

ESCALA LÊVITUDE: SAÚDE MENTAL, RESILIÊNCIA E AUTOESTIMA EM ADOLESCENTES

Lêvitudo Scale: Mental health, resilience and self-esteem in adolescents

Escala Lêvitudo: Salud mental, resiliencia y autoestima en adolescentes

<https://doi.org/10.5935/2176-3038.20240024>

Recebido: 30.nov.2023

Corrigido: 20.mai.2024

Aprovado: 22.out.2024

MARIA LETICIA MARCONDES COELHO DE OLIVEIRA¹⁸

FRANCISCO BAPTISTA ASSUMPÇÃO JUNIOR¹⁹

Resumo: Diante da falta de perspectiva de muitos jovens e do alto índice de desajustes emocionais e comportamentais nos últimos tempos, faz-se necessário o olhar, a discussão sobre as condições de desenvolvimento e a proposta de um modelo de intervenção, e um conjunto de atividades associadas à promoção de saúde mental. O objetivo do trabalho foi o de consolidar o constructo teórico da tutoria em saúde mental *Lêvitudo* em adolescentes, bem como a validação do questionário de saúde mental, resiliência e autoestima *Lêvitudo* em adolescentes. Participaram da amostra 599 jovens de 12 a 18 anos, de ambos os sexos. O trabalho foi realizado com o intuito de sumarizar as questões para a construção dos domínios. A definição dos domínios passou pela análise fatorial exploratória, pela avaliação conjunta desses domínios construídos por um ponto de vista clínico, pela avaliação de consistência segundo o cálculo do alfa de Cronbach e pela correlação com instrumentos existentes, onde se definiu as 59 questões subdivididas em 8 domínios finais. O instrumento *Lêvitudo* com os seus 59 itens mostrou-se consistente na avaliação do constructo proposto. Este trabalho pode ajudar na investigação dos fenômenos, a intervenção em saúde mental e o resgate da qualidade de vida dos jovens brasileiros.

Palavras chave: saúde mental; resiliência; autoestima; adolescentes.

Abstract: *Faced with the lack of perspective of many young people and the high rate of emotional and behavioral maladjustments in recent times, it is necessary to look, discuss the conditions of development and propose an intervention model, as well as a set of associated activities for the promotion of mental health. The objective of this work was to consolidate the Lêvitudo theoretical construct of mentoring in mental health in adolescents, as well as the validation of the Lêvitudo questionnaire of mental health, resilience and self-esteem in adolescents. The sample included 599 young people aged 12 to 18, of both genders. The work was carried out with the aim of summarizing the questions for the construction of the domains. The definition of the domains went through exploratory factor analysis, joint evaluation of these domains constructed from a clinical point of view, the consistency assessment according to the Cronbach's alpha calculation and the correlation with existing instruments, where the 59 questions were defined, subdivided into 8 final domains. The Lêvitudo Instrument with its 59 items proved to be consistent in the assessment of the proposed construct. This work can help in the investigation of phenomena, intervention in mental health and the recovery of the quality of life of young Brazilians.*

Keywords: *mental health; resilience; self esteem; adolescents.*

Resumen: *Ante la falta de perspectiva de muchos jóvenes y el alto índice de desajustes emocionales y conductuales de los últimos tiempos, es necesario mirar, discutir las condiciones de desarrollo y proponer un modelo de intervención, y un conjunto de actividades asociadas a la promoción de salud mental. El objetivo de este trabajo fue consolidar el constructo teórico de mentoría Lêvitudo de salud mental en adolescentes, así como la validación del cuestionario Lêvitudo de salud mental, resiliencia y autoestima en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 599 jóvenes de 12 a 18 años, de ambos sexos. El trabajo se realizó con el objetivo de resumir los temas para la construcción de los dominios. La definición de los dominios pasó por el análisis factorial exploratorio, la evaluación conjunta de estos dominios construidos desde el punto de vista clínico, la evaluación de la consistencia según el cálculo del alfa de Cronbach y la correlación con*

18 Pós-Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo - USP. E-mail: levitudesaudental@gmail.com. ORCID 0000-0002-9596-2303.

19 Livre-Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP. Ocupante da Cadeira 17 "Jean Maugué" da Academia Paulista de Psicologia. E-mail: cassiterides@usp.br. ORCID 0000-0002-3446-8221.

los instrumentos existentes, donde se definieron las 59 preguntas, subdivididas en 8 dominios finales. El Instrumento *Lêvitudo* con sus 59 ítems demostró ser consistente en la evaluación del constructo propuesto. Este trabajo puede ayudar a investigar los fenómenos, intervenir en la salud mental y restaurar la calidad de vida de los jóvenes brasileños.

Palabras clave: salud mental; resiliencia; autoestima; adolescentes.

