**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

JULIANA TEIXEIRA FIQUER

**BEM-ESTAR SUBJETIVO: INFLUÊNCIA DE
VARIÁVEIS PESSOAIS E SITUACIONAIS EM AUTO-
RELATO DE AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS**

**São Paulo
2006**

JULIANA TEIXEIRA FIQUER

**BEM-ESTAR SUBJETIVO: INFLUÊNCIA DE
VARIÁVEIS PESSOAIS E SITUACIONAIS EM AUTO-
RELATO DE AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Experimental

Orientadora: Prof^ª. Titular Emma Otta

São Paulo
2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Fiquer, Juliana Teixeira.

Bem-estar subjetivo: influência de variáveis pessoais e situacionais em auto-relato de afetos positivos e negativos / Juliana Teixeira Fiquer; orientadora Emma Otta. -- São Paulo, 2006.

143 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Felicidade 2. Ambientes urbanos 3. Depressão 4. Desenvolvimento humano 5. Aprovação social 6. Diferenças sexuais (humanos) I. Título.

BJ1481-1486

JULIANA TEIXEIRA FIQUER

**BEM-ESTAR SUBJETIVO: INFLUÊNCIA DE
VARIÁVEIS PESSOAIS E SITUACIONAIS EM AUTO-
RELATO DE AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Experimental.

BANCA EXAMINADORA:

Dissertação defendida e aprovada em ____/____/____

Aos meus pais, João e Maria José, que com carinho e simplicidade me apoiaram nos momentos de desamparo e me ensinaram o significado da gratidão e da felicidade.

AGRADECIMENTOS

À **Emma**, minha querida orientadora, por me ensinar o que significa fazer ciência, por ser a maior incentivadora desta dissertação, e pela amizade e carinho que demonstrou ter por mim nos anos de convivência.

Aos anônimos **487 Participantes** desta pesquisa, que forneceram informações para que esta dissertação pudesse existir.

Ao **Paulo Sérgio Boggio**, por criar condições para que parte desta pesquisa pudesse ser realizada no contexto hospitalar, e pela amizade desenvolvida ao longo do mestrado.

Aos colegas **Márcia Melhado, Marina Rocha, Leandro Nascimento e Gabriela da Silva**, pela colaboração na coleta do material para a pesquisa.

À Professora **Vera Silvia Raad Bussab** e à Professora **Renata Plaza Teixeira** por suas leituras e valiosas sugestões feitas ao projeto de qualificação.

À Professora **Patrícia Izar** e à Doutora **Yumi Gosso** pela disponibilidade em participar como suplentes da banca de qualificação e de defesa da dissertação.

Ao **Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo**, pela oportunidade de realização do curso de mestrado.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo**, pela concessão da bolsa de iniciação científica e mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

A **Todos do Serviço de Eletroconvulsoterapia do IPq/FMUSP**, pela amizade, convívio e trabalho dedicado à realização de parte desta pesquisa.

Ao **Giuliano Mega**, pelo carinho, apoio e companhia em momentos difíceis.

Aos meus tios **Moíses dos Santos Carneiro** e **Maria da Conceição Teixeira**, por me apoiarem de forma carinhosa em tudo que faço e pela prontidão em me ajudar em momentos importantes.

À minha única irmã, **Beatriz Teixeira Fiquer**, pela amizade e incentivos.

Ao meu pai, **João Roberto Fiquer**, que mesmo diante de muitas dificuldades, confiou em mim e investiu nos meus estudos.

À minha mãe, **Maria José Teixeira Fiquer**, pela força, pelo colo, pelo amor incondicional, e pelo ensinamento de que os sonhos que trazemos dentro de nós são sempre dignos e possíveis de serem realizados.

***"Felicidade é ter algo o que
fazer, ter algo que amar e
algo que esperar."***

Aristóteles

RESUMO

FIQUER, J. T. **Bem - Estar Subjetivo: Influência de Variáveis Pessoais e Situacionais em Auto-Relato de Afetos Positivos e Negativos**. 2006. 145 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

