente a quantidade de emoções positivas e negativas ao longo da vida dos indivíduos sob a perspectiva de uma satisfação global com a vida (componente cognitiva), ao mesmo tempo que se tem em conta a qualidade de vida destes associada à saúde mental e a sua satisfação com o suporte social e com vários domínios da vida individual de cada indivíduo (trabalho, família, ...). Esta avaliação compósita pode ser influenciada por fatores externos ao indivíduo e fatores intrínsecos às especificidades de cada um (humor, personalidade, ...) (Galinha & Pais Ribeiro, 2005a)</p>

Cognitivo	Avaliação cognitiva, um juízo avaliativo sobre a sua satisfação global com a vida (Galinha & Pais Ribeiro, 2005a)	Componente que tem que ver com o balanço cognitivo positivo, ou, negativo que cada individuo faz da sua própria vida e mesmo sendo uma dimensão baseada na cognição, a dimensão afetiva acaba por estar diretamente correlacionada com esta, pois os indivíduos fazem este julgamento cognitivo tendo em conta a quantidade de emoções positivas contrabalançadas com as emoções negativas (Galinha & Pais Ribeiro, 2005a; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Diener, 2000).
Afetivo	Componente que se subdivide em AP e AN, sendo que os AP representam emoções positivas e os AN representam emoções negativas. Estabelece-se uma relação positiva entre as emoções vividas, tendo que haver uma maior quantidade de afetos/emoções positivas do que negativas ao longo da vida dos indivíduos (Galinha & Pais Ribeiro, 2005; 2002; Lucas, Diener & Suh, 1996).	Componente que pode ser influenciada por fatores externos ao indivíduo e mudar de acordo com a personalidade, estados de humor e outras disposições individuais de cada indivíduo (McCullough, Heubner & Laughlin, 2000, cit. in Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

1.5. Fatores determinantes do bem-estar subjetivo

A busca pela felicidade e pelo BES dos indivíduos tem-se revelado um dos principais sintomas de uma sociedade autocentrada em si própria, tornando-se num tema abordado de forma muito abundante e intensa em livros de autoajuda. Assiste-se hoje a um fenómeno global em que os indivíduos cada vez mais assumem uma posição central na busca da sua própria felicidade e do seu bem-estar subjetivo. Já numa investigação, em 1995, Diener, Duh & Smith (cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) revelaram resultados que confirmavam a extrema importância que os Norte-Americanos davam ao BES, considerando-o de muito importantes na sua vida, confirmando a investigação de Freedman (1978, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) que revelava que esta população pensava no seu BES pelo menos, uma vez ao dia. Mas porque será tão importante a busca pela felicidade pessoal, pelo BES? Investigações relativas a este constructo revelaram que as pessoas felizes com a sua própria vida obtêm mais ganhos na sua vida relacionados com a sua mente positiva em diferentes domínios. Conclui-se que as pessoas felizes com a sua vida (BES) revelam resultados superiores no trabalho em relação a indivíduos menos felizes, sendo que apresentam mais criatividade, melhor e maior produção (ex: Estrada, Isen & Young, 1994, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Neste sentido, os resultados de investigações também constataam que estes indivíduos apresentam mais atividade e energia (Csikszentmihalyi & Wong, 1991, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005), evidenciam um maior auto-controlo e autorregulação (Aspinwall, 1998; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005, Fredriclson & Joiner, 2002; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005, Keltner & Bonanno, 1997; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005), têm um sistema imunitário reforçado (Dillon, Minchoff & Baker, 1985; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005; Stone et al., 1994; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005), e têm uma vida mais longa (Danner, Snowdon & Friesen, 2001, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005; Ostir, Markides, Black & Goodwin, 2000, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

Lyubonirsky, Sheldon & Schkade (2005) afirmam que os indivíduos com níveis elevados de BES são, normalmente, mais associados a pessoas mais “*florescentes*” tanto a nível exterior, como interior, no sentido em que *brilham mais* perante os outros, uma vez que as suas necessidades físicas e de segurança estão satisfeitas.

Assim, se as investigações anteriores têm revelado ganhos significativos em diferentes domínios no que se refere aos elevados níveis de felicidade individual/BES, torna-se necessário que se perceba de que forma é que fatores genéticos, circunstanciais ou intencionais podem influir na busca pelo bem-estar subjetivo de cada indivíduo. Ou será que o BES de cada pessoa tem somente que ver com a positividade individual de cada ser, sem haja influência de outros fatores?

A verdade é as investigações mostram que há muitos preditores na felicidade pessoal e individual de cada ser, no bem-estar subjetivo. Por exemplo, o BES foi associado a uma quantidade de fatores, incluindo fatores demográficos (posição social) (Argyle, 1999; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005; Diener & Lucas, 1999; Myers, 2000), traços de personalidade e atitudes (Diener & Lucas, 1999) e objetivos característicos de vida (McGregor & Little, 1999, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Contudo, é de referir que alguns destes estudos revelaram limitações, ao mesmo tempo que, foram realizados muito poucos estudos interventivos relacionados com o BES. Os estudos nesta área têm vindo a aumentar de forma significativa, não havendo ainda resultados sobre a forma como mudar o BES ou tornar o indivíduo mais feliz e por mais tempo (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

Neste sentido, Seligman & Csikszentmihalyi (2000) já referiam que a quantidade de investigações entre a psicologia positiva e a psicologia comum que objetiva a cura e o tratamento de perturbações era muito discrepante, não se objetivando ainda intervenções baseadas na Psicologia Positiva. Continua a insistir-se na ideia de que o BES pode ser alcançado com a eliminação de patologias ou perturbações através de tratamentos, sem que haja intervenções ao nível da saúde mental baseados na promoção de emoções positivas.

O pessimismo assumido após a Segunda Grande Guerra Mundial acabou por estar na origem das fontes desta ideia. Em 1996, Lykken & Tellegen (cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) afirmavam que o BES era geneticamente determinado, baseando esta evidência no resultado da sua investigação com uma população de irmãos gémeos e de irmãos adotados. Provou-se que a hereditariedade do BES pode corresponder a uma percentagem de 80%, embora Braungart, Plomin, DeFries & Fulker (1992, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) considerem que esta percentagem se refere somente a 50%. Apesar de as percentagens serem divergentes, comprova-se que a felicidade pessoal e individual de cada ser tem que ver

com fatores genéticos, revelando-se uma forte probabilidade de indivíduos que partilham o mesmo conjunto genético apresentarem níveis de BES semelhantes (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

Por outro lado, os traços de personalidade também aparecerem na literatura como uma fonte relacionada com o pessimismo, pois traços cognitivos, afetivos e comportamentais complexos são, por definição, consistentes com situações de vida que poderão estabilizar as probabilidades genéticas. Além disso, a perspectiva hedônica de Brickman & Campbell (1971, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) sugere que nenhum ganho do BES é intemporal, uma vez que os seres humanos se adaptam de forma muito rápido às mudanças. Contudo, o surgimento de novas circunstâncias poderá levar os indivíduos a alcançar níveis mais elevados de emoções positivas ou emoções negativas, tornando-as mais felizes, ou, mais tristes rapidamente. É esta capacidade de rápida adaptação do ser humano que os autores sugeriam como uma fonte de pessimismo, pois a felicidade individual era vista como algo que não poderia ser permanente. Brickman, Coates & Janoff-Bulman (1978, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) confirmaram que passado um ano, os vencedores da lotaria não estavam mais felizes do que os indivíduos do grupo de controlo. Fazendo-se um follow-up desta investigação, os autores concluíram que o fator circunstancial e ocasional de estes indivíduos terem ganho a lotaria, não os fez permanecer felizes ao longo do tempo. Além disso, mais recentemente, constataram que indivíduos paralisados não estavam tão infelizes como era esperado, percebendo-se que esta circunstância da vida não os fez infelizes para sempre. Contudo, evidências posteriores relacionadas com a adaptação hedônica mostraram que a saúde está relacionada com o BES, percebendo-se enquanto a saúde e o rendimento pessoal de cada indivíduo permanecesse igual, os seus níveis de BES eram mantidos, constatando-se uma não variância nos níveis de BES dos indivíduos (Diener & Lucas, 1999).

Embora se afirme que as circunstâncias da vida podem influir nos níveis de BES e na variância destes, coexiste a ideia de futilidade na busca pela felicidade individual, chegando a comparar-se esta tentativa de ser feliz de forma individual e permanecê-lo desta forma durante muito tempo, com a tentativa de se ser mais alto (Lykken & Tellegen, 1996, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005), considerando-se que esta busca poderá levar a um desapontamento global para muitos indivíduos, achando-se que as pessoas talvez devessem aceitar a sua personalidade e os traços que a esta

correspondem, bem como os níveis de BES que estão “predestinados geneticamente” a cada indivíduo (McCrae & Costa, 1994; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

Neste contexto, equaciona-se a ideia de que a procura de níveis elevados de BES se torna infrutífera e desapropriada, pois poderá gerar somente níveis de ansiedade e frustração. Contudo, as perspectivas mais otimistas no que se refere à procura da felicidade individual, apontam quatro fontes para o aparecimento do otimismo na Psicologia, como o sucesso na intervenções usando a felicidade. Embora os resultados fossem positivos, estas investigações revelavam-se ainda limitadas, mas revelaram o potencial do envolvimento do BES e da felicidade em intervenções realizadas na década de setenta, oitenta e noventa. Percebeu-se que a Psicologia Positiva e as intervenções realizadas neste âmbito, demonstravam resultados relacionados com virtudes como a gratidão (Emmons & McCullough, 2003, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005), o perdão (McCullough, Pargament & Thoresen, 2000, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) e a auto-reflexão (King, 2004; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

Neste sentido, os diferentes fatores motivacionais e atitudes foram também considerados como fatores intrinsecamente relacionados com o BES, uma vez que a diferentes motivações podem corresponder diferentes objetivos de vida, que dizem respeito a fatores intrínsecos ao individuo e relacionados com os seus próprios interesses, motivações e valores. Quer isto dizer que, se o individuo assumir uma perspectiva otimista da vida e se esforçar para alcançar os objetivos por ele definidos, têm mais possibilidade de elevar os seus níveis de BES, uma vez que tem mais motivação e esta é consistente com as suas aspirações, tornando-se mais “acessível” (Kasser & Ryan, 1996, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005; Brunstein, Schultheiss & Grassman, 1998; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005; Sheldon & Elliot, 1999; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005; Emmons & Kings, 1988; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005). A última razão para o otimismo prende-se com a constatação de recentes estudos que evidenciam que as pessoas mais velhas tendem a revelar níveis mais elevados de BES, sendo mais felizes do que os mais jovens (Charles, Reynolds, & Gatz, 2001; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005, Diener, Suh & Oishi, 1997; Roberts & Chapman, 2000; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005; Sheldon & Kasser, 2001; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade,

2005). Assim, estes estudos constataram que as pessoas mais velhas apresentam níveis mais elevados de satisfação com a vida e níveis baixos de emoções negativas, afirmando-se que estas pessoas por serem mais velhas, aprendem estruturas e adaptam-se à vida por forma a perseguir os seus objetivos individuais de vida e a maximizarem as possibilidades de emoções positivas consistentes com as suas motivações e propósitos de vida (Carstensen's, 1995, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Mais tarde, esta correlação entre a idade e o BES foi verificada por Sheldon & Kasser's (2001, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) afirmando-se que as pessoas mais velhas têm mais capacidade para perseguir os seus objetivos de vida e de os seleccionar de forma apropriada para que sejam consistentes, apelativos, motivadores e apropriados à sua individualidade.

Em suma, pode afirmar-se que a condição genética não assume total preponderância na variância de níveis de BES de cada individuo, assumindo-se uma multiplicidade de fatores que variam entre a genética/personalidade, fatores circunstanciais/demográficos e atitudes intencionais. Neste sentido, Lyubonirsky, Sheldon & Schkade (2005) afirmam que a sustentabilidade de um determinado nível de BES, ou, de felicidade poderá ter que ver, na sua maior parte, com questões relacionadas com a influência da personalidade e da genética e dos fatores circunstanciais e demográficos, assumindo-se assim um *set point* da personalidade que apresenta mais influência na manutenção de BES de cada individuo do que os restantes fatores. Neste sentido, e assumindo-se a importância e o papel dos fatores motivacionais e intencionais, afirma-se que o BES pode ser perseguido e não está determinado de forma definitiva, deixando a cada individuo um papel mais ativo na consecução da sua própria felicidade.

Assim, nos pontos abaixo, passaremos a enumerar e descrever de forma mais extensa os fatores que afetam o BES de cada individuo, para que seja possível uma melhor compreensão do papel destes fatores e do nível de impacto que estes detêm no BES.

1.5.1. Set-point do Bem-Estar Subjetivo – Personalidade

As influências genéticas nos níveis de BES e da felicidade dos indivíduos têm vindo a ser estudadas em investigações quantitativas e que têm, sobretudo, como amostra de estudo pessoas que partilham o mesmo código genético, isto é, irmãos gémeos monozigóticos. Assim, de acordo com os resultados destas investigações, afirma-se que a contribuição genética na influência do BES assume o seu papel desde a nascença do indivíduo (Nes, 2010), sendo que estas influências genéticas são estimadas, normalmente, entre níveis de variância que se assumem entre os 35% e os 50% no que se refere às medidas globais de felicidade (Lyken & Tellegen, 1996, cit. in Nes, 2010; Roysamb et al, 2002, cit. in Nes, 2010; Stubbe et al, 2005, cit. in Nes, 2010; Nes et al, 2005, 2006 cit. in Nes, 2010; Schnittker, 2008 cit. in Nes, 2010).

Neste sentido, as influências genéticas no BES de cada individuo acabam por se refletir nos efeitos genéticos adicionais e não adicionais presentes em cada indivíduo (Lyken & Tellegen, 1996, cit. in Nes, 2010), constatando-se que os efeitos genéticos adicionais e não adicionais se referem à influência de vários alelos individuais (efeitos adicionais) e na interação dos alelos dominantes e dos recessivos (efeitos não adicionais), constatando-se assim que a influência genética no BES depende da variância de outros fatores genéticos (Nes, 2010).

Assim, enquanto as investigações apresentavam resultados que corroboravam a teoria de que a genética influenciava o BES, estudos de múltiplas variáveis mostravam que as influências genéticas que influenciavam o BES partilhavam esta mesma influência com a personalidade de cada individuo, revelando-se resultados que apontavam para a ideia de que um conjunto de genes influencia várias características correlacionadas de um individuo, em vez de influenciar somente uma característica (Nes, 2010). Assume-se assim, que, o BES de cada individuo passa a ser determinado pelas suas características genéticas e pela sua personalidade, pelo seu *set point* que é definido como o valor central (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

O BES é influenciado e determinado pelos fatores genéticos que se assumem fixos e invariáveis e imunes a fatores externos, estando as investigações que envolviam irmãos gémeos de Lyken & Tellegen, (1996, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005), as investigações de longo termo de Headey & Wearing (1989, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) e os estudos sobre os efeitos circunstanciais no

BES de Brickman et al. (1978, Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) em sintonia no que se refere aos resultados em relação à estabilidade do BES e da felicidade ao longo do tempo. Neste sentido, pode afirmar-se que apesar da multiplicidade dos estudos e das diferenças que estes apresentavam, quer em relação ao tempo em que decorreram, quer em relação à população que serviu de amostra, os resultados indicam todos no mesmo sentido, ou seja, afirmam que a genética influencia a estabilidade do BES.

A investigação de Lykken & Tellegen (1996, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) tinha como amostra uma população de gémeos monozigóticos que foram acompanhados dos 20 até aos 30 anos de idade, no que se refere aos níveis de BES. Os resultados desta investigação de longo termo revelou que a correlação da variável “gémeos monozigóticos” com a variável “felicidade” apresenta valores no teste-reteste na ordem dos 80%, o que sugere que a hereditariedade da componente estável da felicidade se difere dos valores dos testes entre as variáveis em gémeos dizigóticos que se aproximam quase de valores nulos (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Assim, pode concluir-se que os gémeos monozigóticos apresentam, de forma mais consistente, padrões mais aproximados de BES do que os gémeos dizigóticos, uma vez que os gémeos monozigóticos apresentam o mesmo código genético, diferenciando-se na manifestação dos alelos individuais, enquanto que os gémeos dizigóticos não apresentam o mesmo código genético, logo, a influência genética não possui tanto impacto nos padrões de felicidade individual, pois o código genético destes irmãos não é compartilhado entre os dois o que não permite que haja um fator genético de elevado impacto para ambos irmãos.