Introdução

A adolescência, os desajustes psicológicos e a necessidade de programa de intervenção

Os sintomas de ansiedade constituem-se em uma das condições mais frequentes e deteriorantes dentre os transtornos emocionais entre crianças e adolescentes. Outro sintoma é a depressão, um estado debilitante que interfere na capacidade de sentir prazer, capacidade de interação e capacidade de participação ativa na vida, tendo efeitos negativos na saúde e podendo durar meses ou anos, sendo que, pessoas que sofrem de depressão podem sofrer também de ansiedade. Sujeitos deprimidos distorcem suas interpretações de eventos, mantendo visões negativas sobre si, o ambiente e sobre o futuro. Promover a capacidade pessoal para lidar positivamente com problemas poderá evitar a depressão, uma vez que o aumento da depressão pode estar atrelado ao modo como os indivíduos, incluindo crianças e adolescentes, lidam com o conflito. Na teoria da terapia cognitiva, a natureza e a função do processamento de informação leva à atribuição de significado e constitui a chave para entender o comportamento maladaptativo e os processos terapêuticos positivos. O significado que uma pessoa atribui a uma situação, ou a forma como um evento é estruturado (ou construído) por uma pessoa, teoricamente determina como aquela pessoa se comportará. Os conceitos de ansiedade, depressão e estresse se referem a um conjunto de sentimentos e emoções que podem se manifestar no ser humano em circunstâncias específicas ou em diversas fases do seu processo de desenvolvimento. A adolescência é uma etapa do desenvolvimento na qual esse conjunto de emoções precisa ser cuidadosamente compreendido para que as propostas interventivas sejam vislumbradas e implementadas. É importante prevenir o impacto dos sentimentos de alienação na saúde e bem-estar, promovendo competências pessoais e sociais entre os adolescentes (Tomé et al., 2019). De acordo com a *American Psychological Association* (APA, 1994),

“...A resiliência é o processo de adaptação bem-sucedida face à adversidade, trauma, tragédia, ameaças ou fontes significativas de stress. A investigação na área tem indicado que níveis elevados de resiliência estão associados a níveis mais baixos de depressão, stress, ansiedade, violência e abuso de substâncias (Wang et al., 2015).”

Frente a isso o presente estudo parte da seguinte proposta: consolidar o constructo teórico da tutoria em saúde mental *Lêvitudo* e construir um questionário de saúde mental, resiliência e autoestima em adolescentes por meio da investigação dos domínios de saúde mental, sentido da vida, autodeterminação, autoconhecimento, cuidado, resiliência, autoestima e transcendência em adolescentes de 12 a 18 anos. A relevância deste estudo está relacionada aos fatores de proteção, avaliação e incentivo à reflexão sobre a maneira como se relacionar consigo mesmo, com sua própria perspectiva de vida e com os outros, com as situações do cotidiano. É importante encontrar alternativas adequadas para cada situação, seja sob a perspectiva da autorregulação, ou do desenvolvimento da assertividade para resolver problemas, seja através da criação e manutenção de uma rede de apoio social, ou do envolvimento em seu propósito e construção de uma vida significativa e resiliente. Uma forma de prever o impacto dessas variáveis para a satisfação global com a vida é a testagem, que é entendida como bem-estar subjetivo, dos níveis de felicidade e de atribuição de significado à experiência, ou bem-estar psicológico, apresentou correlações significativas. Essa associação é especialmente relevante entre autoestima e bem-estar subjetivo. A avaliação e o estudo dessa dimensão são cada vez mais relevantes, pois possibilitam monitorar (avaliar e perceber) o estado de saúde da população ao longo do tempo, identificando grupos mais vulneráveis e analisando as consequências de intervenções governamentais em uma população específica. Nesta perspectiva, é importante o desenvolvimento de meios de avaliação da qualidade de vida percebida pelas crianças e jovens, de

modo a entender os fatores que valorizam para se sentirem bem e o modo como estes fatores variam ao longo da infância e adolescência. (Gaspar et al., 2019). O objetivo do presente artigo é a construção e validação de uma escala, que permita avaliar saúde mental, resiliência e autoestima em adolescentes. O instrumento é um questionário construído através da análise da literatura de outros testes que medem o referido a ser investigado, e sobre as técnicas de análise de conteúdo.

Metodologia

O questionário abrange uma gama de questões referentes aos pensamentos, sentimentos e comportamentos de adolescentes de ambos os sexos, de 12 a 18 anos de idade. Os eixos temáticos das perguntas estão agrupados em 8 domínios, sendo o primeiro relacionado à investigação sintomatológica de estresse, ansiedade e depressão, considerado os indicadores de saúde mental. O segundo referente ao sentido da vida. O terceiro refere-se à autodeterminação. O quarto grupo são questões destinadas ao autoconhecimento. Já o quinto domínio destina-se ao cuidado. O sexto grupo refere-se à resiliência. No sétimo domínio verifica-se as questões de autoestima. E o último domínio destina-se à transcendência.

De acordo com a Metodologia Estatística utilizada:

“...A análise fatorial exploratória (AFE) é uma técnica dentro da análise fatorial cujo objetivo abrangente é identificar as relações subjacentes entre as variáveis medidas. A AFE é uma técnica estatística que estuda correlações entre um grande número de variáveis agrupando-as em fatores. Essa técnica permite a redução de dados, identificando as variáveis mais representativas ou criando um novo conjunto de variáveis, bem menor que o original (Hair et al., 2009).”

O teste de esfericidade de Bartlett mede se a análise fatorial é adequada ao problema. Em outras palavras, deve-se verificar se existe correlação suficientemente forte para que a análise fatorial possa ser aplicada (Kirch et al., 2017). Tem-se aqui um teste de hipóteses:

- H0: a matriz de correlação é uma matriz identidade, não há correlação suficiente entre as variáveis. Análise não é adequada.