Este fator genético também se reflete no *set point* referente à personalidade de cada indivíduo, isto é, os traços de personalidade de cada indivíduo influenciam e determinam os níveis de BES dos indivíduos (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

Neste sentido, pode afirmar-se que várias foram as teorias avançadas e comprovadas pelas investigações nesta área que correlacionavam a personalidade com o BES, havendo a ideia de uma relação focada nos efeitos diretos da personalidade no bem-estar emocional e cognitivo. Sabe-se que as diferenças individuais de cada pessoa emergem cedo na vida de cada indivíduo e que se mantêm estáveis ao longo de muito tempo, assim, a ideia da existência de uma correlação entre a personalidade e as influências genéticas confirmam-se (Diener & Lucas, 1999).

Anteriores investigações sugerem que a origem das diferenças individuais de cada ser humano, da personalidade ao nível do BES têm que ver com teorias relacionadas com a explicação do facto dos indivíduos poderem permanecer durante muito tempo felizes e de se manterem, assim, satisfeitos com as suas próprias vidas. Teorias relacionadas com o temperamento da personalidade e BES focavam-se, inicialmente, em fatores como os níveis médios de afetividade e cognição do BES, reação emocional e processamento cognitivo da informação emocional. Neste sentido, especulava-se que a personalidade era o único fator determinante nos níveis médios de BES dos indivíduos (Headey & Wearing, 1992, cit in Diener, Oishi & Lucas, 2003). Estes dois investigadores afirmavam que os traços de personalidade de cada indivíduo é que determinavam o experienciar de determinadas emoções e mesmo o experienciar de emoções novas nos eventos da vida não permitem que os níveis médios de BES sejam “afetados”, uma vez que estes podem mudar, mas acabam por voltar sempre aos níveis de base. Assim, as pessoas mais extrovertidas apresentavam mais tendência para casar ou ter um emprego com um estatuto social mais elevado, sendo os traços de personalidade considerados fatores que influenciam os níveis médios de BES de cada indivíduo. Ainda neste âmbito, Kette (1991, cit. in Diener, Oishi & Lucas, 2003) levaram a cabo uma investigação com uma população de reclusos com traços de personalidade relacionados com a extroversão e com a introversão, constatando-se que os reclusos mais extrovertidos eram menos felizes do que os reclusos introvertidos, sugerindo-se que as características próprias das situações de vida não são congruentes com os traços de personalidade. Os resultados desta investigação sugerem que os traços de personalidade podem ser afetados pelas situações, ou, eventos da vida, apontando-se já a ideia de poder haver um conjunto de fatores que pudessem determinar o BES. Neste sentido, Lucas et al. (2002, cit in Diener, Oishi & Lucas, 2003) também afirmam que a personalidade e os seus traços característicos não são os únicos fatores que podem determinar o BES de um indivíduo, afirmando-se que ao se observar e avaliar os indivíduos ao longo do tempo, se pode verificar que as mudanças na vida e os fatores circunstanciais da vida (eventos) revelam-se, também, fatores muito importantes por detrás da personalidade. Assim sendo, e baseando-se na teoria da personalidade de Grays (1970, 1991, cit. in Diener, Oishi & Lucas, 2003), investigadores como Tellegen (1985, cit. in Diener, Oishi & Lucas, 2003) e Larsen (1989, 199; cit. in Diener, Oishi & Lucas, 2003) afirmavam que as pessoas com traços de personalidade

relacionados com a extroversão são mais reativas às emoções positivas do que as pessoas mais introvertidas, sendo que os indivíduos neuróticos apresentam mais reatividade às emoções desagradáveis e negativas. Contudo, mesmo com estes resultados de estudos laboratoriais, estes investigadores somente conseguiram comprovar haver uma reatividade diferente relacionada com as diferenças individuais de cada indivíduo (Larsen & Ketelaar 1989, 1991; cit. in Diener, Oishi & Lucas, 2003; Rusting & Larsen 1997, cit. in Diener, Oishi & Lucas, 2003) não se conseguindo apresentar resultados congruentes com a covariância entre a personalidade e o BES (Diener, Oishi & Lucas, 2003), sugerindo-se o neuroticismo como a dimensão mais próxima das emoções negativas e a extroversão como a dimensão mais próxima das emoções positivas.

Neste sentido, as investigações iam cada vez mais aproximando os seus resultados para a ideia de que os fatores determinantes do BES não se prendiam somente com os fatores genéticos ou da personalidade, ressaltando-se a ideia de que os fatores transculturais, dos acontecimentos da vida e das atividades realizadas intencionalmente eram determinantes no BES (Giacomoni, 2004).

Em suma, pode afirmar-se que cada indivíduo é um ser singular que se desenvolve em circunstâncias muito específicas e que as questões genéticas, apesar de serem preponderantes na determinação do BES não podem ser consideradas como fatores estáveis e imutáveis que não se alteram com o impacto de outros fatores ambientais. O cruzamento e a interação de fatores genéticos, com fatores ambientais, com atividades realizadas intencionais e fatores circunstanciais são o resultado dos níveis médios de BES de cada indivíduo.

1.5.2. Fatores circunstanciais

Os fatores circunstanciais referem-se à relevância da felicidade e do BES no que se refere às realidades incidentais que acontecem na vida dos indivíduos. Embora se tenha assumido que a personalidade possa explicar a estabilidade dos níveis médios do BES nos indivíduos, também se sabe que fatores circunstanciais que variam ao longo da vida de cada indivíduo podem assumir variáveis que influenciam cognitivamente e afetivamente a forma como os indivíduos avaliam as suas próprias vidas (Diener, Oishi & Lucas, 2003).

Estas realidades circunstanciais podem incluir fatores como a nacionalidade, fatores geográficos e regionais relacionados com o local onde os indivíduos residem, bem como fatores demográficos como a idade, o género, a etnia e variáveis condicionais como o estado civil, profissão, estabilidade profissional, rendimento, saúde e religião (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Além disso, estes fatores circunstanciais podem também incluir aspetos da história pessoal de cada indivíduo, como os eventos da vida que podem afetar a felicidade individual de cada indivíduo. Por exemplo, se um indivíduo tiver um trauma na sua infância, esta circunstância pode influenciar os seus níveis médios de BES. O mesmo acontece se um indivíduo, por exemplo, ganhar um prémio que reconhece o seu valor ao nível intelectual (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

Fazendo-se um levantamento dos estudos existentes, percebe-se que os resultados destas investigações se revelam incongruentes e contraditórios no que se refere ao impacto destes fatores nos níveis médios de BES, estimando-se que estes fatores têm um peso de cerca de 10% na estabilidade do BES (Argyle, 1999, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005; Diener et al., 1999, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Contudo, estudos empíricos realizados neste âmbito sugerem resultados interessantes, por exemplo, a investigação de Diener, Sandvik, Seidlitz & Diener (1993, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) sugerem que as pessoas que são mais bem remuneradas são mais felizes e que os indivíduos de classe média são um pouco mais felizes do que os indivíduos de classe média-baixa (Warr & Payne, 1982, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Assume-se que as pessoas casadas são mais felizes do que as divorciadas, solteiras ou viúvas (Mastekaasa, 1994; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005),

mesmo em situações culturais diversas (Diener, Gohm, Suh & Oishi, 2000; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Investigações também evidenciaram que o nível de comprometimento que os indivíduos apresentam com a religião, se revela fator de felicidade preponderante (Gallup, 1984, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005), sendo que as pessoas mais saudáveis também se assumem como mais felizes do que indivíduos doentes (Okun et al., 1984; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

Além disso, estudos realizados por Lucas & Diener (2008) revelam resultados que afirmam que os fatores sociodemográficos não apresentam grande relevância na influência do BES de cada indivíduo, a não ser quando relacionadas com a personalidade. Neste sentido, a investigação de Keith et al. (2002, cit. in Butkovic, Brkovic & Bratko, 2011) usou uma abordagem do bem-estar psicológico (perspetiva eudemónica) e do BES (perspetiva hedónica e satisfação com a vida), constatando-se que os fatores sociodemográficos podem relacionar-se de forma diferente com a personalidade de cada indivíduo. Nesta investigação, constatou-se também que os indivíduos adultos que apresentavam menores níveis de educação/formação académica revelavam altos níveis de BES e baixos níveis de bem-estar psicológico, enquanto que os indivíduos mais jovens com maiores níveis de educação e altos níveis de abertura a novas experiências revelaram altos níveis de bem-estar psicológico e baixos níveis de BES. Neste sentido, o fator demográfico relacionado com a Educação apresenta uma forte correlação com o bem-estar psicológico (Butkovic, Brkovic & Bratko, 2011).

Além disso, estudos relacionados com a satisfação com a vida e com o bem-estar hedónico (BES) apresentaram resultados que nos confirmam que o fator demográfico relacionado com a idade dos indivíduos apresenta uma correlação com os níveis de BES. Assim, investigações longitudinais e a longo termo revelaram que qualquer diferença mínima de idades entre os indivíduos no bem-estar ou incrementos de idade na satisfação com a vida, pode relacionar-se com o decréscimo de afetos negativos (Ryff, 2008, cit. in Butkovic, Brkovic & Bratko, 2011). Múltiplas investigações revelaram que uma pequena variância na idade dos indivíduos nas relações positivas com os outros e com a auto-adaptação diminui com a idade dos indivíduos no que se refere à autonomia e ao domínio do ambiente social, mas diminui de forma acentuada desde a adolescência até à idade adulta, referindo-se a

uma avaliação subjetiva dos indivíduos sobre a sua própria vida (Ryff, 2008, cit. in Butkovic, Brkovic & Bratko, 2011). Neste sentido, pode afirmar-se que diferentes aspetos do BES podem modificar-se de forma diferente de acordo com a idade dos indivíduos, dependendo também da forma como estes aspetos são mensurados e avaliados. Assume-se a ideia de que o BES aumenta com a idade, não diminuindo após certa idade, havendo a ideia de duas possíveis razões para que isto possa acontecer. A primeira razão tem que ver com o envelhecimento dos indivíduos, pressupondo-se que estes adquirem mais competências em diferentes domínios com o aumento da idade. O segundo prende-se com o facto dos ideais e objetivos de vida reais e idealizados. Os adultos apresentam objetivos de vida mais concretizáveis e mais próximos da realidade e mais possíveis e prováveis de se poderem concretizar, deixando-os mais felizes quando atingem os objetivos por eles propostos, enquanto que os mais jovens idealizam propósitos para a sua vida que se prendem com objetivos mais idealizados e menos reais. Logo, se os seus objetivos e propósitos de vida não são facilmente, ou, a curto prazo concretizáveis, eles não ficarão tao rapidamente e tao facilmente satisfeitos com a sua própria vida (Eryilmaz, 2010).

Além da influência dos fatores demográficos relacionados com a idade dos indivíduos, também investigações revelaram resultados relacionados com o género dos indivíduos, pressupondo-se que a diferença entre ser-se mulher, ou, homem, não produz resultados significativos no aumento ou diminuição dos níveis de BES dos indivíduos, havendo a necessidade de informação mais aprofundada sobre o assunto para que se possa perceber o efeito da variância de género no BES (Fujita, 1991, cit. in Eryilmaz, 2010).

Em suma, pode afirmar-se que apesar destas evidências sugeridas por estas investigações, estes resultados não se revelam imperativos na assunção da definição de níveis médios de BES e na manutenção destes, assumindo-se apenas uma influência na determinação do BES que varia entre os 8% e os 15%. Estas fracas associações destes fatores circunstanciais com o BES de cada indivíduo surgem como expectativas de um rendimento de que a saúde física pode ser associada fortemente ao BES (Diener & Lucas, 1999). A verdade é que independentemente do nível de impacto destes fatores no BES, estes podem assumir alguma importância na interação com os outros fatores com a personalidade e as atividades intencionais. O estatuto de vida de cada indivíduo e as variáveis intrínsecas a esta parecem oferecer

condições que podem influir nos níveis de BES, potenciando situações que se revelam importantes no aumento crónico dos níveis médios de BES (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

1.5.3. Atividades intencionais

As atividades intencionais são uma das medidas mais promissoras na alteração dos níveis médios de BES de um indivíduo. Esta é uma categoria que inclui atividades que as pessoas realizam no seu dia-a-dia. Visto que os seres humanos são umas criaturas muito ativas, prevê-se que os seus múltiplos comportamentos, projetos e objetivos de vida se concretizem em atividades que eles têm a intenção de realizar diariamente (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

Neste sentido, Lyubonirsky, Sheldon & Schkade (2005) afirmam que atividades intencionais são todas aquelas atividades em que as pessoas têm a oportunidade de escolher se participam, ou se se envolvem, sendo todas as atividades em que os indivíduos revelam esforço para se envolverem. Isto é, o indivíduo revela uma intenção, um esforço em participar na atividade, não se envolvendo nestas por acaso, ou de forma não intencional. Assim, é necessário que se faça uma distinção entre estas atividades intencionais e as atividades circunstanciais, percebendo-se que as atividades intencionais são desenvolvidas de acordo com as intenções e objetivos dos indivíduos, nas quais as pessoas agem sobre as circunstâncias, sendo que as atividades circunstanciais são as atividades rotineiras, do dia-a-dia.

Assim, Keltner & Bonanno (1997, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) e Magen & Aharoni (1991, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) afirmam que as atividades intencionais se revelam um fator importante na influência dos níveis de BES dos indivíduos, na medida em que alguns tipos de atividades comportamentais, como prática regular de exercício, ou, a tentativa de se ser simpático e gentil para com os outros, pode estar associado ao BES, bem como alguns tipos de atividades cognitivas como o apaziguamento de situações (Emmons & McCullough, 2003, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005; King, 2001, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005; Seligman, 1991, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005), ou, algumas atividades cognitivas realizadas de livre vontade (*volitional activities*), como o esforço na perseguição de importantes objetivos individuais (Sheldon & Houser-Makro, 2001, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) ou a devoção e o esforço debruçado sobre causas significativas (M. Snyder & Omoto, 2001, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

Neste sentido, é importante realçar que os comportamentos intencionais, cognitivos, ou as atividades realizadas de livre vontade são fatores que influenciam o aumento ou o decréscimo de níveis de BES, referindo-se a cerca de 40% de variância na importância das atividades intencionais para a determinação e manutenção do BES (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

O facto é que algumas investigações apontam resultados no sentido de se afirmar que o comportamento intencional dos indivíduos, bem como o comportamento cognitivo e as atividades intencionais se revelam como fatores preditores para a manutenção do BES nos indivíduos. Alguns estudos investigaram o impacto da adoção de novos comportamentos no BES a longo termo (estudo longitudinal), percebendo-se, por exemplo, que o total envolvimento de um indivíduo num novo programa positivo de exercícios aumenta o humor e a vitalidade dos indivíduos em pelo menos seis meses (Ransford & Palisi, 1996, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005, Stewart et al., 1997; cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Contudo e apesar de se perceber a importância da implicação das atividades intencionais na promoção e manutenção no BES dos indivíduos, a verdade é que ainda há poucos estudos que debrucem as suas linhas de investigação sobre este constructo. Os efeitos a longo prazo das atividades intencionais no BES são ainda um pouco sobrevalorizados pelos estudos até então realizados, sendo poucas as investigações que tinham como objetivo de estudo a avaliação das atividades intencionais enquanto fator preditor do BES (Gloaguen et al., 1998, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Neste sentido, estudos recentes apontam resultados positivos relativos às atividades intencionais que levam os indivíduos a praticarem virtudes psicológicas positivas como a gratidão (Emmons & McCullough, 2003, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005), esperança (Snyder, Hardi, Michael & Cheavens, 2000, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) e perdão (McCullough et al., 2000, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005), sugerindo-se assim que as atividades cognitivas podem oferecer muitas e excelentes oportunidades para a intervenção na felicidade individual dos indivíduos (Fordyce, 1983, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Os estudos de Sheldon (1995; 1998; 2000, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) confirmam a ideia de que as atividades voluntárias decididas pelo próprio indivíduo de acordo com os seus objetivos individuais e com os seus propósitos de vida em que estes se envolvem,

podem aumentar o BES, uma vez que quando uma pessoa escolhe uma atividade para realizar de forma voluntária (seja cognitiva, comportamental ou psicológica) o seu BES aumenta, pois estas atividades vão de encontro aos seus objetivos individuais de vida, havendo uma concordância entre os objetivos individuais e as atividades praticadas voluntariamente, aquelas que os indivíduos “querem”. Além disso, o trabalho deste autor, em parceria com Elliot (1998, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) e Kasser (1995; 1998, cit. in Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005) revelou conclusões que comprovam a importância das atividades voluntárias no dia-a-dia dos indivíduos no desenvolvimento do BES, havendo uma acumulação de experiências diárias positivas ao longo da vida de cada pessoa.