- H1: a análise é adequada, existe correlação.
- Como o p-valor (sig) é menor que o nível de significância $\alpha=5\%$, rejeitamos H0, isto significa admitir que a análise é adequada.

O Teste KMO (Kaiser Meyer Olkin) mede a adequabilidade da utilização da Análise Fatorial para a respectiva base de dados. De modo geral, KMO com valores baixos significam que o tamanho da amostra é inadequado para o uso desta ferramenta. O valor obtido neste teste deve ser $KMO > 0,5$, para que a ferramenta seja considerada possível ao problema. O teste de Normalidade é feito para verificar se uma determinada variável está adequada a distribuição de dados da curva Normal (de Gauss). Esse teste auxilia a escolha do teste a ser usado, pois temos testes paramétricos (sobre dados que seguem a curva da Normal) e testes não paramétricos (sobre dados que não seguem a curva da Normal). Temos dois testes básicos de normalidade: Shapiro-Wilk, indicado para amostras pequenas de até 30 casos e Kolmogorov-Smirnov para amostras maiores que 30 casos. O coeficiente de correlação de Spearman é um valor entre -1 e 1 , medindo o grau de associação entre duas variáveis de mensuração ordinal ou numérica. Indicado quando não se deseja assumir suposições acerca da distribuição das amostras analisadas. Quanto mais próximo de -1 ou de 1 maior o grau de associação entre as informações. Quanto mais próximo de 0 (zero), menor o grau de associação. Se o valor do coeficiente for menor que 0 , dizemos que a associação é negativa ou inversa, ou seja, quando uma informação aumenta o valor, a outra diminui. Se o valor do coeficiente for maior que 0 , dizemos que a associação é positiva ou direta, ou seja, quando uma informação aumenta o valor, a outra também aumenta (Glantz & Stanton, 2011). Determinar o valor que define uma boa correlação é inerente de cada estudo, mas de forma geral, pode-se considerar a seguinte classificação:

- Se $|c| < 0,40$ significa correlação fraca
- Se $0,40 < |c| < 0,70$ significa correlação moderada
- Se $0,70 < |c| < 0,90$ significa correlação boa
- Se $|c| > 0,90$ significa correlação ótima

O estudo foi submetido à análise e avaliação do comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos-CEP do IPUSP, e foi aprovado pelo CAAE: 40470720.7.0000.5561. Os voluntários foram

devidamente orientados quanto a objetivos e implicações do estudo, a participação foi voluntária, não identificada e sem procedimentos invasivos. Ressalta-se que a pesquisa oferece baixo risco e desconforto. O benefício não é direto aos voluntários, pretende-se ampliação do conhecimento na área e criação de instrumento de uso clínico, que num momento posterior pode vir a beneficiar os participantes deste estudo. A coleta de dados ocorreu por meio de formulário eletrônico. Foram enviados os questionários pela plataforma *Google Forms*. Após indicarem aceite na participação por meio de assinatura eletrônica do TALE (Termo de Assentimento Livre e Esclarecido), bem como o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) autorizado pelos responsáveis, os participantes foram direcionados para as perguntas do questionário. A duração média de resposta das questões foi de 30 minutos. Os 599 questionários foram coletados junto a adolescentes de 12 a 18 anos, de ambos os sexos. A amostra foi composta de 10 sujeitos por variável, com um mínimo de 100 indivíduos na amostra total. Instrumentos de medida desempenham um importante papel na pesquisa, na prática clínica e na avaliação de saúde. Estudos sobre a qualidade desses instrumentos fornecem evidências de como as propriedades de medida foram avaliadas, auxiliando o pesquisador na escolha da melhor ferramenta para utilização. A confiabilidade e a validade são consideradas as principais propriedades de medida de tais instrumentos. Confiabilidade é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente, no tempo e no espaço. Validade refere-se à propriedade de um instrumento medir exatamente o que se propõe, sendo os principais critérios e testes estatísticos empregados na avaliação da confiabilidade (estabilidade, consistência interna e equivalência) e validade (conteúdo, critério e construto) de instrumentos. A avaliação das propriedades de medida de instrumentos é útil para subsidiar a seleção de instrumentos válidos e confiáveis, de modo a assegurar a qualidade dos resultados dos estudos. (Souza et al., 2017).

Resultados

A descrição da amostra conteve 599 questionários, tendo como dados sociodemográficos: 201 adolescentes do sexo masculino e 398 do sexo feminino. Em relação à idade foram 99 adolescentes de 12 a 14 anos, 353 adolescentes de 15 a 16 anos e 147

adolescentes de 17 e 18 anos de idade. A construção dos domínios desejados iniciou-se através da análise das 66 questões de conteúdo quantitativo do Questionário *Lêvitudo*-Saúde Mental para Adolescentes. Após a avaliação dos dados fatoriais e a discussão com o orientador responsável, chegou-se ao resultado das 59 questões subdivididas em 8 Domínios Finais. O trabalho foi realizado com o objetivo de sumarizar as questões para a construção dos domínios. Os domínios obtidos foram construídos através de escores definidos como a soma de questões bem correlacionadas entre si e que quantifique os diversos aspectos clínicos do instrumento desejado. A definição dos Domínios passou por duas etapas de construção. A primeira etapa foi a realização da Análise Fatorial Exploratória, onde as questões foram agrupadas conforme o grau de correlação entre elas. A segunda etapa foi uma avaliação conjunta desses domínios construídos por um ponto de vista clínico e da avaliação de consistência segundo o cálculo do alfa de Cronbach onde se definiu os domínios finais.