Neste sentido, para que se possa ter uma ideia mais resumida sobre os determinantes e fatores do bem-estar subjetivo, apresenta-se a tabela abaixo, que sob uma forma sintetizada, resume as principais ideias que estão concernentes aos fatores determinantes do BES de cada indivíduo.

Tabela 3. Tabela síntese sobre os fatores determinantes do BES

Fatores determinantes do BES	Evidências
Personalidade	<p>Influências genéticas associadas a fatores determinantes de níveis de BES dos indivíduos e partilham esta mesma influência com a personalidade (Nes, 2010);</p> <p>Traços de personalidade de cada indivíduo influenciam e determinam os níveis de BES destes (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005).;</p>
Fatores circunstanciais	<p>Realidades incidentais que acontecem na vida dos indivíduos e que variam ao longo da vida do indivíduo, assumem-se como variáveis que influenciam cognitivamente e afetivamente a forma como os indivíduos avaliam as suas vidas (Diener, Oishi & Lucas, 2003);</p> <p>Incluem fatores como a nacionalidade, fatores geográficos, regionais e relacionados com a localidade onde os indivíduos vivem, fatores demográficos, fatores condicionais (estado civil, profissão, estabilidade profissional, religião, rendimento e saúde), fatores relacionados com aspetos da história pessoal de cada indivíduo e eventos de vida (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005);</p> <p>Fatores circunstanciais ao ser utilizados como única medida de mensuração dos níveis de BES apresentam somente um peso de cerca de 8% a 15% (Diener & Lucas, 1999);</p> <p>Imperativo correlacionar-se estes fatores com outros fatores determinantes (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005);</p>
Atividades intencionais	<p>Atividades que as pessoas realizam de forma intencional, têm oportunidade de escolha na sua participação e esta é feita de acordo os seus objetivos de vida (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005);</p> <p>Indivíduos agem sobre as circunstâncias (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005);</p> <p>Atividades intencionais referem-se a cerca de 40% de variância na importância destas nos níveis de BES dos indivíduos (Lyubonirsky, Sheldon & Schkade, 2005);</p>

1.6. Síndrome de Turner

O Síndrome de Turner (ST) é uma desordem cromossômica, caracterizada pela ausência total ou parcial do cromossoma X, com ou sem mosaicismo, em indivíduos do sexo feminino (Christopoulos, Deligeoroglov, Laggari, Christogiorgos & Creatsas, 2008; Lesniak-Karpiak, Mazzocco & Ross, 2003; Stochholm et al., 2006). O Síndrome de Turner é considerado uma doença genética caracterizada por uma das anomalias cromossômicas mais comuns presentes nas mulheres (Burnett, Reutens & Wood, 2010).

1.6.1. Prevalência

O Síndrome de Turner por ser uma anomalia cromossômica do cromossoma X, ocorre exclusivamente em mulheres e não está associado ao atraso mental (Ross & Zinn, 1999, cit. in Carel et al., 2005), afetando 1 em cada 1500 a 2500 mulheres nascidas vivas (Christopoulos, Deligeoroglov, Laggari, Christogiorgos & Creatsas, 2008; Lesniak-Karpiak, Mazzocco & Ross, 2003; Stochholm et al., 2006).

É uma desordem que ocorre em cerca de 3% dos fetos femininos, mas devido às elevadas taxas de aborto espontâneo, a taxa de nados vivos acaba por se situar apenas em 1%, sendo somente uma em cada cem mulheres sobrevive até ao termo da gravidez e ao parto (Santos, Marçal, Amaral, Pina, Lopes & Fonseca, 2010; Ross, Zinn & McCauley, 2000).

1.6.2. Características do Síndrome de Turner

1.6.2.1. Características genéticas

A história da descoberta do Síndrome remonta ao século XX, no ano de 1938, quando Dr. Henry Turner descreveu pela primeira vez o síndrome. Normalmente, os pacientes eram diagnosticados tardiamente, somente na adolescência pois como apresentavam baixa estatura e/ou amenorreia para a idade biológica que tinham, começou a investigar-se a razão para que isso acontecesse e através do exame cariotípico, percebeu-se que o motivo para aquelas determinadas características específicas tinham que ver com uma desordem cromossômica. Assim, o método mais estandardizado para a realização do diagnóstico foi, e é, o exame cariotípico (Turner, 1938, cit. in Christopoulos, Deligeoroglov, Laggari, Christogiorgos & Creatsas, 2008).

Neste sentido, pode afirmar-se que o Síndrome de Turner é uma das mais desordens cromossômicas comuns que afetam as mulheres (Burnett, Reutens, Mazzocco & Ross, 2008), sendo uma desordem ao nível desenvolvimental que tem associado um défice neuropsicológico e comportamental (Lesniak-Karpiak, Mazzocco & Ross, 2003).

Etiologicamente, a ST foi classificada como uma desordem ou como um défice ao nível da aquisição da linguagem não-verbal associado a dificuldades relacionadas com competências sociais e neurocognitivas (Tsatsanis & Rourke, 1995; cit.in Lesniak-Karpiak, Mazzocco & Ross, 2003), estando também associadas características e complicações ao nível do aspeto físico, do sistema cardiovascular, renal, da audição, do sistema endocrinológico, estomatológico, entre outras comorbilidades (Santos, Marçal, Amaral, Pina, Lopes e Fonseca, 2010).

O ST é um síndrome raro que afeta 1:2500 mulheres nascidas (Burnett, Reutens & Wood, 2010) estimando-se que, em Portugal, existam cerca de 2000 mulheres com ST, surgindo 20 novos casos por ano, dada a taxa de nascimentos e à população existente (Santos, Marçal, Amaral, Pina, Lopes e Fonseca, 2010).

Em termos genéticos, a ST caracteriza-se pela monossomia do cromossoma X, em 45% dos casos. Enquanto que as mulheres normais apresentam um código genético composto pelos cromossomas (46, XX), sendo que os cromossomas X dizem respeito aos cromossomas sexuais, as mulheres com ST apresentam um código genético (45, X), revelando a total, ou, parcial ausência de um dos cromossomas sexuais (X) (Burnett, Reutens & Woods, 2010).

Esta anomalia genética tem que ver com a não disjunção dos cromossomas sexuais durante o processo de gametogénese de um dos progenitores, ou, por outro lado poderá ser o resultado das perdas dos cromossomas sexuais na divisão miótica do zigoto (Wolff et al., 2010). Normalmente, a perda dos cromossomas das mulheres (45, X) ocorrem por um erro de segregação da parte materna, pelo que erro de segregação do cromossoma ocorre depois da fertilização ou durante a meiose masculina (Ferrão et al., 2002, cit. in Santos, Marçal, Amaral, Pina, Lopes e Fonseca, 2010). As mulheres com ST com mosaicismo (6% a 11%) apresentam outros cariotipos que não a monossomia pura do cromossoma X, revelando assim uma maior variedade fenotípica que as mulheres com ST sem mosaicismo (Burnett, Reutens & Woods, 2010; Wolff et al., 2010).

Neste sentido, é de referir que para além da total ausência do cromossoma X, da monossomia deste mesmo cromossoma em estado puro, também é possível que as mulheres com ST apresentem anomalias estruturais no cromossoma X (30% dos casos), sendo também possível a presença de outras linhas celulares com dois ou mais cromossomas sexuais (Wolff et al., 2010).

1.6.2.2. Características físicas

Como já foi referido anteriormente, o Síndrome de Turner foi descoberto devido à baixa estatura das mulheres relativamente à idade que tinham e ao crescimento que era esperado segundo o sistema de desenvolvimento “normal”. Neste sentido, a baixa estatura apresenta-se como uma das características físicas mais visíveis e que mais facilmente identificam e caracterizam o ST.

Assim sendo, as características físicas associadas ao ST são a baixa estatura (Feinstein & Chahal, 2009), sendo que a altura final dos indivíduos com ST estão entre os 1.42 metros e os 1.48 metros (Suzigan et al., 2004), o pescoço com excesso de pele (Stochholm et al., 2006; Ross, Zinn & McCauley, 2000), a falha prematura dos ovários e do sistema endocrinológico (Rovet, 1993; Carel et al., 2005; Burnett, Reutens & Wood, 2010), os ombros extremamente largos para a estrutura do corpo (Ross, Zinn & McCauley, 2000), malformações ao nível do sistema renal (Ross, Zinn & McCauley, 2000; Rovet, 1993; Carel et al., 2005), o aparecimento de linfedemas (inchaço) nas mãos e pés (Ross, Zinn & McCauley, 2000), ausência do desenvolvimento espontâneo

da puberdade, sendo necessária a administração de doses de estrogénio para colmatar a falta de espontaneidade desta fase do desenvolvimento, (Pareren et al., 2005), um infantilismo sexual associado também a infertilidade devido à falha prematura dos ovários (Rovet, 1993), malformações cardíacas e complicações relacionados com a aorta (Rovet, 1993; Carel et al., 2005) e anomalias somáticas (Simpson, 1975; Turner, 1938, cit. in Rovet, 1993).

Neste sentido, é necessário perceber-se que estas características físicas e estas comorbilidades e complicações ao nível do aspeto físico e da saúde podem estar todas associadas ao ST, ou, somente em grande parte.

Lippe (1982, cit. in Rovet, 1993) propôs que as características físicas pudessem emergir de duas disfunções primárias, uma envolvendo o sistema linfático e o outro envolvendo anomalias no crescimento e desenvolvimento humano.

A verdade é as características físicas específicas do ST são facilitadoras do precoce diagnóstico, as alterações fenotípicas refletem-se em características físicas, por vezes bastante perceptíveis através somente da observação no ato do nascimento da menina, mas acontece que há situações em que estes factos passam despercebidos e é somente na adolescência, devido à baixa estrutura e às disfuncionalidades no início da puberdade que se identifica o ST (Santos, Marçal, Amaral, Pina, Lopes e Fonseca, 2010).

1.6.2.3. Características clínicas

Frias & Davenport (2003, cit. in Santos, Marçal, Amaral, Pina, Lopes e Fonseca, 2010) refere que as características clínicas mais frequentes, com mais de 50% de frequência, em pacientes com ST são a baixa estatura, disgenésia gonadal, linfedemas nas mãos e pés, unhas hiperconvexas, alterações na forma ou pavilhões auriculares, maxilar superior estreito condicionando alterações no posicionamento dos dentes, micrognatia, baixa inserção do cabelo, tórax largo com mamilos invertidos, *cubitus valgus*, quarto metacarpos curtos, exostose tibial, tendência para a obesidade, otite média recorrente. Ainda no que se refere às características clínicas do ST, os autores afirmam que há a prevalência de características menos frequentes (menos de 50%)

como a perda de audição, alterações cardiovasculares e renais, hipertiroidismo, hipertensão, intolerância à glicose (diabetes), pescoço alargado, dislipidemia e nevi pigmentados.

Ocasionalmente, os pacientes com ST apresentam doença hepática, escoliose, cifose, lordose, gonadoblastoma, doença inflamatória do cólon e intestinal, neuroblastoma e artrite reumatoide juvenil (Frias & Davenport, 2003; cit. in Santos, Marçal, Amaral, Pina, Lopes e Fonseca, 2010).

1.6.2.4. Características psicológicas

O ST é associado a um risco acrescido de dificuldades ao nível das competências sociais e psicológicas (McCauley, Feuillan, Kushner & Ross, 2001; Lesniak-Karpiak, Mazzocco & Ross, 2003; Mazzocco, Thompson, Suohalter et al., 2006, cit. in Burnett, Reutens & Wood, 2010). Os indivíduos com ST apresentam défices específicos nos aspectos relacionados com a sociedade e com os relacionamentos interpessoais (Burnett, Reutens & Wood, 2010).

Além disso, estes indivíduos apresentam também dificuldades ao nível das emoções e das relações sociais (Rovet, 1993). Um estudo desenvolvido por Mazzocco, Baumgardner, Freund et al., 1998 (cit. in Burnett, Reutens & Wood, 2010) avaliou os problemas sociais e os problemas nos processos de atenção entre raparigas com ST e as suas irmãs. Conclui-se que havia uma distinção no que se referia ao ajustamento nos processos sociais e de atenção, sendo que as raparigas com ST revelavam mais problemas de adaptação e ajustamento à sociedade e problemas relacionados com a atenção, percebendo-se assim que estes fatores nada tem que ver com as influências familiares, ou, com o ambiente vivenciado.

Neste sentido, pode concluir-se que as raparigas com ST revelam défices ao nível das competências sociais e nos processos de atenção (Ross, Zinn & McCauley, 2000), pois raparigas com ST tendem a ter poucos amigos, tendem a envolver-se em poucas atividades sociais, tendem a ter muitas dificuldades ao nível da concentração e da manutenção da atenção e na interação social (Siegel, Clopper & Stabler, 1998, cit. in Burnett, Reutens & Wood, 2010; Lagrou, Xhrouet-Heinrichs et al., cit. in Burnett, Reutens & Wood, 2010).

Investigações referem-se a estas dificuldades psicológicas que as mulheres com ST revelam, pois identificavam problemas de ajustamento social, incluindo imaturidade, pouca concentração e referiam ainda desvios nas competências da linguagem ao nível da conversação normal (Mazzocco, Thompson, Suohalter et al., 2006, cit. in Burnett, Reutens & Wood, 2010). Estes desvios nas competências de comunicação e de linguagem haviam já sido identificados por Burnett, Reutens & Wood (2010) que numa investigação com mulheres com ST, constatou que os indivíduos com ST apresentam pouca fluência ao nível do discurso não-verbal e também um défice na perceção visuo-espacial e na memória.

As mulheres com ST também apresentam dificuldades noutros processos cognitivos, incluindo o sentido de orientação (Alexandre, Walker & Money, 1964, cit. in Rovet, 1993), raciocínio espacial (Money & Alexander, 1966, cit. in Rovet, 1993), memória visual (Waber, 1979, cit. in Rovet, 1993), perceção das partes do todo (Silbert, Wolff & Lilienthal, 1979, cit. in Rovet, 1993), espaço extrapessoal (Alexander & Money, 1966, cit. in Rovet, 1993), processos mentais (Rovet & Netley, 1982, cit. in Rovet, 1993), dificuldades em labirintos (Nielsen, Nyborg & Dahl, 1977, cit. in Rovet, 1993) sequência visual (Robinson et al., 1986, cit. in Rovet, 1993), integração visual-motora (Lewandowski, Costenbader & Richman, 1985, cit. in Rovet, 1993) e discriminação visual (Silbert et al., 1977, cit. in Rovet, 1993). Contudo, afirma-se que a capacidade de linguagem recetiva das mulheres com ST prevalece intacta (Rovet, 1993), não parecendo existir correlação entre os défices de linguagem não-verbal e linguagem recetiva. No entanto, sabe-se que há défices associados no que se refere à fluência verbal e aos processos executivos de processamento, planeamento e flexibilidade de informação (Waber, 1976, cit. in Rovet, 1993). Em suma, pode afirmar-se que as investigações permitiram concluir que as mulheres com ST revelam défices ao nível do ajustamento social, ao nível dos processos neuropsicológicos e cognitivos, ao mesmo tempo que têm dificuldades na organização (Netley & Rovet, 1982, cit. in Rovet, 1993), que podem ser justificados com a ausência do cromossoma X (Netley, 1977, cit. in Rovet, 1993) e/ou por irregularidades hormonais (Nyborg, 1990, cit. in Rovet, 1993). É de referir que as crianças com mosaicismos tendem a ser menos afetadas nestes aspetos cognitivos e psicossociais (Temple & Carney, 1993, cit. in Rovet, 1993) e nos casos com presença parcial do cromossoma X, as habilidades e competências verbais, bem como as capacidades executivas acabam por registar níveis mais elevados

do que as mulheres com ST com a total ausência do cromossoma, o que se reflete na mediação das interações sociais (Christopoulos et al., 2008).

Estes défices nas perturbações não-verbais e nas perceções visuo-espaciais estavam associados a baixos níveis de quociente intelectual (Rovet, 1993).