Análise fatorial exploratória

Para a composição da análise fatorial foi utilizado o estudo de adequabilidade da aplicação da Análise Fatorial através de dois testes: Teste de Esfericidade de Bartlett e Teste de KMO. É considerado adequado quando o valor de KMO for $\geq 0,5$. Para o presente estudo o valor de KMO encontrado foi de 0,958. Considera-se adequado quando o teste de esfericidade de Bartlett for significativo ($p < 0,05$). Para o presente estudo o valor de p encontrado foi de $< 0,001^*$. Ambos os testes resultaram que a análise fatorial está adequada aos dados coletados. Na presente análise fatorial exploratória deseja-se obter um conjunto explicativo de Domínios considerando as 66 questões coletadas em um conjunto de 599 casos. A técnica procura identificar as questões de forma que as mais correlacionadas entre si estejam em um mesmo Domínio e possam ser representadas por esse Domínio. O objetivo assim é obter Domínios com questões bem correlacionadas internamente e com baixa correlação entre os Domínios. A seleção dos fatores foi pelo critério de autovalores (eigenvalues) maiores que 1. Desse processo resultaram 11 fatores e esse conjunto de variáveis explicam 57,6% da variância das variáveis originais. Para visualizar as questões selecionadas dentro de cada domínio obtido, realizou-se a rotação dos componentes pelo método Varimax

e se avaliou as cargas fatoriais das questões dentro de cada fator. A composição final dos domínios considerando reposicionamento de algumas questões segundo o ponto de vista clínico (Tabela 1) foi a seguinte:

Tabela 1 - Composição final dos Domínios.

Domínio	Questões
1	26, 28, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 47, 49, 50, 52, 53, 63, 65, 14 e 30
2	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 57
3	17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29 e 54
4	18, 41, 42, 43, 45 e 58
5	35, 55, 61, 62, 64 e 51
6	56, 59 e 60
7	31 e 34
8	5, 12 e 19
9	44 e 46
10	66
11	32 e 48

Composição final dos domínios

A próxima etapa da análise consistiu em examinar os domínios de acordo com sua composição por meio do cálculo alfa de Cronbach. O software SPSS oferece a possibilidade de calcular o Alfa de Cronbach e avaliar se, ao tirar uma questão, se obtém um valor maior (melhor) do Alfa de Cronbach. Dessa forma,

foi realizado um processo interativo em que, a partir de um conjunto de questões, cousegue-se remover algumas dessas questões e, assim, obter um conjunto menor de questões com alfa maior (melhor). A composição final dos Domínios nesse processo de seleção das questões está apresentada na tabela a seguir com os respectivos Alfa de Cronbach. Tabela 2.

Tabela 2 - Composição através do cálculo do Alfa de Cronbach.

Domínio	Questões	Coefficiente Alfa de Cronbach	Questões retiradas
1	26, 28, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 47, 49, 50, 52, 53, 63, 65, 14 e 30	0,913	
2	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16	0,902	57
3	20, 21, 22, 23, 24, 25, 29 e 54	0,891	17 e 27
4	18, 41, 42, 43, 45 e 58	0,782	
5	35, 55, 61, 62, 64 e 51	0,827	
6	56, 59 e 60	0,688	
7	31 e 34	0,557	
8	12 e 19	0,705	5
9	44 e 46	0,356	
10	66		
11	32 e 48	0,177	

Composição final dos domínios e coeficientes Alfa de Cronbach

Na literatura estatística define-se como um domínio bem construído quando o Alfa de Cronbach for maior que 0,7. Sob esse critério se apresentam os Domínios 6, 7, 9 e 11 sendo considerados não bem formados. Desses apenas o Domínio 6 está sendo

incluído no instrumento final porque obteve um Alfa bem próximo de 0,7. O Domínio 10 apresentou uma única questão e não pode ser avaliado pelo Alfa de Cronbach. A sua inclusão no instrumento final foi definida pelo critério clínico. Também por critério clínico foram incluídas as questões 31 e 34 no Domínio 6 e a questão 44 no Domínio 4. E os valores de Alfa de Cronbach foram recalculados. Tabela 3.

Tabela 3 - Coeficiente Alfa de Cronbach final pelo critério clínico.

Domínio	Questões	Coeficiente Alfa de Cronbach final
1	26, 28, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 47, 49, 50, 52, 53, 63, 65, 14 e 30	0,913
2	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16	0,902
3	20, 21, 22, 23, 24, 25, 29 e 54	0,891
4	18, 41, 42, 43, 44, 45 e 58	0,795
5	35, 55, 61, 62, 64 e 51	0,827
6	31, 34, 56, 59 e 60	0,738
8	12 e 19	0,705
10	66	

Aqui houve a redefinição dos domínios e a nome- fundação de cada um deles, ficando definidos, conforme fundamentação na discussão. Tabela 4.

Tabela 4 - Domínios finais e descrição das questões.

Domínios Finais	Descrição da questão	
1- <i>Sufrimento Mental</i>	1- Me sinto preocupado o tempo todo	
	2- Me sinto irritado	
	3- Tenho medo da possibilidade de perder o controle	
	4- Me sinto exausto	
	6- Tenho medo de cometer erro	
	7- Sinto aflição por dentro	
	8- Tenho medo da possibilidade de vir a enlouquecer	
	9- Tenho medo que algo ruim possa acontecer	
	10- Tenho dificuldade em dormir	
	11- Me sinto triste	
	13- Me sinto sozinho	
	15- Quem me dera já ter morrido	
	16- Me sinto vazio por dentro	
	2- <i>Sentido da Vida</i>	12- Acho que a minha vida vai ser boa
		19- Sinto que a vida vale à pena
	3- <i>Auto-determinação</i>	31- Conheço os meus pontos fortes
34- Reconheço e crio as oportunidades da minha vida		
56- Corro atrás dos meus sonhos		
59- Mantenho o foco das minhas escolhas		
	60- Consigo reformular as minhas metas para atingi-las	
4- <i>Auto-conhecimento</i>	14- Sinto que as pessoas gostam de mim	
	26- Me sinto inteligente	
	28- Eu valorizo as minhas conquistas	
	30- Sou tão bom quanto os outros	
	33- Reconheço as minhas fraquezas e sei como lidar elas	
	36- Identifico as minhas emoções e sei falar sobre elas (tristeza, alegria, ansiedade, frustração, raiva)	
	37- Sei estratégias para me sentir melhor	
	38- Consigo olhar para uma situação com diferentes pontos de vista	
	39- Sei avaliar quando um pensamento me faz mal	
	40- Consigo modificar meu comportamento de acordo com a mudança do meu pensamento	
	47- Consigo me posicionar diante de uma situação desconfortável	
	49- Sou bom em resolver os meus problemas	
	50- Sei negociar em diversas situações, respeitando o outro	
	52- Me sinto bem sendo útil a alguém	
	53- Gosto de elogiar	
63- Sou flexível para encontrar a solução dos meus problemas		
65- Tenho coragem em lidar com as consequências das minhas escolhas		

(cont.)

(cont. Tab.4)

Domínios Finais	Descrição da questão
5- <i>Autocuidado</i>	18- Sinto que posso fazer a diferença no bem-estar no próximo 41- Arrumo tempo para fazer o que gosto 42- Conheço técnicas de respiração profunda e as utilizo 43- Me trato com gentileza quando as coisas não acontecem do jeito que espero 44- Consigo manter a minha fé diante das dificuldades 45- Tenho hábitos saudáveis de atividade física, alimentação equilibrada e sono satisfatório 58- Me sinto realizado(a)
6- <i>Resiliência</i>	20- Sei quem eu quero ser 21- Me sinto forte 22- Me recupero das minhas decepções 23- Me adapto às novas situações 24- Consigo resolver meus problemas sem desistir 25- Sinto que aprendo com as dificuldades 29- Estou feliz por ser quem eu sou 54- Sei perdoar
7- <i>Autoestima</i>	35- Sinto admiração por mim 51- Dou e recebo atenção 55- Me considero uma pessoa gentil 61- Me considero uma pessoa grata 62- Sei esperar pelo tempo certo das coisas 64- Sei ver o lado bom das coisas
8- <i>Transcendência</i>	66- Sou a inspiração na vida de outras pessoas

Variância total explicada

O autovalor representa a parte da variância total explicada por cada fator. Como a saída padrão de toda análise fatorial foi com 66 questões, foram calculados 66 fatores. A ideia foi formar fatores que agregam as 66 questões iniciais, e que possam em um número menor de fatores, obter um máximo da variabilidade das 66 questões originais. Um critério usual para seleção de fatores seria, segundo a Tabela de Variância Total Explicada, considerar os fatores com autovalores acima de 1. O significado teórico do auto valor seria a quantidade de questões que o fator teria em sua composição. Assim foram selecionados em tese os fatores que agregam pelo menos 1 questão (auto valor = 1). No presente estudo, foram 11 os fatores selecionados por esse critério, abrangendo cerca de 54,6% da Variância Total. Esses fatores foram a base dos domínios finais desejados.

Matriz de Componentes Rotacionados

Uma matriz de componentes rotacionados (Método Varimax) permite visualizar as variáveis mais relacionadas a cada Fator através das cargas fatoriais. O método de Rotação Varimax reposicionou cada questão dentro dos Domínios conforme a carga

fatorial dentro dos Domínios. A carga fatorial informou o grau de relação de cada questão com cada Domínio. Quanto maior o valor em módulo melhor a colocação da questão no Domínio. Na tabela acima a posição em destaque identificou cada questão dentro do domínio que está mais bem posicionada. Assim, de acordo com a análise estatística, consegue-se encontrar os tópicos mais relevantes em cada domínio. Na sequência do estudo, foi avaliada a correlação entre os domínios obtidos e uma série de instrumentos e variáveis psicométricas, como estresse, ansiedade, depressão, autoestima e otimismo, que a pesquisa obteve da mesma amostra do estudo de elaboração dos domínios. Todas as variáveis são numéricas e foram avaliadas na sua distribuição para verificar o tipo de correlação a ser calculada, segundo a aderência ou não a curva Normal (Gauss), conforme descrito na metodologia estatística. Para tanto, foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Correlação entre os Domínios obtidos e as variáveis Psicométricas

Todas as variáveis foram significantes ($p < 0,05$). Assim, de acordo com o cálculo do coeficiente de correlação não paramétrico de Spearman.