Assim, através de sucessivas investigações, também se tentou perceber a associação entre os défices nestes domínios, o ST e os baixos níveis de Quociente Intelectual (QI) nas mulheres, pois os défices nos domínios psicológicos poderiam afetar a inteligência e os comportamentos (Rovet, 1993). Neste sentido, muitas investigações com mulheres com ST começaram a surgir de forma a que se pudesse avaliar o nível de QI e a correlação deste com os défices nos domínios psicológicos e psicossociais, concluindo-se que apesar de haver uma redução global no nível de QI (ex: Grumbach, Van Wyck & Wilkins, 1995, cit. in Rovet, 1993; Hadda & Wilkens, 1985, cit. in Rovet, 1993; Polani, 1961, cit. in Rovet, 1993) não havia uma aparente regressão nos processos mentais subnormais (Sybert, Reed & Hall, 1980, cit. in Rovet, 1993). Além disso, os estudos desenvolvidos por Rovet (1993), revelaram que numa população de 226 mulheres com ST, a média do QI era de 94.6 e a média do grupo de controlo (mulheres sem ST) era de 103.9. Ainda assim, há indicações de que o nível de QI pode ser mais baixo em crianças com a condição de monossomia do Síndrome do que nas outras com variâncias cromossómicas (Bender et al., 1990, cit. in Rovet, 1993) ou com mais três estigmas físicos associados (Rovet, 1993).

Contudo, as relações específicas entre as características físicas associadas e os resultados psicológicos ainda não foram descritos (Rovet, 1993), embora se saiba que a aparência do corpo, a autoimagem corporal, revela-se um dos preditores da depressão em jovens e adolescentes com ST, pois a forma que o corpo adquire acaba por não corresponder à idade biológica que estas mulheres têm. Um estudo com raparigas com ST e com cariotipos heterogéneos revelou que jovens com ST revelam insatisfação com o possível excesso de peso e com a forma corporal, o que influencia a autoestima e a auto-perceção do próprio corpo e da própria imagem (Rickert, Hased, Hendon et al., 1996, cit. in Burnett, Reutens & Wood, 2010). Mais tarde, outro estudo que envolvia os pais de meninas com ST também confirmou a fraca ajustabilidade social das suas filhas, que revelavam fracas competências sociais e de relacionamento com os pares em comparação com outras raparigas com altura semelhante, comprovando-se que a baixa estatura influencia as relações sociais (McCauley, Kay, Ito et al., 1987; cit. in Burnett,

Reutens & Wood, 2010; Mccauley, Feullion, Kushner & Ross, 2001; Lesniak-Karpiak, Mazzocco & Ross, 2003; cit. in Burnett, Reutens & Wood, 2010).

Além da baixa estatura, a falha precoce do sistema endocrinológico (ovários) e a infertilidade, as mulheres com ST apresentam elevados níveis de vergonha, ansiedade social, depressão e níveis baixos de autoestima em mulheres com ST quando comparadas com mulheres sem ST (Schmidt, Cardoso, Ross et al., 2006; cit. in Burnett, Reutens & Wood, 2010).

Em suma, pode afirmar-se que as raparigas, ou, as mulheres com ST revelam mais problemas ao nível da socialização, da maturidade emocional, experienciam mais emoções negativas como a vergonha, têm fracas e poucas relações interpessoais, baixos níveis de autoestima e da imagem corporal, sendo que este grupo restrito de mulheres revela um acrescido risco de desenvolverem psicopatologias graves na fase adulta, quando comparadas com outras mulheres sem o ST (McCauley, 1990, cit. in Ross, Zinn & McCauley, 2000). As mulheres com ST são mais vulneráveis psicologicamente, revelando mais dificuldades no ajustamento social e estando mais predispostas a desenvolverem depressões (Ross, Zinn & McCauley, 2000). Contudo, e apesar destes dados, algumas investigações divulgam resultados que nos revelam que as mulheres com ST conseguem alcançar níveis altos de educação, sendo cada vez mais frequentes no ensino superior, conseguem obter empregos bem remunerados (Orten & Orten, 1991, cit. in Rovet, 1993), mas continuam a revelar baixos níveis de participação e ocupação social (Downey, Ehrhardt, Gruen, Bell & Morishima, 1991, cit. in Rovet, 1993).

1.6.3. Diagnóstico

O Síndrome de Turner sendo uma doença genética é passível de ser diagnosticado logo à nascença do nado vivo do sexo feminino através de um exame genético cariotípico (Stochlom, Juul, Juel Naeraa & Gravholt, 2006). Mais de 25% das mulheres com Síndrome de Turner apresenta uma anomalia no cromossoma X (45, X), podendo também ser passível a existência de uma monossomia do cromossoma X, havendo a combinação do cromossoma X com as células normais (46, XX) (Morgan, 2007).

Segundo Morgan (2007), o exame cariotípico é feito através de uma simples recolha de sangue que permite fazer uma avaliação genética correta e fiável da estrutura do código genético dos indivíduos. Embora, o exame cariotípico seja um meio de diagnóstico do Síndrome fiável, exato e rápido, muitas mulheres são diagnosticadas tardiamente com o Síndrome devido à ausência de sintomas ou sinais físicos e clínicos na primeira infância (Pareren et al., 2005). Neste sentido, somente aquando da adolescência e aquando da apresentação de baixa estatura por parte das mulheres com ST nesta fase de desenvolvimento é que poderá ser feito o diagnóstico. Nesta perspetiva, o diagnóstico tardio é frequente, havendo estudos que comprovam que somente após sete anos a evidência da existência de baixa estatura é que as mulheres são diagnosticadas, havendo cerca de 4% de meninas evidenciadas com baixa estatura que são diagnosticadas com Síndrome de Turner (Morgan, 2007). Em suma, pode afirmar-se que o exame cariotípico é o meio de diagnóstico que permite diagnosticar com fiabilidade o Síndrome de Turner, aquando do surgimento das evidentes características físicas, principalmente a baixa estatura.

1.6.4. Tratamento

O Síndrome de Turner é uma patologia que não tem cura, mas que pode ser atenuada recorrendo-se a um tratamento multidisciplinar com recurso a fármacos, cirurgias e tratamentos ao nível do apoio psicológico.

Devido à ausência de um dos cromossomas X (cromossoma responsável pela função sexual e reprodutiva), as mulheres com ST apresentam manifestações clínicas associadas ao crescimento abaixo da curva normal de crescimento para a sua idade (baixa estatura), apresentando também falhas no funcionamento do sistema reprodutor (ovários) e a puberdade acaba por não se iniciar de forma espontânea, tendo que ser induzida através de fármacos (Saenger, 1996, cit. in Schwartz, Elnecave, Krug & Amaral, 2010). Neste sentido, o tratamento nas mulheres com ST, na maioria dos países, acaba somente por se basear na administração de hormonas do crescimento (estrogénio) para que estas dificuldades de crescimento e de desenvolvimento tardio da puberdade possam ser atenuadas, sendo este o tratamento preferencial e mais estandardizado (Pareren, et al., 2005). Além disso, o tratamento com estrogénio é utilizado para se induzir a puberdade na idade mais próxima em que esta deveria ocorrer normalmente (Parere net al., 2005).

Neste sentido, e devido à comorbilidade e às manifestações clínicas associadas à ST, o tratamento do síndrome acaba também por ser dirigido para tratamentos indicados para colmatar ou atenuar outras patologias que normalmente estão associadas ao síndrome. Assim, é normal que as mulheres com ST sejam submetidas a cirurgias para tratamento das malformações associadas, principalmente das malformações cardíacas, que sejam expostas a tratamentos com estrogénio, devido à disgenesia gonadal, e que sejam submetidas a tratamentos, muitas vezes ininterruptos e infindáveis, para tratar questões relacionadas com a hipoacusia, hipertensão arterial, doenças autoimunes e problemas psicológicos associados à autoimagem e autoconceito relacionados com a imagem corporal (Schwartz, Elnecave, Krug & Amaral, 2010).

O facto é que a ST se apresenta como uma desordem desenvolvimental que poderá também associar-se a défices neuropsicológicos e comportamentais (Lesniak-Karpiak, Mazzocco & Ross, 2003) mas que normalmente não traz défices cognitivos ou atrasos mentais associados, apresentando-se com níveis normais de inteligência (Morgan, 2007). Contudo, estas mulheres podem também apresentar dificuldades nas

competências sociais, emocionais e psicomotoras (Burnett, Reutens & Wood 2010; Rovet, 1993), revelando também défices nas capacidades e habilidades motoras (Ross, Zinn & McCauley, 2000), o que poderá indiciar a necessidade de um acompanhamento psicológico por parte de profissionais especializados para que este risco associado às dificuldades sociais e comunicacionais possa ser diminuído.

Pode afirmar-se que o tratamento da ST além de transdisciplinar, deve manter-se ao longo da vida destas mulheres, pois apesar de haver algumas patologias associadas que possam ficar resolvidas com cirurgias (patologias relacionadas com a audição, sistema cardiovascular, sistema oftalmológico e sistema renal), existem outras manifestações clínicas que devem ser tratadas ao longo da vida do indivíduo com ST (sistema psicológico, sistema reprodutor, sistema musculo-esquelético,...) (Morgan, 2007).

Neste sentido, e para que se possa ficar a perceber que tratamentos podem vir a ser realizados em indivíduos com ST e em fase da vida destes, apresenta-se, em baixo, a seguinte tabela.

Tabela 4.**Linhas orientadoras no tratamento do Síndrome de Turner**

Sistema	Timing	Problemas Clínicos
Auditivo	Diagnóstico e ao longo da infância	Perda auditiva neurossensorial e otites médias recorrentes
Ossos	Dos 10 anos à idade adulta	Osteoporose e perda de densidade mineral óssea
Cardiovascular	No momento do diagnóstico De 5 ou 10 anos em 10 anos	Anomalias congénitas cardiovasculares, hipertensão, dilatação da aorta, hiperlipemia
Dentário	A partir dos 7 anos e na idade adulta	Má oclusão e anomalias dentárias
Genético	Todas as idades	Presença de material do cromossoma Y
Imunitário	No diagnóstico e em cada 2 a 4 anos após os 4 anos de idade	Hiper ou Hipotireoidismo, doença celíaca
Hepático	Em cada 2 anos após os 6 anos de idade	Enzimas hepáticas (duram mais de 6 meses)
Linfático	Antes dos 2 anos de idade	Linfedema
Metabólico	Idade adulta	Diabetes e obesidade
Músculo-esquelético	9/12 meses até à idade adulta, na infância e adolescência	Baixa estatura, deslocação da anca, escoliose e cifose
Psicológico	Em todas as idades	Autoestima e problemas de aprendizagem
Oftalmológico	Diagnóstico e depois do 1 ano de idade	Estrabismo e hipermetropia
Renal	No momento do diagnóstico	Malformações renais
Reprodutor	Pré-adolescência	Puberdade, deficiência dos níveis de estrogénio, Infertilidade

Nota: Adaptado de Morgan (2007). *Turner Syndrome: Diagnosis and Management*. Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri. *Am Fam Physician*. 76, (3), 405-417

1.7. Bem-estar subjetivo em crianças e adolescentes com Síndrome de Turner

O BES tem vindo a revelar-se um constructo muito abordado em várias investigações, tanto em população adulta como em população mais jovem (crianças e adolescentes). Em geral, os resultados das investigações até então realizadas têm vindo a revelar resultados positivos de satisfação com a vida, nos adultos, como o resultado de um produto de experiências de vida positivas nos domínios inter e intrapessoais, vocacionais e relacionados com a saúde desta população (King, 2003, cit. in Marques & Pais Ribeiro, 2006; Lyubormirsky, 2003, cit. in Marques & Pais Ribeiro, 2006 & Diener, 2003, cit. in Marques & Pais Ribeiro, 2006). No que se refere à população mais jovem, pode afirmar-se que só recentemente é que este constructo começou a ser alvo de enfoque por parte de investigadores que pretendiam mensurar o BES nesta população sob uma forma compósita. Assim, as investigações que seguem esta linha, estão associadas ao estudo de relações entre a satisfação com a vida e outras variáveis, como comportamentos de risco, sintomas psicopatológicos, índices de saúde física (Huebner, 2003, cit. in Marques & Pais Ribeiro, 2006, Suldo, 2003, cit. in Marques & Pais Ribeiro, 2006; Smith, 2003, cit. in Marques & Pais Ribeiro, 2006 & McKnight, 2003; cit. in Marques & Pais Ribeiro, 2006) características de personalidade, experiências do meio incluindo situações de vida positivas e negativas e condições do dia-a-dia (Ash & Huebner, 2001, cit. in Marques & Pais Ribeiro, 2006; Huebner, 2003 cit. in Marques & Pais Ribeiro, 2006; Suldo, 2003, cit. in Marques & Pais Ribeiro, 2006 & Valois, 2003, cit. in Marques & Pais Ribeiro, 2006).

Neste sentido, de que forma é que se poderá avaliar as medidas de BES nas crianças e adolescentes com Necessidades Educativas Especiais? Griffin & Huebner (2000, cit. in Giacomoni, 2002) pretenderam avaliar a potencialidade da Escala de Satisfação com a Vida Multidimensional de Huebner (1994; cit. in Giacomoni, 2002) em populações com necessidades educativas especiais, tendo como população adolescentes com sérios distúrbios emocionais e com uma média de idades de 13,1 anos. Depois de se correlacionar os resultados obtidos no grupo de adolescentes com distúrbios emocionais com os resultados do grupo de controlo, constatou-se que existiam diferenças significativas entre os dois grupos ao nível dos 5 domínios relacionados com a Satisfação com o Suporte Social (família, amigos, escola, ambiente/meio e “self”) da Escala Multidimensional, havendo ainda uma diferença

significativa entre os grupos no domínio dos amigos. Os jovens com distúrbios emocionais apresentam níveis mais baixos de satisfação no domínio dos amigos do que o grupo de controlo, apresentando também como único preditor de Satisfação Global com a Vida o domínio da família, enquanto que o grupo de controlo apresenta como preditores o domínio da família, dos amigos e do “self”.

Neste sentido, pode afirmar-se que os jovens com dificuldades emocionais acabam por se distinguir dos jovens adolescentes sem distúrbios emocionais associados, nos domínios relacionados com os relacionamentos com os pares, uma vez que os jovens com distúrbios emocionais apresentam como único fator preditor da Satisfação Global com a Vida o domínio da família, enquanto que o grupo de controlo apresenta como preditores outros domínios, dando relevância também ao domínio dos amigos e à importância do próprio “EU”. Podemos assim inferir que a Satisfação Global com a Vida destes jovens varia ao nível dos fatores preditores consoante as suas dificuldades ou défices emocionais, podendo querer isto dizer que a componente cognitiva do BES está somente relacionada com o domínio familiar, no caso dos jovens com sérios distúrbios emocionais. Além disso, pode também inferir-se que apesar da componente cognitiva estar separada da componente emocional (afetos positivos e negativos) estas estão interrelacionadas, afirmando-se assim a existência de uma relação entre estas duas componentes embora sejam componentes distintas e separadas. Ora, se os jovens com distúrbios emocionais somente associam à componente cognitiva do BES o domínio familiar e a relação com a família, acabam por negligenciar as relações com os pares, com os amigos, as relações com a escola, o EU individual e com o meio envolvente.

Assim sendo, será que estes resultados podem ir de encontro a possíveis investigações que pretenderão avaliar/mensurar o BES de forma compósita e não tendo somente em conta conceitos relacionados com a autoestima e autoimagem? Será que os resultados das investigações com jovens com ST irão de encontro aos resultados da investigação de Huebner (1994, cit. in Giacomoni, 2002) que revela que jovens com distúrbios emocionais apresentam níveis mais baixos do que o grupo de controlo nos domínios relacionados com os amigos, apresentando-se a família como único preditor de satisfação global com a vida. A verdade é que é expectável que os resultados se aproximem devido à frequente presença de distúrbios emocionais nas crianças e adolescentes com ST, uma vez que de acordo com as suas características psicológicas, estas apresentam desordens emocionais e um risco elevado associado ao nível das

competências sociais e psicológicas (McCauley, Feuillan, Kushner & Ross, 2001; Lesniak-Karpiak, Mazzocco & Ross, 2003; Mazzocco, Thompson, Suchalter et al., 2006, cit. in Burnett, Reutens & Woods, 2010). As jovens com ST apresentam dificuldades emocionais ao nível do relacionamento com os pares e com o meio envolvente (Rovet, 1993), revelando problemas de adaptação e ajustamento social (Mazzocco, Baumgardner, Freund et al., 1998, cit. in Burnett, Reutens & Woods, 2010) que se poderá refletir nas poucas amizades que estas jovens têm.