Cálculo do Coeficiente de Correlação Não Paramétrico de Spearman

O domínio de sofrimento mental (D1) obtido foi significativo com as variáveis de desajuste mental (stress, ansiedade e depressão), de forma positiva (Coeficiente > 0), ou seja, quanto maior o valor do Domínio, maior o valor das variáveis. O domínio de sofrimento mental (D1) obtido foi significativo com as variáveis de autoconhecimento e auto equilíbrio, de forma negativa (Coeficiente < 0), ou seja, quanto maior o valor do domínio de sofrimento mental, menor o valor das variáveis. O domínio de resiliência (D6) obtido foi significativo com a variável de assertividade, de forma positiva (Coeficiente > 0), ou seja, quanto maior o valor do Domínio de resiliência, maior o valor da variável de assertividade. O domínio de autocuidado (D5) obtido foi significativo com as variáveis de afetividade, de forma positiva (Coeficiente > 0), ou seja, quanto maior o valor do domínio de autocuidado, maior o valor das variáveis de afetividade. O domínio de autoestima (D7) obtido foi significativo com a variável de autorrealização, de forma positiva (Coeficiente > 0), ou seja, quanto maior o valor do domínio de autoestima, maior o valor da variável de autorrealização. O domínio de transcendência (D8) obtido foi significativo com a variável de Autovalorização, de forma positiva (Coeficiente > 0), ou seja, quanto maior o valor do Domínio de Transcendência, maior o valor da variável de autovalorização.

Correlação dos domínios com a escala de autoestima

Os Domínios (sentido da vida, autodeterminação, autoconhecimento, autocuidado, resiliência, autoestima e transcendência) foram significantes com a escala de autoestima, de forma positiva (Coeficiente > 0), ou seja, quanto maior o valor desses domínios, maior o valor da escala de autoestima. Exceto o domínio de sofrimento mental (D1) que se correlacionou de forma negativa (coeficiente < 0), ou seja, quanto maior o valor do domínio de sofrimento mental, menor o valor da escala de autoestima.

Correlação dos domínios com a escala de otimismo

A escala de otimismo mostrou um valor significativo para os domínios (sentido da vida, autodeterminação, autoconhecimento, autocuidado, resiliência, autoestima e transcendência). O domínio de

sofrimento mental (D1) foi associado de forma negativa (coeficiente < 0) ou seja, quanto maior o valor do domínio de sofrimento mental, maior será o valor da escala de otimismo.

Médias e desvios-padrão das variáveis do estudo

De acordo com a análise de médias e desvios-padrão das variáveis do estudo, existe uma correlação positiva entre os resultados do questionário de saúde mental Lêvitudo e das escalas aplicadas.

Discussão

Conforme os resultados apresentados, o questionário se mostrou capaz de avaliar os domínios propostos. Domínios esses que podem ser descritos conceitualmente como:

Sofrimento Mental

Sofrimento mental pode ser definida como um declínio em saúde mental, compreendida pela falta do movimento do sujeito em busca do seu bem-estar e de um modo de vida que o sustente diante das adversidades do cotidiano ou seja, de resolução dos conflitos, da regulação de emoções negativas, do manejo do estresse, da ansiedade e dos sintomas depressivos. (Frankl, 2015). De acordos com os resultados apresentados, indica-se que quanto maior o sofrimento mental, maior o desajuste mental (ansiedade, stress e depressão). Conjectura-se que a saúde mental de um sujeito pode ser potencializada com a aprendizagem de habilidades pessoais e sociais, visto que isso propiciaria maior adaptabilidade e consequentemente suavizaria os impactos negativos que a percepção de si e a interação social podem prover ao funcionamento sadio da mente. A elaboração de estratégias de intervenção que fomentem a saúde mental apoia-se no planejamento de ações que de fato possam nutrir o equilíbrio bio-psico-social-espiritual.

Sentido da Vida

Uma vida com sentido, seja em que circunstâncias forem, é o que possibilita, em essência, a motivação para construir caminhos que possibilitem razões positivas para viver. Otimismo é um recurso psicológico associado à saúde mental, a um melhor ajustamento e adaptação, e torna-se especialmente importante quando o indivíduo enfrenta situações de desafio ou acontecimentos ameaçadores (Matos, 2005).

Autodeterminação

A Autodeterminação é a capacidade para atingir um objetivo e a persistência na realização de determinada tarefa.

Autoconhecimento

O primeiro esforço do existencialismo é o de pôr todo o homem no domínio do que ele é e de lhe atribuir total responsabilidade de sua existência. Não se deve pensar na pessoa como totalmente determinada por forças externas a ela. A pessoa, na medida em que é um ser real é, em parte, o seu próprio projeto e se faz por si mesma. Faz parte do autoconhecimento saudável a gestão emocional. A pessoa que aprende a expressar e gerenciar sentimentos pode ter uma maior tolerância à frustração, uma maior percepção de controle sobre o mundo externo e uma relação mais saudável com o ambiente externo.