Além disso, a aparência física característica do síndrome e a autoimagem que cada individuo com ST tem de si próprio poderá revelar-se como fatores preditores de depressão em jovens adolescentes (Rovet, 1993), ao mesmo tempo, que constituir-se-á como fator determinante no envolvimento social com os outros e em atividades grupais. Como afirmam McCauley, Kay, Ito et al. (1987, cit. in Burnett, Reutens & Wood, 2010), McCauley, Feuillan, Kushner & Ross (2001) a baixa estatura da jovem com ST pode influenciar as suas relações sociais com os pares, uma vez que apresentam uma estatura muito baixa em relação aos colegas da sua idade, este fator poderá inibi-las nas relações com o meio social e associar-se a baixos níveis de autoestima (Schmidt, Cardoso, Ross et al., 2006, cit. in Burnett, Reutens & Wood, 2010).

No que se refere à população adulta com ST e comparando-a com a população jovem/adolescente, importa refletir acerca das possíveis tendências que poderão ocorrer da idade jovem à idade adulta nestas mulheres. Assim, importa repensar se a população adulta com ST apresenta diferenças significativas ao nível da correlação entre a autonomia e domínio do meio social. Segundo Ryff (2008, cit. in Butkovi, Brkovic & Bratko, 2011) pressupõe-se que os adultos apresentem diferenças nestes domínios em relação aos jovens, uma vez que se observa que o BES aumenta com a idade nestes domínios. Ou será que devido às especificidades das características psicológicas do ST, estas diferenças são mais acentuadas ou nem sequer se verificam entre os dois grupos etários?

Além disso, de acordo com a investigação de Eryilmaz (2010) pressupõe-se também que os adultos tenham adquirido mais competências sociais com a idade, logo experienciam mais afetos positivos do que negativos, sendo que a satisfação global com a vida e com domínios específicos seja mensurada de forma mais positiva do que na juventude ou adolescência. Neste sentido, importa perceber se esta tendência se mantém na população com ST e se as diferenças se mostram significativas.

Contudo, também importa tentar perceber e avaliar de uma forma exploratória, se as crianças e adolescentes com ST se distinguem em termos de BES na sua forma compósita de crianças e adolescentes sem ST. Será que as características físicas, clínicas e psicológicas, podem influir na mensuração e avaliação subjetiva do BES desta população? Será que há diferenças significativas em relação aos dois grupos, de forma a que possa constatar e afirmar com validade e fiabilidade que as crianças e adolescentes com ST, devido às especificidades do Síndrome se distinguem de indivíduos do mesmo grupo etário sem o Síndrome? Importa ressaltar, que não existem investigações que nos orientem no sentido de resultados para estas questões retóricas. A verdade é que pressupomos que devido aos distúrbios emocionais (neuroticismo, ansiedade, depressão, stress,...) e comportamentais em relação ao meio social (poucas e fracas redes de suporte social), baixos níveis de autoestima relacionados com a autoimagem e necessidade de permanentes cuidados médicos devido às patologias associadas ao ST que as crianças e adolescentes revelam com ST revelem níveis mais baixos de BES (forma compósita). Mas será que a autoestima poderá ser um único preditor de BES dos indivíduos? Será que a avaliação subjetiva que pressupõe a mensuração do BES não poderá ditar resultados que não vão de encontro às nossas expectativas? Neste sentido, importa que o nosso estudo avalie e mensure de forma compósita o BES, para que se possa afirmar com veracidade se, efetivamente, existem diferenças entre estes grupos ao nível do BES.

1.8. Objetivo e Hipóteses de estudo

O objetivo do presente estudo foi o de avaliar a percepção de bem-estar subjetivo numa perspectiva compósita, em crianças e adolescentes portadoras de Síndrome de Turner.

As hipóteses testadas foram as seguintes:

H1: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível do Bem-Estar subjetivo

H2: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível da qualidade de vida relacionada com a saúde mental

H3: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível da tonalidade emocional

H4: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível do suporte social

H5: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível da satisfação com a vida

2. Metodologia

2.1. Participantes

Participaram neste estudo um total de 8 crianças e adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 8 e os 16 anos ($M= 11,50$; $DP= 3,697$), sendo que 4 indivíduos são portadores de Síndrome de Turner ($M= 11,50$; $DP= 3,697$) e os restantes 4 pertencem ao grupo de controlo ($M= 11,50$; $DP= 3,697$) (tabela 5). Os participantes vivem na Zona Centro Norte do País, mais propriamente nos concelhos de Santa Maria da Feira; Espinho; Gaia; Ílhavo, Rio Tinto e Porto.

Como as idades dos participantes são díspares entre o mesmo grupo etário, optou-se por se dividir o grupo das crianças em dois subgrupos. Assim, o grupo das crianças subdivide-se no grupo das crianças ($M= 8,5$; $DP=0,577$) e grupo dos adolescentes ($M= 14,50$; $DP=1,73$) (tabela 6).

Todos os participantes foram escolhidos de forma aleatória e de acordo com as bases de dados de pacientes com Síndrome de Turner presentes num Hospital do Grande Porto. De acordo com os dados sociodemográficos recolhidos, os participantes residem todos na Zona Norte do País, sendo que este resultado poderá estar diretamente relacionado com a zona de envolvimento do próprio hospital.

Tabela 5.

Distribuição da população com e sem Síndrome de Turner

	Com ST	Sem ST
Frequência (n)	4	4
Min.	8	8
Máx.	16	16
Média	11,50	11,50
DP	3,697	3,697

Nota: n: número; DP: desvio padrão, Min: mínimo; Máx: máximo

Tabela 6.

Distribuição dos participantes crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner por escalão etário, idade, média e desvio padrão

	Frequência (n)	Escalão Etário	M	DP
Crianças	4	[8, 9 anos]	8,5	0,577
Adolescentes	4	[13, 16 anos]	14,5	1,73

Nota: n: número; M: média, DP: desvio padrão

2.2. Instrumentos de recolha de dados

Os instrumentos de recolha de dados utilizados na presente investigação tiveram em conta a forma compósita como o BES está estruturado. Neste sentido, foram utilizadas quatro escalas de autorrelato para que se pudesse avaliar as diferentes componentes e os diferentes indicadores do BES.

Assim, foram utilizadas quatro escalas de autorrelato, a Escala Breve de Satisfação com a Vida (EBSV) (Huebner, 1997), a Versão Portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule - PANAS (Ravens-Sieberer, Gosch, Rajmil, Erhart, Bruil, Duer, Aquier, Power, Abel, Czemy, Mazur, Czimbalmos, Tountas, Hagquist, Kilroe & European Kidscreen Group, 2005), a Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social (EBSSS) (Gaspar, Ribeiro, Leal, Matos e Ferreira, 2009) e a Escala Breve de Saúde Mental (KIDSCREEN-10) (Ravens-Sieberer, Gosch, Rajmil, Erhart, Bruil, Duer, Aquier, Power, Abel, Czemy, Mazur, Czimbalmos, Tountas, Hagquist, Kilroe & European Kidscreen Group, 2005).

2.2.1. Escala Breve de Satisfação com a Vida (EBSV)

A Escala Breve de Satisfação com a Vida foi desenvolvida por Huebner (1997, cit. in Giacomoni, 2002) com o objetivo de avaliar a satisfação dos indivíduos em diferentes domínios relevantes da sua vida e de uma forma breve e subjetiva. Esta escala é assim constituída por seis afirmações, ou, frases que o sujeito tem de assinalar consoante o que considerar mais adequado e de acordo com uma escala de Likert de sete posições, em que o 0 corresponde a “Terrível”, 1 a “Infeliz”, 2 a “Insatisfatória”, 3 a “Nem satisfatória nem Insatisfatória”, 4 a “Satisfatória” e 5 a “Agradável” e 7 a “Fantástica”. A Escala Breve de Satisfação com a Vida apresenta afirmações como “A minha vida familiar (em termos do grau em que estou satisfeito) é”, “A minha satisfação comigo mesmo é”, “A minha satisfação com a minha vida em geral é”, “As minhas amizades são”, “A minha satisfação com as minhas experiências na escola é” e “A minha satisfação com onde vivo é. Pretende-se assim avaliar de uma forma breve domínios relacionados com a vida dos indivíduos relacionados com o meio escolar, com os relacionamentos interpessoais, com os relacionamentos familiares, com o *self*, com o meio onde vive e com a sua vida em termos gerais. A EBSV tem revelado uma forte consistência interna, revelando um coeficiente alpha de 0.87 (Giacomoni, 2002).

2.2.2. Versão Portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

Para medir e avaliar as emoções, os afetos positivos e negativos, utilizou-se a versão Portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (Panass) de Watson, Clark & Tellegen (1988) adaptada para a população Portuguesa por Iolanda Galinha e José Luís Pais-Ribeiro (2005). Esta escala pretende avaliar os afetos negativos e os afetos positivos, sendo composta por 20 itens, em que 10 correspondem a uma lista de afetos positivos e outros 10 a afetos negativos. Assim, este instrumento apresenta um conjunto de 20 termos descritores de afetos positivos e negativos, sobre os quais os participantes terão de responder de acordo com uma escala de Likert que varia entre 1 (Nada ou muito ligeiramente), 2 (Um pouco), 3 (Moderadamente), 4 (Bastante) e 5 (Extremamente) de acordo com as emoções e sentimentos vivenciados nas últimas

semanas. Os sentimentos e emoções apresentam-se descritos somente numa palavra, como por exemplo “Interessado”, “Orgulhoso”, “Perturbado”, em que os indivíduos têm de assinalar a opção com que mais concordam entre 1 e 5 e de acordo com as emoções e sentimentos vivenciados nas últimas semanas.

A adaptação desta escala para a população Portuguesa foi realizada em 2005 por Galinha e Pais Ribeiro, que num estudo replicaram a Investigação de Watson, Clark & Tellegen datada de 1988. Assim, estes investigadores propuseram-se a seguir os passos dos autores da escala, recorrendo a uma população de 348 estudantes universitários em que lhes pediam que respondessem em que medida experienciaram as 60 emoções traduzidas para Português, propostas inicialmente por Zevon & Tellegen (1982) durante “as últimas semanas” e “durante os últimos dias” numa escala de 5 pontos (Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Assim, depois do tratamento e análise dos dados, os autores adaptaram a Escala para uma versão Portuguesa muito semelhante à escala original, sendo que todas as categorias iniciais se encontram representadas nesta.

Esta escala apresenta boas características psicométricas, indicando uma consistência interna de $\alpha = 0,86$ para a escala de afeto positivo e de $\alpha = 0,89$ para a escala de afeto negativo (Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

2.2.3. Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Para medir o nível de Satisfação da população com o Suporte Social, foi utilizada a Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social de Gaspar, Ribeiro, Leal, Matos e Ferreira (2009), reduzida e adaptada da Escala de Satisfação com o Suporte Social de Ribeiro (1999). O Suporte Social refere-se à “*existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós*” (Sarason, et al., 1983, pg.127; cit. in Ribeiro, 1999, pg. 547), sendo um fator importante para a avaliação da própria saúde dos indivíduos. Assim e pretendendo-se avaliar uma medida de perceção do suporte social, foi distribuída aos participantes esta Escala de Satisfação com o Suporte Social mais reduzida, numa versão para jovens e adolescentes, tendo sido retirada da escala original três itens que foram considerados pelos autores incompreensíveis para as crianças responsáveis (Gaspar, Ribeiro, Leal & Matos, 2009). Neste sentido, esta escala constitui-se por 12 frases de autopreenchimento, como um conjunto de afirmações, em que os participantes têm de

responder de acordo com o grau em que concordam com as respetivas frases numa escala de Likert de cinco pontos, em que o 1 corresponde a “Concordo Totalmente”, o 2 a “Concordo na maior parte”, 3 a “Nem concordo nem discordo”, 4 a “Discordo na maior parte” e 5 corresponde a “Discordo Totalmente”. As frases apresentadas referem-se a dimensões relacionadas com o Suporte Social, como dimensões dos amigos e da frequência de contactos entre eles, bem como o grau de satisfação com a quantidade do número de amigos que cada indivíduo tem. Além disso, são avaliadas dimensões como a existência ou não de amigos íntimos, de redes sociais, de atividades sociais, e de questões relacionadas com o suporte da família. Um exemplo de afirmações apresentadas no instrumento são “Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho”, “Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família” e “Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam”.

A adaptação da escala para crianças e jovens Portugueses com um total de 12 afirmações apresentou boa consistência interna $\alpha = 0.75$ (Gaspar, Ribeiro, Leal & Matos, 2009).

2.2.4. Escala Breve de Saúde Mental (KIDSCREEN-10)

Para medir a qualidade de vida dos jovens e adolescentes foi aplicada a versão Portuguesa da KIDSCREEN – 10 INDEX de Ravens-Sieberer, Gosch, Rajmil, Erhart, Bruil, Duer, Aquier, Power, Abel, Czemy, Mazur, Czimbalmos, Tountas, Hagquist, Kilroe & European Kidscreen Group (2005). Esta Escala pretende avaliar a qualidade de vida dos jovens e adolescentes com doenças crónicas, pretendendo também identificar crianças e adolescentes que se encontrem em risco no que se refere à sua saúde do ponto de vista subjetiva. Assim, esta escala pretende associar questões de saúde à qualidade de vida de crianças e jovens adolescentes (Ravens-Sieberer, 2004). A KIDSCREEN-10 foi desenvolvida a partir da escala KIDSCREEN com 27 itens, traduzindo-se num conjunto de dez questões/itens relacionados com a saúde e qualidade de vida das crianças e jovens decorridos na última semana. As respostas a estas questões variam de acordo com uma escala de Likert entre 1 e 5, em que o 1 corresponde a nada e o 5 corresponde a totalmente. Por exemplo, a primeira questão/item questiona o participante acerca do seu estado físico e de saúde na última semana (“Sentiste-te bem e

em forma?") ao que este deve situar a sua resposta entre 1 se corresponder a Nada, 2 a Pouco, 3 a Moderadamente, 4 a Muito e 5 a Totalmente.

A KIDSCREEN-10 foi adaptada à população Portuguesa aquando da adaptação a outros 14 países da Europa (Áustria, Bélgica, Bulgária, Alemanha, Gronelândia, Luxemburgo, Macedónia, Roménia, Rússia, Eslovénia, Espanha, Suíça, Turquia e Reino Unido), apresentando uma consistência interna aceitável, com um $\alpha = 0,82$.

2.3. Procedimentos

2.3.1. Procedimentos de recolha de dados

Os procedimentos de recolha de dados iniciaram-se com a autorização fornecida por um hospital da zona Norte de Portugal, para que pudéssemos iniciar o nosso estudo. Após esta ter sido facilitada, seguiu-se a articulação com o médico responsável pelas consultas, nas quais as pacientes com Síndrome de Turner são seguidas. Posteriormente, e após termos acesso às datas das consultas das pacientes no Hospital, dirigimo-nos ao consultório do médico responsável sempre que houvesse consultas com as pacientes com ST. Assim, após a entrega do consentimento informado aos responsáveis pelas pacientes com ST, realizávamos a recolha individual dos dados nas instalações do Hospital, mais propriamente, no consultório médico.

2.3.2. Procedimentos de análise de dados

Depois de recolhidos os dados, passou-se à análise estatística dos mesmos, utilizando-se para tal o programa estatístico Statistical Package for Sciences (SPSS), versão 20.0 para Windows.

Inicialmente realizou-se uma análise descritiva das variáveis em estudo para se verificar as médias, desvios padrão e valores mínimos e máximos das idades da população. Após isso, recorrendo-se à estatística inferencial, foi usado um teste não paramétrico, mais propriamente, o Teste de Mann-Whitney para se comparar as médias relativas aos dois grupos entre os diferentes indicadores do Bem-Estar Subjetivo. O nível de significância foi estabelecido em 5%, sendo os valores estatisticamente significativos, todos os que se situem neste valor, ou, abaixo deste ($p \leq 0.05$).

3. Resultados

As crianças e adolescentes com ST não se diferenciam de forma significativa das crianças e adolescentes sem ST tanto ao nível do BES na sua forma compósita, como nas componentes relacionadas com a tonalidade emocional, qualidade de vida relacionada com a saúde mental, satisfação com o suporte social e satisfação com a vida.

Assim, e de acordo com os resultados do teste de Mann-Whitney, apresentam-se, na tabela abaixo, os resultados obtidos na comparação das médias dos dois grupos relacionados com o BES na sua forma compósita, bem como nas suas diferentes componentes (tabela 7).

Tabela 7.