Autocuidado

Autocuidado também é cuidar do outro. O respeito mútuo pode ser vivenciado, de forma agradável, quando nas relações interpessoais não se ultrapassam os limites em relação aos outros. No que se referem à moral, as normas devem ser obedecidas para manter as relações humanas harmoniosas e para assegurar um bom funcionamento social. De acordo com os resultados apresentados, quanto maior o índice de autocuidado, maior o índice de afetividade. A noção de que cuidar do outro se reflete no autocuidado é compreendida na ação do voluntariado, sendo a expressão dos seus próprios valores, altruísmo e humanismo; função de compreensão, oportunidade para aprender e exercitar o seu conhecimento e habilidades; função social, oportunidade de estar com amigos ou fazer novos amigos; função de benefícios, relacionada com a carreira profissional que pode ser obtida através do trabalho voluntário; e, finalmente, função de oportunidades também de autoestima (Clary et al., 1998). Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, remetendo às questões como significado e sentido da vida. A organização não se limitou a um tipo específico de crença ou prática religiosa (Oliveira & Junges, 2012). A espiritualidade é o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido (Volcan et al., 2003). A fé é um pilar para a saúde mental e o autocuidado

enquanto fonte de otimismo, esperança e resiliência. O autocuidado físico engloba a manter uma alimentação saudável, ou seja, equilibrando os nutrientes e excessos. Modificar atitudes sobre alimentação, prática de atividade física e prevenir o excesso de peso é o objetivo do Ministério da Saúde através da elaboração da apostila “10 passos para a alimentação saudável” (Ministério da Saúde, 2013). Por fim, o autocuidado é se sentir realizado. A autorrealização é o processo de se realizar por intermédio de esforço e alcance sustentado do seu próprio potencial, talentos e gostos (Stebbins, 2016).

Resiliência

Resiliência é entendida enquanto uma força, uma estratégia, um conjunto de habilidades utilizado em determinado contexto por determinado indivíduo para lidar com determinada adversidade. Não se trata de ser ou não resiliente, pois resiliência não é uma característica de personalidade, mas sim um conjunto de ações movidas por determinados pensamentos e atitudes relativos ao momento (Yanaga & Coimbra, 2021). De acordo com os resultados obtidos, quanto maior a resiliência maior a assertividade, que promove a resolução de conflitos. Diante de uma situação conflitante, uma boa opção seria congelar por instantes para pensar em algumas alternativas e então escolher a mais apropriada e elege-la enquanto a solução momentânea colocando-a então em prática. A aprendizagem com as dificuldades faz com que novos mecanismos de enfrentamento sejam elaborados e isso se reflete em autoestima. O perdão então é considerado como indicativo de resiliência. Perdão é uma atitude moral na qual uma pessoa considera abdicar do direito ao ressentimento, julgamentos negativos e comportamentos negativos para com a outra pessoa que a ofendeu injustamente, e, ao mesmo tempo, nutrir sentimentos imerecidos de compaixão, misericórdia e, possivelmente, amor para com o ofensor (Pinho & Falcone, 2017)

Autoestima

Autoestima é o quanto a pessoa gosta de si mesma, realmente se amamos e se apreciando (Mosquera & Stobäus 2006). Autoestima está presente em todos os sujeitos, referindo-se ao que o indivíduo pensa e sente em relação a si mesmo, e sua importância se deve ao fato dela ser o fundamento da capacidade do ser humano de reagir ativa e positivamente às oportunidades da vida. “Desenvolver a autoestima

é expandir nossa capacidade de ser feliz” (Pinho & Falcone, 2017). Pessoas que se sentem regularmente gratas aos outros tendem a sentirem-se amadas e cuidadas, o que pode ser compreendido enquanto dar e receber atenção. Por fim, o otimismo é também considerado um componente de autoestima. O otimismo encontra-se, também, relacionado com as expectativas e comportamentos de saúde. O otimismo tem vindo a ser relacionado com adoção de estratégias mais eficazes de lidar com desafios, problemas e adversidade, perseverança, humor positivo, maior bem-estar, saúde física e psicológica e estilo de vida mais saudável. (Zattoni, 2011). Todos os Domínios (Sentido da Vida, Autodeterminação, Autoconhecimento, Autocuidado, Resiliência, Autoestima e Transcendência) foram significantes com a Escala de Autoestima e a Escala de Otimismo, de forma positiva, ou seja, quanto maior o valor desses Domínios, maior o valor da Escala de Autoestima e a Escala de Otimismo. Exceto o Domínio de Sofrimento Mental (D1) que se correlacionou de forma negativa, ou seja, quanto maior o valor do Domínio de Sofrimento Mental, menor o valor da Escala de Autoestima. De acordo com os resultados também apresentados, quanto maior a percepção de autoestima, maior também é a percepção de autorrealização com a vida.