Test de Mann-Whitney para se constatar diferenças ao nível das médias do BES total e dos seus componentes entre a população com e sem ST

	Crianças e adolescentes com ST (n=4)			Crianças e adolescentes sem ST (n=4)			p	U	W	Z
	n	Mean of Ranks	Sum of Ranks	n	Mean of Ranks	Sum of Ranks				
BES Total	4	4,50	18,00	4	4,50	18,00	1,000	8,000	18,000	,000
KIDSCREEN	4	5,00	20,00	4	4,00	16,00	0,686	6,000	16,000	-,581
EBSV	4	3,63	14,50	4	5,38	21,50	0,343	4,500	14,500	-1,016
TE	4	4,50	18,00	4	4,50	18,00	1,000	8,000	18,000	,000
EBSSS	4	5,38	21,50	4	3,63	14,50	0,343	4,500	14,500	-1,023

Nota: n; número de participantes, TE: tonalidade emocional; p: nível de significância

Desta forma, ao nível do BES na sua forma compósita, as crianças e adolescentes com e sem ST não se diferenciam de forma significativa ($p= 1,000$). As crianças e adolescentes com ST apresentam níveis médios ligeiramente superiores ao nível da qualidade de vida relacionada com a saúde mental ($M= 5,00$; $SM= 20,00$) quando comparados com as crianças e adolescentes sem ST ($M= 4,00$; $SM= 16,00$). Os participantes sem ST apresentam níveis médios ligeiramente mais elevados ao nível da satisfação com a vida quando comparados com os participantes sem ST ($M= 5,38$; $SM=21,50/M=3,63$; $SM= 14,50$). A componente do BES relacionada com a tonalidade

emocional apresenta resultados iguais nos grupos de crianças e adolescentes com e sem ST (M=4,50; SM=18,00). As crianças e adolescentes com ST apresentam resultados superiores ao nível da média da satisfação com o suporte social quando comparados com o grupo de controlo (M=5,38; SM=21,50/M= 3,63; SM=14,50).

Como o teste de Mann-Whitney revelou que não há diferenças de médias significativas nas componentes do BES sob a sua forma compósita entre os grupos de crianças e adolescentes com e sem ST, verifica-se que as hipóteses de estudo testadas não se confirmam.

Em relação à Hipótese alternativa (H1): Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível do Bem-Estar subjetivo, verifica-se que os níveis de BES total não se revelam significativos em termos estatísticos ($p= 1,000$).

A H2: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível da qualidade de vida relacionada com a saúde mental, apresenta um nível de significância de $p=0,686$., logo o nível de significância é superior a 0.05, o que confirma a nulidade da hipótese, não havendo diferenças significativas.

H3: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível da tonalidade emocional. O grupo de crianças e adolescentes com e sem ST apresentam exatamente as mesmas médias (M= 4,50) e os resultados apresentam um valor insignificante em termos estatísticos ($p=1,000$).

H4: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível do suporte social. A comparação entre os dois grupos revelou valores com insignificância estatística de $p= 0,343$, constatando-se a nulidade da hipótese, havendo diferenças de médias entre os grupos com (M= 5,38) e sem ST (M= 3,63).

H5: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível da satisfação com a vida. Esta hipótese também não revelou resultados significativos ao nível da estatística ($p= 0,343$), apresentando a mesma diferença de médias entre os grupos que a variável relacionada com a satisfação com o suporte social (população com ST: M= 5,38; população sem ST: M= 3,63).

4. Discussão dos resultados

O objetivo primordial da presente investigação foi o de perceber se as crianças e adolescentes com Síndrome de Turner se distinguem em termos do Bem-Estar Subjetivo sob a forma compósita de crianças e adolescentes sem Síndrome de Turner e em termos dos componentes relacionados com a qualidade de vida associada à saúde mental, à tonalidade emocional e à satisfação com a vida e satisfação com o suporte social.

Apesar de os resultados não nos comprovarem significância estatística, em termos de comparação das médias entre os grupos tanto nos níveis médios do BES total, como nas diferentes componentes deste construto, sabe-se que há ligeiras diferenças verificadas na estatística descritiva e relacionadas com as médias dos componentes do BES entre os dois grupos.

Neste sentido, pode inferir-se que estas ligeiras diferenças de médias nos componentes do BES relacionados com a qualidade de vida associada à saúde mental (população com ST: M=5,38; população sem ST: M= 4,00) e à satisfação com a vida e com o suporte social (população com ST: M= 5,38; população sem ST: M= 3,63) entre os dois grupos poderiam indicar outros resultados com diferenças estatisticamente significativas se a população em estudo fosse mais extensa. A verdade é que a diminuta extensão da nossa população pode comprometer os resultados em termos estatísticos. Por outras palavras, pode inferir-se que, ao analisarmos, de forma mais atenta, os resultados do teste de Mann-Whitney, as ligeiras diferenças de médias em alguns componentes do BES, poderiam ser diferentes caso a população contemplasse mais indivíduos. Neste sentido, de seguida faremos a discussão dos resultados recorrendo-se à exploração das hipóteses formuladas e testadas.

H1: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível do Bem-Estar subjetivo

A hipótese alternativa referia-se à distinção do grupo experimental ou do grupo de controlo relacionado com os níveis de BES, não se comprova, assumindo-se, perante os resultados, que não há diferenças nos níveis de BES entre os grupos.

Contudo, e apesar de se verificar ligeiras diferenças nas médias relacionadas com as componentes do BES, esses resultados não podem ser considerados, uma vez que é necessário que se contemple a importância da mensuração do BES na sua forma compósita, tendo em conta os componentes relacionados com a tonalidade emocional, qualidade de vida associada à saúde mental, satisfação com a vida e com o suporte social. Neste sentido, e como afirma Sagiv & Schwartz (2000, cit. in Galinha & Pais Ribeiro, 2005) o BES só poderá ser considerado um construto válido, quando mensurado de forma compósita, garantindo-se assim critérios de validade e fidelidade.

O BES é uma dimensão positiva da saúde que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva e um campo de estudo que abrange a satisfação com a qualidade de vida dos indivíduos (Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Diener (2000) afirma que na avaliação do BES, cada indivíduo faz o seu próprio julgamento da sua própria vida, tendo em conta aspetos relacionados com domínios importantes da vida como o casamento, o trabalho, bem como em componentes separadas como a satisfação global com a vida, afetos positivos e baixos níveis de afetos negativos, pressupondo-se assim a ideia de uma avaliação subjetiva e baseada em fatores intrínsecos aos indivíduos.

Neste sentido, o BES revela-se não como um construto mas como uma área de estudo, que associa uma componente afetiva, a uma componente cognitiva e a uma dimensão associada à satisfação global com a vida (Galinha & Pais Ribeiro, 2005), esperando-se que os indivíduos avaliem as suas próprias vidas tendo em conta os seus próprios critérios, as suas próprias experiências e de uma forma completamente subjetiva, tendo em conta os diferentes componentes do BES (Diener, 2000). Estes componentes, embora se apresentem de forma separada, interrelacionam-se na mensuração do BES global, sendo assim importante proceder-se à validade discriminante das variáveis em investigação (Lucas, Diener & Suh, 1996).

Assim, e de acordo com as investigações realizadas, preconiza-se a extrema importância de se avaliar o BES total dos indivíduos, fazendo-se a média das avaliações realizadas em cada componente referente ao BES, uma vez que o BES mensurado de forma compósita permite não só avaliar os estados indesejáveis, mas também as diferenças individuais nos níveis de BES dos indivíduos, permitindo distinguir os indivíduos extremamente felizes, dos ligeiramente ou moderadamente felizes, tendo em conta as suas experiências internas medidas a partir das perspetivas destes, ao mesmo

tempo que, foca os estados de BES a longo termo e não somente os estados momentâneos, ou, emoções passageiras (Diener, Suh & Oishi, 1997).

Pressupúnhamos que o grupo experimental apresentasse diferenças significativas em relação ao grupo de controlo no que se refere aos níveis médios de BES. Sendo o BES uma dimensão subjetiva e que tem em conta vários componentes relacionados com componentes afetivas, cognitivas e de satisfação com a vida, pressupunha-se que as crianças e adolescentes com ST apresentassem níveis mais baixos de BES (quer ao nível global, numa perspetiva compósita, quer ao nível específico de cada componente) do que as crianças e adolescentes sem ST.

As características físicas, clínicas e psicológicas associadas ao ST, poderiam explicar níveis mais baixos de BES nestes indivíduos. Vejamos, se as crianças e adolescentes com ST apresentam características físicas que determinam a sua aparência de uma forma significativa e que as distinguem do aspeto “normal” das crianças e adolescentes sem ST, este aspeto físico pode associar-se a baixos níveis de autoestima, que por outro lado, as pode permitir fazer uma avaliação subjetiva da sua qualidade de vida recorrendo a níveis mais baixos do que as crianças e adolescentes sem ST. A aparência do corpo tem-se revelado um dos preditores da depressão e autoimagem dos adolescentes com ST (Rickett, Massed, Mendon et al., 1996; cit. in Burnett et al., 2011), excedendo a forma a influência da forma do corpo e da insatisfação com o peso.

Contudo, a verdade é que o BES ao ser avaliado de uma forma compósita, não tem somente em conta aspetos relacionados com a autoestima dos indivíduos, que por seu lado, pode revelar-se somente um factor circunstancial deste construto e ao sê-lo avaliado desta forma, revelaria resultados menos válidos e fiéis.

H2: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível da qualidade de vida relacionada com a saúde mental

Nesta investigação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida relacionada com a saúde mental, não havendo distinção nos níveis de saúde mental entre os dois grupos.

Neste sentido, e como não existem estudos que vão de encontro a estes objetivos e que visem o teste de hipóteses relacionadas com a qualidade de vida associada à saúde

mental, não é possível afirmar-se que estes resultados vão de encontro aos resultados relacionados com a qualidade de vida associada à saúde mental em crianças e adolescentes com ST, tendo que nos reportar somente a resultados relativos a esta população mas sem o síndrome associado.

De acordo com a OMS (2008, cit. in Silva, 2008), a saúde mental é um conceito que se refere a um completo bem-estar físico, mental e social que não se caracteriza somente pela ausência de doenças, envolvendo dimensões relacionadas com BES, como a autoeficácia percebida, a autonomia, competência, dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional dos indivíduos. Neste sentido, este é um construto multidimensional que se refere à percepção subjetiva que os indivíduos têm da sua qualidade de vida quando relacionada com a sua saúde mental.

Assim, o BES de cada indivíduo pode ser influenciado pela qualidade de vida associada à saúde mental que vai mais além da simples ausência de perturbações mentais. Por outro lado, deverá atender-se às especificidades reveladas no que está ausente no indivíduo e não somente na falta de sintomas. Um indivíduo pode revelar um bem-estar psicológico comprometido mesmo sem revelar sintomas de doença (Dalgalar-Rondo, 2000, cit. in. Silva et al., 2008).

A investigação de Lesniak-Karpiak, Mazzocco & Ross (2003) realizada com 29 crianças e adolescentes com ST tinha o objetivo de avaliar o comportamento relacionado com a ansiedade social. Os resultados vão de encontro a outros já anteriormente revelados noutras investigações, comprovando-se que as crianças e jovens com ST apresentam dificuldades ao nível da interação social. Burnett, Reutens & Wood (2010) levaram a cabo uma investigação sobre a cognição social em mulheres com ST, evidenciando-se que esta população apresenta défices ao nível da cognição social, revelando dificuldades emocionais e sociais que poderão estar associadas á ausência do cromossoma X. Ross, Zinn & McCauley (2000) afirmam que as mulheres com ST apresentam défices específicos ao nível das competências visuo-espaciais, da memória não-verbal, das funções motoras e executivas e das competências relacionadas com a atenção. Estas variáveis apresentam valores estatísticos insignificativos quando comparados com variáveis relacionadas com o estatuto socioeconómico das mulheres com ST. Além disso, estes autores afirmam que as mulheres com ST apresentam défices nas áreas relacionadas com a maturidade e com competências sociais.

Rovet (2001) afirma que associadas às características físicas características do ST (baixa estatura, infertilidade, malformações ao nível do sistema renal, ausência do desenvolvimento espontâneo da puberdade, malformações cardíacas,...) associam-se problemas comportamentais e sociais. Além disso, as mulheres com ST apresentam uma série de complicações clínicas que estão intrinsecamente relacionadas com o síndrome, como malformações renais e ao nível do coração, complicações ao nível do sistema visual e auditivo, entre outras comorbilidades (Santos, Marçal, Amaral, Pina, Lopes e Fonseca, 2010).

Christopoulos et al. (2008) afirmam que associados às comorbilidades clínicas características do ST, estas mulheres apresentam também um défice no seu desenvolvimento psicossocial na adolescência, havendo a necessidade de toma de hormonas relacionadas com o crescimento e com o desenvolvimento psicossocial. Contudo, estes autores também afirmam que apesar das dificuldades acrescidas que estas mulheres revelam, os tratamentos médicos e psicológicos podem ajudá-las numa vida com mais qualidade.

Sendo assim e tendo em conta que a qualidade de vida associada à saúde mental se refere não somente à ausência de doenças, mas também à promoção de comportamentos saudáveis, no que se refere aos fatores biológicos, psicológicos e sociais (Gilmar & Huebner, 2003), pode afirmar-se que a qualidade de vida associada à saúde mental na sua perspectiva biopsicossocial destas mulheres está mais comprometida devido às dificuldades emocionais, comportamentais e clínicas que estão sujeitas. Não será só necessário que elas suprimam as condições patológicas que, ao longo da vida surgem, nem que vão atenuando os problemas de saúde (mental e biológico) característicos do ST, é necessário que promovam comportamentos positivos para que haja uma interação entre os comportamentos relacionados com fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Por outro lado, as mulheres com ST podem vir a revelar níveis de qualidade de vida associados à saúde mental mais baixos do que as outras mulheres devido às especificidades físicas, clínicas, psicológicas e comportamentais da doença, por poderem não revelar um estado completo de bem-estar físico, mental e biológico. Contudo, se olharmos para o conceito de saúde mental sob uma perspectiva mais holística, podemos constatar que a simples ausência de patologias poderá não significar níveis elevados de saúde mental. Logo, não é na constatação da não existência de

condições patológicas, biológicas, ou, psicológicas que os indivíduos podem garantir níveis elevados de qualidade de vida associados à saúde mental, mas na associação destes com a prevenção e promoção de comportamentos positivos que permitam ao indivíduo fazer uma avaliação subjetiva positiva da sua qualidade de vida associada à saúde mental.

A qualidade de vida associada à saúde mental tem conta aspetos subjetivos e relacionados com aspetos individuais e específicos de cada indivíduo.

H3: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível da tonalidade emocional

Esta hipótese não se confirmou, uma vez que os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo.

O BES refere-se ao quanto um indivíduo gosta da sua própria vida, quanto um indivíduo está satisfeito em termos globais com a sua própria vida, e, em termos mais específicos, com questões relacionadas com a quantidade de emoções positivas balanceadas com emoções negativas, com o seu grau de satisfação com o suporte e a rede social que o rodeia, quer seja suporte social formal ou informal, e com a sua qualidade de vida associada à sua saúde mental. Assim, pode tornar-se redutor afirmar-se que devido às características físicas dos indivíduos com ST, a sua autoestima poderá revelar-se mais baixo, em comparação com o grupo de controlo, e por seu lado estes indivíduos podem manifestar níveis mais baixos de felicidade. Será que por esta avaliação ser tão subjetiva, estes fatores específicos do ST nada terão que ver com os níveis de BES? A verdade é que o que nos revelam os dados estatísticos é que não há verdadeiras diferenças significativas entre os grupos, mas também não podemos afirmar este fato de forma tão concreta e fiável devido a termos uma população muito reduzida, que poderá condicionar resultados que poderiam ser diferentes com uma população mais extensa.

Christopoulos et al. (2008) afirma que os problemas físicos e clínicos dos indivíduos com ST podem afetar negativamente o desenvolvimento psicossocial dos adolescentes com ST e, ao mesmo tempo, as mudanças físicas decorrentes na fase da adolescência podem influir em mudanças no sentido da identidade e da identificação. Neste sentido, estes autores defendem que o desenvolvimento da identidade, as relações sociais, as competências interpessoais, a independência e a interdependência destes indivíduos, associadas às mudanças psicológicas e emocionais poderão revelar-se como problemas desenvolvimentais que os deixam mais vulneráveis a emoções negativas associadas a estados depressivos e de ansiedade. Schmidt, Cardoso, Ross et al. (2006, cit. in Burnett et al., 2010) afirmam que as mulheres com ST podem evidenciar mais emoções negativas devido aos problemas clínicos associados à ST, como a falha prematura dos ovários, que lhe pode proporcionar elevados níveis de vergonha, ansiedade social, depressão e baixos níveis de autoestima, quando comparadas com mulheres sem ST.