Transcendência

O interesse mais profundo do ser humano não é olhar para si mesmo, mas voltar o olhar para o mundo exterior, em busca de um sentido. A pessoa se

autorrealiza justamente na proporção em que esquece de si mesmo enquanto se dedica a um trabalho ou a uma pessoa (Oliveira, 2021). Conforme os resultados, quanto maior a transcendência, ou seja, quanto maior o sentimento de contribuir para o bem de alguém, maior a autovalorização. A Tutoria *Lêvitudo* ensina os estados emocionais e os recursos para gerir, para se autorregular e manter interações saudáveis Construir um mundo de paz e ajudar as pessoas a se sentirem melhores.

Considerações finais

Neste estudo foi construído um questionário capaz de avaliar a saúde mental, resiliência e autoestima em adolescentes. De forma compatível com a literatura específica, observamos correlações entre os domínios, confirmando a relevância do instrumento. O Instrumento *Lêvitudo* com os seus 59 itens mostrou-se consistente na avaliação do constructo proposto. Este trabalho pode ajudar na investigação dos fenômenos, a intervenção em saúde mental e o resgate da qualidade de vida dos jovens brasileiros. Os limites do estudo são decorrentes da amostra que representa uma parcela específica de uma população, porém ele se constitui em um instrumento de fácil aplicação que pode vir a ser utilizado no estudo de outros grupos de adolescentes com o objetivo de detecção do estado de saúde mental, bem como de avaliação de melhoria ou piora em função do ambiente a que são expostos.

Referências

- American Psychological Association - APA (1994). **Technical recommendations for psychological tests and diagnostic techniques**. Washington.
- Clary, E.; Snyder, M.; Ridge, R.; Copeland, J.; Stukas, A.; Haugen, J. Miene, P. (1998) Understanding and assessing the motivations of volunteers: a functional approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, 74, 1516-1530.
- Frankl, V. E. (2015). **O sofrimento de uma vida sem sentido: caminhos para encontrar a razão de viver**. São Paulo: É Realizações.
- Gaspar, S., Reis, M., Sampaio, D., Guerreiro, D., & Matos, M. G. (2019). Non-suicidal self injuries and adolescents risk and protective behaviors: highlights from the Portuguese HBSC study. **Child Indicators Research**. DOI: 10.1007/s12187-019-09630-w.
- Glantz, B. Stanton A. (2011). **Primer of Biostatistics**. Editora Mc Graw Hill 7ª edição, USA.
- Hair Jr., J. F.; William, B.; Babin, B.; Anderson, R. E. (2009). **Análise multivariada de dados**. 6.ed. Porto Alegre: Bookman.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 10(2), 144-156.
- Kirch, J. L.; Hongyu, K.; Silva, F. L.; Dias, C. T. S. (2017). Análise Fatorial para Avaliação dos Questionários de Satisfação do Curso de Estatística de uma Instituição Federal. **E&S Engineering and Science**, v.6, n.1.
- Matos, M. G. (2005). **Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola**. Lisboa: FMH.
- Ministério da Saúde. **10 passos para a alimentação saudável**. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel_1edicao.pdf (acessado em 18/fev/2024).
- Mosquera, J. J. M., & Stobäus, C. D. (2006). Autoimagem, autoestima e autorrealização: qualidade de vida na universidade. **Psicologia, saúde & doenças**. 7 (1), 83-88.

- Oliveira, M. R., & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia** (Natal), 17(3), 469-476. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>.
- Oliveira, M. L. M. C. (2021). LÊVITUDE - Tutoria em Saúde Mental Empresarial na formação de gestores hospitalares alicerçados em resolução de conflitos e na promoção da cultura de Paz. **Enfermagem e Saúde Coletiva**, 6(2) 130-138.
- Pinho, Vanessa Dordron & Falcone, Eliane Mary de Oliveira. (2017). Relações entre Empatia, Resiliência e Perdão Interpessoal. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 13(2), 138-146.
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: Avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 26, 649-659.
- Stebbins, R. A. (2016). Educação para a Autorrealização: processo e contexto. **Educação & Realidade**, 41(3), 873-887. Epub December 01, 2015. <https://doi.org/10.1590/2175-623651738>.
- Tomé, G., Gaspar, T., Branquinho, C., Oliveira, M. L., & Matos, M. G. (2019). A alienação social e o seu impacto no bem-estar dos adolescentes portugueses. **Revista de Psicologia da Criança e Adolescência**, 10(1).
- Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. J., & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, 37(4), 440-445.
- Yanaga, Thais Watakabe, & Coimbra, Renata Maria. (2021). Inclusão e processos de resiliência para alunos da educação especial na perspectiva dos docentes do ensino médio e superior. **Revista Subjetividades**, 21(3), 1-14. <https://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v21i3.e8626>.
- Wang, J. L., Zhang, D. J., & Zimmerman, M. A. (2015). Teoria da resiliência e suas aplicações para adolescentes chineses. **Relatórios Psicológicos**, 117 (2), 354-375. <http://doi.org/10.2466/16.17.PRO.117c21z8>.
- World Health Organization. (1988). Division of mental health and prevention of substance abuse. **WHOQOL and spirituality, religiosity, and personal beliefs (SRPB)**. Geneve (Report on WHO consultation).
- Zattoni, R. C. (2011). **A autoestima em crianças da terceira infância e sua relação com o elogio no contexto educacional**. Curitiba: PUCPR.