Os perfis comportamentais das mulheres com ST revelam que os comportamentos destas variam de idade para idade, sabendo-se que questões relacionadas com hiperatividade ou imaturidade se associam mais a crianças e jovens e questões ligadas a ansiedade, depressão e fatores de insatisfação com as relações são mais típicas em raparigas mais velhas (McCauley, Ross & Sybert, 1994, cit. in Ross, Zinn & McCauley, 2000).

Ora, se por seu lado, vários são os autores que afirmam que indivíduos com ST são mais vulneráveis a experienciar emoções negativas (Rovet, 1993; Burnett et al., 2010; Ross, Zinn & McCauley, 2000), por outro lado, este factor não poderá ser considerado de forma isolada na mensuração de níveis de BES, por ser somente um único item de mensuração deste construto. Logo, estes indivíduos até podem revelar mais emoções negativas do que positivas, mas a sua satisfação com os outros domínios do BES poderá colmatar esta negatividade e estados associados a emoções negativas. Por outro lado, apesar de puderem vivenciar mais emoções negativas, os indivíduos tendem a relatar maior consistência de emoções positivas do que negativas nas suas vidas (Andrews & Robinson, 1991, cit. in Siqueira & Padovan, 2008, Diener & Diener, 1996, cit. in Siqueira & Padovan, 2008 & Thomas & Diener, 1990, cit. in Siqueira & Padovan, 2008), afirmando-se que as emoções relacionadas com a intensidade são consideradas pelos indivíduos mais raras e menos difíceis de serem

sentidas, logo é normal que os indivíduos atribuam à intensidade das emoções maior importância até porque muitas vezes estas acabam por envolver custos económicos. (Diener & Lucas, 2000, cit. in Siqueira & Padovam, 2008).

H4: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível do suporte social

A nossa investigação também não revelou resultados significativos relativos a possíveis diferenças que pudessem existir entre os dois grupos, ao nível da satisfação com o suporte social, havendo uma ligeira discrepância no que se refere à média dos dois grupos nesta componente do BES. Por outras palavras, pode constatar-se que o grupo experimental apresenta uma média ligeiramente superior na EBSSS, em comparação com o grupo de controlo (M= 5,38/ M= 3,63).

Assim, pressupõe-se que as características psicológicas associadas ao ST pudessem estar associadas a níveis baixos de BES, uma vez que a relação com o suporte social destes indivíduos se revela extremamente precário, o que não se confirma.

Burnett, et al. (2010) e Rovet (1993) afirmam que as jovens com ST apresentam sérias dificuldades na relação social com os pares e com os outros. Num estudo de Mazzocco et al. (1998, cit. in Burnett, et al., 2010) comparou-se raparigas com ST com irmãs destas raparigas com o objetivo de se avaliar as diferenças entre os dois grupos, em termos de dificuldades sociais. Os resultados revelaram que as raparigas com ST apresentam mais dificuldades nas relações sociais com os pares e com os outros, percebendo-se que o ambiente familiar não está necessariamente associado às dificuldades de socialização destas raparigas. Assim, Burnett et al. (2010) afirma que as raparigas com ST apresentam défices específicos em termos dos processos sociais, revelando dificuldades no relacionamento com os outros e com o meio social, não se envolvendo em atividades sociais, nem revelando interesse no estabelecimento de relações sociais com os outros. Assim, associa-se o ST a um risco elevado ao nível das competências sociais (McCauley et al., 2001; Lesniak-Karpiak, Mazzocco & Rosso, 2003; Mazzocco, Thomson, et al., 2006; cit. in Burnett et al., 2010), percebendo-se que as raparigas com ST tendem a ter poucos amigos, a envolver-se em poucas atividades

sociais e a revelar severas dificuldades na interação social. Contudo, estas características associadas ao ST não se revelaram preditoras na nossa investigação, pois apesar de os resultados destas investigações constatarem a dificuldade de interação social destes indivíduos. Pode assim inferir-se que as raparigas com ST apesar de revelarem dificuldades no relacionamento com o suporte social que as rodeia, acabam por se mostrar (de forma subjetiva) satisfeitas com o seu relacionamento com este suporte. Também é preciso que se tenha em atenção que estas raparigas podem estar satisfeitas com o suporte social informal, como nas relações com a família, e, ao mesmo tempo, insatisfeitas com o suporte que recebem e percebem dos amigos. O suporte social acaba por ser uma dimensão do BES que está associado ao que os indivíduos entendem como o suporte que têm à sua disposição quando precisam dele, como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem podem confiar e que se preocupam com elas (Sarason et al., 1987, cit. in Ribeiro, 1999).

Neste sentido, o conceito de suporte social poderá ser avaliado pelos indivíduos sob duas componentes diferentes: a avaliação da perceção da disponibilidade e a avaliação da perceção da satisfação com o suporte social (Wills & Shinar, 2000, cit. in Custódio, 2010).

Assim sendo, as raparigas com ST podem fazer uma avaliação subjetiva da sua satisfação com o suporte social recebido e percebido de forma diferente, do que o que cada um de nós julga ser o mais correto. A satisfação com o suporte social é uma avaliação cognitiva que os indivíduos realizam de forma subjetiva, tendo em conta o significado que cada um atribui ao auxílio prestado por alguém, ou, aos meios e pessoas que têm à sua disposição caso necessite de algum tipo de apoio. O significado que os indivíduos atribuem ao auxílio recebido pode levá-los a considerar a existência, ou não, de apoio social, ou se este é de boa, ou, má qualidade, suficiente, ou, insuficiente (Custódio, 2010).

O conceito de BES refere-se a uma avaliação subjetiva, que tem em conta aquilo que cada indivíduo sente, pensa e tem como princípio em relação às dimensões associadas ao BES. Um indivíduo com ST, mesmo que, devido às suas características psicológicas, revele dificuldades emocionais, ou, de socialização, que não estabeleça muitas relações com o meio social, que não tenha muitos amigos e que não participe em muitas atividades sociais, pode sentir-se feliz e evidenciar altos níveis de BES, na sua forma compósita, pois pode sentir que quando necessita de qualquer tipo de suporte,

social (formal, ou, informal) este existe efetivamente. Estas dificuldades sociais e emocionais evidenciadas por estas raparigas, podem não se revelar de carácter importante, não sendo consideradas substanciais, nem interferindo de forma direta com o funcionamento do dia-a-dia destas crianças e adolescentes (Lesniak-Karpiak, Mazzocco & Ross, 2003). Assim, mesmo que as investigações sugiram que as dificuldades emocionais e sociais associadas ao ST podem influir na relação que estas desenvolvem com o meio social, os níveis de satisfação que estas revelam com o suporte social, podem indicar-nos valores elevados, por esta dimensão se tratar de uma avaliação subjetiva que tem que ver diretamente com o que cada indivíduo reconhece como necessário em termos de apoio e suporte social. Os indivíduos mesmo com uma rede social deficitária, podem perceber o suporte social que recebem como suficiente e de boa qualidade, uma vez que podem desenvolver relações muito intensas com o suporte social informal, como a família, considerando-a com único fator preditivo de satisfação com o suporte social.

Além disso e embora não haja consenso entre os autores, parece que certos tipos de suporte são mais importantes na forma como lidar com situações específicas da vida. De acordo com Cutrona (1990, cit. in Custódio, 2010), quando as situações indutoras de stress são passíveis de serem controladas, o apoio instrumental, informativo e afetivo parecem ser os mais indicados, uma vez que este apoio instrumental e informativo contribui para a resolução da situação e o apoio afetivo serve para reforçar a autoestima dos indivíduos.

Assim sendo, as variações mais importantes no que se refere ao suporte de apoio social constata-se em termos de idade e de sexo. As mulheres tendem a evidenciar níveis significativamente mais elevados de perceção de suporte social do que os homens (Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat, 2008, cit. in Custódio, 2010), pois conseguem mobilizar uma maior variedade de apoio social durante os períodos de stress, mantendo relações mais efetivas em termos de suporte social (Belle, 1991; cit. in Custódio, 2010). São elas que parecem ser menos autoconfiantes na escolha de opções de coping e mais competentes na ativação do suporte das suas redes sociais (Klauer & Winkeler, 2002, cit. in Custódio, 2010), sendo descritas como mais empáticas em relação às necessidades de apoio emocional, evidenciando-se, assim, um agente preventivo na gestão de situações geradoras de stress, que lhes permite proteger do stress e diminuir as situações em que este pode manifestar-se.

H5: Crianças e adolescentes com e sem Síndrome de Turner distinguem-se ao nível da satisfação com a vida

No que se refere à satisfação global com a vida, os resultados da nossa investigação apontam para a nulidade da hipótese que pressupunha que as crianças e adolescentes com ST se distinguiam de crianças e adolescentes sem ST, não havendo resultados estatisticamente significativos que comprovem a hipótese. Contudo, as médias dos grupos apontam ligeiras diferenças nesta escala de avaliação da satisfação global com a vida, constatando-se que o grupo de controlo se distingue ligeiramente, e de forma positiva, do grupo experimental.

Como não há resultados de investigações anteriores que se refiram à relação entre a Satisfação com a Vida e crianças e adolescentes com ST, a nossa discussão de resultados terá somente que se referir aos resultados de investigações que têm como população de estudo crianças e adolescentes sem ST. Assim, a satisfação com a vida foi extensamente mensurada e investigada por Huebner que dedicou grande parte das suas investigações ao estudo deste construto em adolescentes.

Primeiramente, importa referir que os resultados das investigações apontam para a importância da família e dos fatores socioeconómicos (Amato & Booth, 1997, cit. in Bergman & Scoot, 2001) na predição de níveis elevados de BES em crianças e adolescentes, bem como a importância da satisfação destes com áreas diretamente relacionadas com as vidas dos indivíduos, como o domínio da família, dos amigos e do meio. O ser humano enquanto ser biopsiosocial necessita de se sentir satisfeito com os domínios intrinsecamente relacionados com a sua vida diária e as crianças e adolescentes não são exceção.

Neste sentido, importa ressaltar as conclusões e os resultados de investigações relacionadas com a satisfação com a vida em crianças e adolescentes. Huebner (1991, cit. in Giacomoni, 2002), Huebner & Alderman (1993, cit. in Giacomoni, 2002) Dew & Huebner (1994, cit. in Giacomoni, 2002) e Terry & Huebner (1995, cit. in Giacomoni, 2002) levaram a cabo investigações sobre o BES nos adolescentes, comprovando a importância das variáveis sociodemográficas (como o sexo, a idade,...) na predição de valores médios de BES nesta população. Constata-se, assim, que o BES infantil está diretamente associado a fatores como a idade, género, escolaridade, profissão dos pais e status familiar (família monoparental ou biparental).

Contudo, verifica-se ainda a existência de poucos estudos que incidam a sua população em crianças e adolescentes. Em 1991, Huebner (cit. in Giacomoni, 2002) levou a cabo uma investigação com adolescentes, objetivando correlacionar características de personalidade com o BES. Os resultados da investigação apontaram para altos níveis de satisfação com a vida, não se verificando uma correlação negativa significativa das variáveis sociodemográficas com a Satisfação Global com a Vida.

O domínio da família e das relações familiares e da sua relação com a satisfação com a vida foi avaliado por Huebner (1994, cit. in Giacomoni, 2002), constatando-se que o domínio das relações com os pais se revelava um fator preditor muito forte no BES destes indivíduos. Assim, é possível afirmar-se que o domínio da satisfação com a família dos adolescentes revela-se como um fator importante e preditivo na satisfação com a vida.

Terry & Huebner (1993, cit. in Giacomoni, 2002) também avaliaram a correlação entre os vários domínios do autoconceito e Satisfação Global com a Vida em crianças. Os resultados revelam que a satisfação com a vida está mais fortemente relacionada com os domínios de relacionamentos interpessoais e menos relacionados com os domínios de competência escolar, não havendo uma correlação positiva entre o desempenho escolar e académico dos adolescentes com a avaliação que eles fazem da sua satisfação com a sua própria vida.

Poderá assim constatar-se que a satisfação global com a vida está associada a fatores relacionados com domínios específicos da vida dos indivíduos e que os estudantes com níveis de satisfação com a vida mais elevados são aqueles que possuem uma visão de si mesmos mais positiva (autoestima), acabando por revelar características de personalidade relacionadas com a extroversão e relaxamento (Giacomoni, 2002).

Neste sentido, Giacomoni (1998, cit. in Giacomoni, 2002) levou a cabo uma investigação com crianças entre os 8 e os 12 anos de idade, com o objetivo de identificar e perceber as relações existentes entre a satisfação global com a vida e as variáveis de desempenho escolar, controlo percebido, inteligência, depressão e eventos de vida. Os resultados desta investigação apontam para a ausência de correlações significativas relacionadas com a Satisfação Global com a Vida e variáveis sociodemográficas como o género, tipo de estrutura familiar e faixa etária e para a existência de correlações positivas significativas de depressão, satisfação com a vida e as subescalas de controlo percebido referente às crenças nas capacidades individuais.

Huebner & Alderman (1993, cit. in Giacomoni, 2002) pretenderam avaliar os padrões de correlação entre a Satisfação Global com a Vida e medidas de angústia psicológica e de satisfação escolar em jovens estudantes com desenvolvimento acadêmico normal e com desenvolvimento acadêmico em risco devido a dificuldades emocionais e escolares. Os resultados apontam para correlações negativas significativas entre a satisfação com a vida e medidas de depressão como a solidão e a depressão, e uma correlação positiva significativa entre as variáveis sociodemográficas e de inteligência correlacionadas com os valores de satisfação com a vida.

Em suma, podemos afirmar que apesar das poucas investigações realizadas em crianças e adolescentes, pode constatar-se a importância da predição da satisfação com domínios específicos da vida dos indivíduos na mensuração de níveis elevados de satisfação com a vida.

4.1. Limitações do estudo

Após a análise estatística dos dados recolhidos, constatou-se que os resultados obtidos não revelaram significância, não se confirmando diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo, quer nos níveis de BES sob a forma compósita, que nos níveis relacionados com as componentes individuais do BES.

Neste sentido, importa ressaltar que uma das limitações deste estudo, prende-se com o número limitado de participantes com Síndrome de Turner. Apesar das tentativas e esforço realizado por nós, foi-nos muito difícil conseguir reunir um número maior de participantes com ST e com idades referentes ao escalão etário que pretendíamos. A verdade é que, como afirma Christopoulos et al. (2008) o ST é um síndrome raro que afeta somente 1 em cada 2500 mulheres, logo este facto poderá revelar-se como preditor do número reduzido de participantes que conseguimos recolher. Além disso, o ST poderá somente ser diagnosticado em idades mais tardias, aquando da adolescência e da constatação das dificuldades de desenvolvimento ao nível da puberdade (Pareren et al., 2005), fator este que poderá condicionar o nosso estudo, por poder haver um número mais reduzido de pacientes mais jovens. Apesar de o ST ser passível de ser diagnosticado logo à nascença do nado vivo do sexo feminino através de um exame genético cariotípico (Stochlom, Juul, Juel Naeraa & Gravholt, 2006), a verdade é que é frequente o diagnóstico tardio, havendo estudos que comprovam que somente sete anos após a evidência da existência de baixa estatura é que as mulheres são diagnosticadas (cerca de 4%) com Síndrome de Turner (Morgan, 2007).

Outra das limitações deste estudo, poderá prender-se com o facto deste estudo ser exploratório, uma vez que não há resultados de anteriores investigações relacionados com este construto, deverá ter-se alguma cautela na interpretação dos resultados obtidos. Além disso, os estudos relacionados com o BES, para que fossem mais fiéis e válidos, devem ser realizados numa perspectiva longitudinal, tendo em conta fatores relacionados com o tempo (follow-up).

O reduzido tamanho da população compromete a generalização dos resultados, logo o presente estudo apresenta algumas limitações ao nível de questões metodológicas.

Será necessário que futuros estudos relacionados com o BES em crianças e adolescentes com ST incluam um maior número de indivíduos com ST na sua população, para que se possa perceber se ultrapassada essa limitação, os resultados

obtidos revelariam, ou não, diferenças significativas entre a população com e sem ST, para que assim pudéssemos replicar e generalizar os resultados à população jovem com ST.

4.2. Implicações para a prática

O BES é um construto multidimensional que pretende mensurar e avaliar de forma subjetiva o quanto os indivíduos são felizes com a sua própria vida. Assim, é um construto democrático, que tem em conta aspetos subjetivos relacionados com domínios específicos da vida dos indivíduos, bem como a sua experiência com o sentimento de mais emoções positivas do que negativas, a sua satisfação com a vida, a sua qualidade de vida associada à sua saúde mental e a sua satisfação com o suporte social (Diener, 2000). Apesar dos resultados da nossa investigação não revelarem diferenças significativas ao nível do BES entre os grupos, assume-se a importância de se promover comportamentos e situações positivas relacionadas com as dimensões e componentes do BES para que se possa aumentar e manter os níveis de BES nas crianças e adolescentes com ST. Estas crianças e adolescentes vêm associadas ao seu síndrome uma série de complicações clínicas que se associam à qualidade de vida relacionada com a saúde mental (Frias & Davenport, 2003, cit. in Santos, Marçal, Amaral, Pina, Lopes e Fonseca, 2010), têm complicações ao nível dos comportamentos sociais e relacionamentos com os outros, revelando défices nas competências sociais e interpessoais (McCauley, Feuillan, Kushner & Ross, 2001; Lesniak-Karpiak, Mazzocco & Ross, 2003; Mazzocco, Thompson, Suohalter et al., 2006, cit. in Burnett, Reutens & Wood, 2010), que se traduzem numa rede de suporte social mais deficitária (poucos amigos, poucos contatos com a rede social que as rodeia, défice no envolvimento e participação em atividades sociais,...), revelam a presença de emoções negativas associadas a depressão e neuroticismo, devido às características típicas do ST, o que se poderá traduzir em níveis mais baixos de satisfação com a vida. Ora, se a mensuração do BES tem em conta uma perspetiva compósita que relaciona dimensões e componentes cognitivas, afetivas, de satisfação global com a vida e relacionadas com a saúde mental dos indivíduos (Galinha & Pais Ribeiro, 2005a), pressupõe-se que estas mulheres devido a todos estes fatores, revelem níveis baixos de BES, aquando da sua avaliação subjetiva. Contudo, como esta avaliação tem somente que ver com fatores

intrinsecamente ligados ao indivíduo de uma forma subjetiva, pode acontecer que estes resultados sejam contrários ao esperado, pois estas mulheres fazem uma avaliação subjetiva da sua própria vida, e apesar de todos estes fatores, elas podem sentir-se verdadeiramente felizes e satisfeitas com a sua vida.

Contudo, importa ressaltar que o papel do professor, educador e da própria sociedade será o de proporcionar situações que promovam o desenvolvimento de níveis elevados de BES em todas as crianças e adolescentes.

De forma a que se possa promover situações favoráveis à qualidade de vida relacionada com a saúde mental, é necessário que se tenha em conta uma intervenção precoce ao nível dos cuidados médicos e psicológicos, para que se possam colmatar, ou, atenuar as comorbilidades clínicas e psicopatológicas associadas ao ST. Além disso, a escola e a comunidade educativa devem promover um ambiente integrativo para que estas crianças e adolescentes se sintam mais “seguras” e sintam que têm à sua disposição um leque de pessoas e serviços, caso necessitem (suporte social), permitindo que estas desenvolvam relações significativas com os pares que perdurem e sejam douradoras, bem como relações com os pais e com os restantes elementos referentes ao suporte social informal.

Estas crianças e adolescentes podem ter de assumir uma série de desafios acrescidos, principalmente na fase da adolescência por esta se caracterizar por uma fase em que os indivíduos costumam desenvolver comportamentos antissociais graves, revelando insegurança ao nível da satisfação com a aparência física. Não quer isto dizer que os adolescentes com ou sem ST se revelam indivíduos antissociais. Por outro lado, sabe-se que esta fase da vida dos indivíduos é caracterizada por turbulências ao nível comportamental e de relacionamento com os outros (Bergman & Scott, 2001). Ora, se as investigações em indivíduos com ST revelam que estes apresentam défices ao nível das relações e competências sociais, é desejável que, os professores e a comunidade educativa, estejam atentos a esta fase específica de desenvolvimento destas mulheres, para que possam promover situações que permitam estimular o surgimento de atividades sociais e experiências individuais que possibilitem aos indivíduos indiciar níveis mais elevados de BES.

Em suma, podemos afirmar que a busca de uma qualidade de vida, de uma felicidade subjetiva plena deve ser vista como um fator primordial na ação da escola, dos professores e dos restantes agentes de socialização. Na infância e na adolescência,

os indivíduos passam muito tempo na escola, ou, envolvidos em atividades inerentes a esta. Logo, torna-se fundamental que esta instituição e os seus colaboradores desenvolvam atividades, estimulem os indivíduos e se proponham a desenvolver competências que lhes permitam fazer uma avaliação subjetiva e positiva da sua satisfação global com a vida, tendo em conta aspetos cognitivos e emocionais. Obviamente que o BES, sob a sua forma compósita não tem somente que ver com aspetos relacionados com a relação com os pares, com os amigos, com o suporte social percebido e recebido pelos indivíduos na escola e com a qualidade das emoções, positivas, ou, negativas experienciadas por estes. O suporte social que os rodeia, a satisfação com a família e com outros domínios específicos relacionados com a vida individual e subjetiva dos indivíduos, correlaciona-se de forma direta com os níveis de BES. Além disso, fatores como a personalidade, atividades intencionais e fatores circunstanciais, apesar de revelar baixos níveis de significância na mensuração do BES de cada indivíduo, também são fatores a ter em conta.

Assim, sabe-se que o BES é uma componente principal e integrante de uma vida saudável (Diener, Scollon & Lucas, 2003, cit. in Siqueira & Padovam, 2008), que se refere à avaliação dos indivíduos das suas próprias vidas (Diener, 2000) e que se revela como um construto que propicia aos indivíduos um importante objetivo de vida (Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Além disso, afirma-se a importância do BES recorrendo-se à ideia da subjetividade e do poder que cada indivíduo detém sobre a sua própria vida, cabendo-lhe a ele, apenas, julgar e avaliar a satisfação com a sua própria vida, deixando antever a ideia do “*empowerment*” de competências e capacidades do indivíduo que lhe permita sentir-se mais feliz e mais satisfeito com a sua própria vida (Passareli & Silva, 2007). As investigações relacionadas com o BES em crianças e adolescentes são ainda muito escassas, contudo através de investigações com adultos é passível de se assumir a importância do conhecimento sobre o BES e sob a forma como os indivíduos podem aumentar a sua felicidade de forma individual. Diener (2000), afirma que as sociedades têm de revelar o mesmo esforço em relação ao conhecimento do BES e dos seus componentes que revelam em questões relacionadas com a economia e com outros domínios da sociedade, de forma a que se possa difundir este fenómeno, revelando os resultados das investigações no sentido de um melhor entendimento sobre a importância deste constructo e na educação para a promoção de comportamentos e competências que visem o aumento dos níveis de BES.

5. Referências Bibliográficas

- Bergaman, M. & Scott, J. (2001). Young Adolescents' Wellbeing and Health-risk behaviours: gender and socio-economic differences. *Journal of Adolescence*, 24, 183-197
- Butkovic, A., Brkovic, I. & Bratko, D. (2011). Predicting Well-Being from personality in adolescents and older adults. *Journal of Happiness studies*.
- Burnett, A., Reutens, D., Mazzocco, M & Ross, J. (2008). Amygdala and hippocampal volumes in Turner syndrome: a high-resolution MRI study of X-monosomy. *Neuropsychology*, 42 (14), 1971-1978
- Burnett, A., Reutens, D. & Wood, A. (2010). Social cognition in Turner's Syndrome. *Journal of Clinical Neuroscience*, 17, 283-286
- Carel, J., Elie, C., Ecosse, E., Tauber, M., Léger, J., Cabrol, S., Nicolino, M., Brauner, R., Chaussain, J. & Coste, J. (2005). Self-Esteem and Social Adjustment in Young Women with Turner Syndrome-Influence of Pubertal Management and Sexuality: population-based cohort study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 91 (8), 2972-2979
- Custódio, S. (2010). Stress, Suporte Social, Optimismo e Saúde em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico. Tese de Doutorado. Universidade de Aveiro
- Christopoulos, P., Deligeoroglou, E., Laggari, V., Christogiorgos, S. & Creatsas, G. (2008). Psychological and behavioral aspects of patients with Turner Syndrome from Childhood to adulthood: a review of the clinical literature. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29 (1), 45-51

- Dela Coleta, J. & Dela Coleta, M. (2006). Felicidade, Bem-estar Subjetivo e Comportamento Académico de Estudantes Universitários. *Psicologia em Estudo*, 11 (3), 533-539
- Diener, E. (1984) Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being, the science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55 (1), 34-43
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual review Psychology*, 54, 403-425
- Diener, E., Lucas, R. & Oishi, S. (2002). Subjective Well-Being. *Psychology Bulletin*
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24 (1), 25-41
- Diener, E., Lucas, R. M. & Smith, H.L. (1999). Subjective Well-Being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302
- Diener, E. & Seligman, M. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5 (1), 1-31
- Diener, E. & Lucas, R. (1999). Personality and Subjective Well-Being. In D. Kahneman, E. Diener & Schwarz (Eds.), *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*, 213-224
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2009). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology*, 2, 187-194. New York: Oxford University Press, disponível em <http://books.google.pt/books>

- Eryilmaz, A. (2010). Turkish Adolescents' Subjective Well-Being with Respect to Age, Gender and SES Parents. *International Journal of Human and Social Sciences*, 5 (8), 523-526
- Feinstein, C. & Chahal, L. (2009). Psychiatric phenotypes associated with neurogenetic disorders. *Psychiatric Clinic North America*, 32 (1), 15-37
- Fredrickson, B. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-being. *Prevention & Treatment*, 3.
- Fredrickson, B. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: the Broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychology*, 56 (3), 218-226
- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214
- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J. (2005a). Contribuição para o Estudo da Versão Portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito de Afeto. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 209-218
- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J. (2005b). Contribuição para o Estudo da Versão Portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 219-227
- Galinha, I. (2008). Bem-Estar Subjetivo: Fatores cognitivos, afetivos e contextuais. Coimbra: *Quarteto Editora*.1, (1)
- Gaspar, T., Pais Ribeiro, J., Leal, I. & Matos, M. (2009). Impacto da Satisfação com o Suporte Social na Qualidade de Vida relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes. *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*. Portugal: Lisboa, disponível em <http://www.ispa.pt/ui/uipes/docs/tania-gaspar-impacto-satisfacao.pdf>

- Giacomoni, C. (2002). BES infantil: conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação. Tese de Doutorado em Psicologia. Brasil:Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Giacomoni, C. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12 (1), 43-50
- Gilmar, R. & Huebner, S. (2003). A Review of Life Satisfaction Research with Children and Adolescents. *School Psychology Quarterly*, 18 (2), 192-205
- Hernandez, J. (2003). Psicologia positiva e psicologia Humanista: Aproximações teóricas e conceituais. *Revista de Psicologia da UNC*, 1 (1), 24-30.
- Huebner, E. (1997). Escala Breve de Satisfação com a Vida. Adaptação Portuguesa de Paulo Moreira. Porto: Universidade Lusíada.
- Keyes, C., Shmontkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1022
- Lesniak-Karpiak, K., Mazzocco, M. & Ross, J. (2003). Behavioral Assessment of Social Anxiety in Females with Turner or X Fragile Syndrome. *Journal of Autism and Development Disorders*, 33 (1),55-67
- Linley, P., Joseph, S., Harrington, S. & Wood, A. (2006). Positive psychology: past, present and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (1), 3-16
- Lucas, R. E. & Diener, E. (2008). Personality and subjective well-being. In O. P. John, R. Robins, & L. A. Pervin (Eds.).*Handbook of Personality (2nd Ed.)* New York: Guilford

- Lucas, R. E. & Diener, E. (2008). Subjective emotional well-being. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions (3rd Edition)*. (pp. 471-484) New York: Guilford
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*, 9 (2), 111-131
- Marques, S. & Pais Ribeiro, J. (2006). Contribuição para o Estudo Psicométrico e Estrutural da Escala Abreviada de Satisfação com a Vida para Estudantes: Estudo Preliminar. *Acta IX da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 537 - 543
- Marujo, H., Neto, L., Caetano, A. & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia Positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13 (1), 115-136.
- McCauley, E., Feuillan, P., Kushner, H. & Ross, J.L. (2001). Psychosocial development in adolescents with Turner Syndrome. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 6, 360-365
- Morgan, Thomas (2007). Turner Syndrome: Diagnosis and Management. Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri. *Am Fam Physician*. 76, (3), 405-417
- Myers, D. (2000). The Funds, Friends, and Faith of Happy People. *American Psychologist*, 55 (1), 56-67
- Nes, R. (2010). Happiness in Behaviour genetics: findings and implications. *Journal of Happiness Studies*, 11, 369–381
- Nieboer, A., Lindenberg, S., Boomsma, A. & Van Bruggen, A. (2005). Dimensions of Well-Being and Their Measurement: *The SPF-IL Scale*. *Social Indicators Research*, 73, 313-353

- Novo, R. (2003). Para além da Eudaimonia: o Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian
- Pareren, Y., Duivenvoorden, H. Slijper, F., Koot, H., Drop, S. & Keizer-Schrama, S. (2005). Psychological Functioning after Discontinuation of Long-Term Growth Hormone Treatment in Girls with Turner Syndrome. *Hormone research*, 6 (3), 238-244
- Passareli, P. & Silva, J. (2007). Psicologia Positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*. Campinas, 24 (4), 513-517
- Prada, E. (2005). Psicologia Positiva & Emociones Positivas. *Revista Psicologia Positiva*, 2.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Aquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. & European Kidscreen Group (2005). Description of the *KIDSCREEN-10 index*, disponível em www.KIDSCREEN.ORG
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3:547-558.
- Ross, J., Zinn, A. & McCauley, E. (2000). Neurodevelopmental and Psychosocial aspects os Turner Syndrome. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 6, 135-141
- Rovet, J. (1993). The Psychoeducational Characteristics of Children with Turner Syndrome. *Journal of learning disabilities*, 26 (5), 333-341
- Ryan, R. (2009). Self-determination Theory and Well-Being. *Wellbeing in Developing Countries – Research Review*. United Kingdom: University of Bath.

- Santos, V., Marçal, M., Amaral, D., Pina, R., Lopes, L., Fonseca, G. (2010). Síndrome de Turner da criança ao adulto...uma abordagem multidisciplinar. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 873-882, disponível em www.actamedicaportuguesa.com
- Santos, C., Pais Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (2), 185-204.
- Schwartz, I.; Elnecave, R.; Krug, B. & Amaral, K. (2010). Síndrome de Turner – Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas. Portaria SAS/MS nº23, *Portal da Saúde*, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_sindrome_turner_livro_2010.pdf
- Schimmack, U., Oishi, S. & Diener, E. (2002). Cultural influences on the relation between pleasant and unpleasant emotions: Asian dialectic philosophies or individualism-collectivism?. *Cognition and emotion*, 16 (6), 705-716
- Seligman, M. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13 (1), 81-84
- Seligman, M. (2002). Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment., disponível em <http://books.google.pt/books>
- Seligman, M. (2004). Can happiness be taught? *Daedalus*, Spring 2004, 133 (2), 80-87
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologists*, 55, 5-14
- Seligman, Parks & Steen, 2006, A balanced psychology and a full life. In F. Huppert, B. Keverne & N. Baylis, (Eds.), *The science of well-being*. Oxford: Oxford University Press, 275-283.

- Silva, D., Paz, A., Soliva, B., Comiran, F., Picini, G., Souza, L., Sotoriva, M., Savaris, R. & Marçal, S. (2009). Bem-estar psicológico VERSUS distress: um estudo exploratório sobre saúde mental. *Akrópolis, Umuarama*, 7 (2), 59-68
- Siqueira, A. Betts, M. & Dell'Agillo, D. (2006). A rede social de apoio social e afetivo de adolescentes Institucionalizados no Sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40 (2), 149-158
- Siqueira, M. & Padovan, V. (2008). Bases teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209.
- Stochholm, K., Juul, S., Juel, K., Naeraa, R. & Gravholt, C. (2006). Prevalence, Incidence, Diagnostic Delay, and Mortality in Turner Syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 91 (10), 3897-3902
- Suzigan, L., Paiva e Silva, R., Marini, S., Baptista, M., Jr., G., Magna, L. & Guerra, A. (2004). A percepção da doença em portadoras de Síndrome de Turner. *Jornal de Pediatria*, 80 (4), 309-315
- Vitterso, J. & Nilsen, F. (2002). The conceptual and relational structure of subjective well-being, neuroticism, and extraversion: once again, neuroticism is the important predictor of happiness. *Social Indicators Research*, 57 (1), 89-118