O objetivo do Estudo 1 foi comparar auto-relatos de afetos positivos e negativos de homens e mulheres de diferentes grupos etários (jovens, adultos, meia-idade e idosos), habitantes de quatro cidades brasileiras. Aplicou-se a Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) a uma amostra composta por habitantes de São Paulo/capital (N = 84), de Socorro-SP (N = 85), de João Pessoa-PB (N = 80) e de Salvador-BA (N = 82). Os resultados foram analisados através de ANOVA. Encontrou-se efeito principal significativo de cidade e idade para afetos positivos e negativos. Habitantes de São Paulo apresentaram escores mais baixos de afetos positivos em comparação com habitantes das demais cidades e escores mais elevados de afetos negativos em comparação com habitantes de Socorro. Os idosos apresentaram escores mais elevados de afetos positivos e mais baixos de afetos negativos que os adultos e os jovens. Finalmente, foi encontrado efeito de interação sexo x idade. Mulheres adultas relataram mais afetos negativos que homens adultos, enquanto na velhice as mulheres ultrapassaram os homens quanto aos escores de afetos positivos. Os resultados obtidos estão de acordo com as previsões feitas pela teoria da seletividade socioemocional, segundo a qual o bem-estar aumenta com a idade em função de uma melhor regulação de emoções. A presente pesquisa mostra que relatos de afetos positivos e negativos podem ser modulados por gênero em faixas etárias específicas. O conflito maternidade x emprego é um grande fator de estresse e pode contribuir para os resultados obtidos. O objetivo do Estudo 2 foi verificar até que ponto o padrão de resultados de Desejabilidade Social (DS) replicaria o padrão de resultados obtido para a PANAS através da aplicação da Escala de Desejabilidade Social de Crowne e Marlowe (1960) a uma amostra de participantes (N = 115) com distribuição por sexo e idade semelhante a do primeiro estudo. Foi encontrado efeito principal significativo de idade, com os idosos apresentando escores mais elevados de DS que pessoas mais jovens, mas não foi encontrada diferença significativa de gênero para os escores de DS. Estes dados indicam que os resultados do Estudo 1 não podem ser inteiramente atribuídos à influência de DS. O objetivo do Estudo 3 foi comparar auto-relatos de Afetos Positivos e Negativos de pacientes deprimidos e de pessoas sem depressão. A amostra clínica foi constituída por homens e mulheres de meia-idade (14 homens e 27 mulheres), diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior, provenientes do Instituto de Psiquiatria de um hospital público. A amostra não clínica foi a mesma utilizada no Estudo 1, constituída por homens e mulheres também de meia-idade, habitantes da cidade de São Paulo. O grupo com depressão apresentou escores de afetos negativos mais altos e de afetos positivos mais baixos em comparação com o grupo controle. Concluímos que a PANAS é um instrumento sensível para a diferenciação de estados de ânimo patológicos e não patológicos.

Palavras-chave: Felicidade. Desenvolvimento Humano. Ambientes Urbanos. Diferenças Sexuais (Humano). Aprovação Social. Depressão.

ABSTRACT

FIQUER, J. T. **Subjective Well-being: The influence of personal and environmental factors in reports of positive and negative affects.** 2006. 145 f. Thesis (Master) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

The objective of Study 1 is the comparison of reports of positive and negative affects presented by men and women belonging different age groups (young, adult, middle-aged and elderly) and different locations. People from four Brazilian cities were subjected to a questionnaire – the Positive and Negative Affect Scale (PANAS) – and the results were analyzed through ANOVA. The resulting sample is composed of a mixture of questionnaires answered by 84 people from São Paulo-SP, 80 people from João Pessoa-PB, 85 people from Socorro-SP, and 82 people from Salvador-BA. We have found city and age to be of high relevance to both positive and negative affect levels. The inhabitants of São Paulo scored lower with respect to positive affects than the inhabitants of the other three cities. The inhabitants of São Paulo also scored higher in negative affects than the inhabitants of Socorro. Elderly people scored higher in positive affects and lower in negative affects than both adults and young people. Lastly, we found an interaction between sex and age. Adult women reported larger quantities of negative affects than men of the same age. Elderly women, on the other hand, scored higher with respect to positive affects than men at that same age. The observed results are in accordance with what is predicted by the socioemotional selectivity theory, which dictates that well-being increases with age due to changes that favor emotional stability. Our research shows that the effects of gender on positive and relative affect reports are also related to age. The maternity vs. job conflict represents an important source of stress that may have contributed to these results. The objective of Study 2 is to check whether Social Desirability (SD) can replicate the patterns of results that we obtained for PANAS in Study 1. To that extent, we applied the Social Desirability Scale of Crowne and Marlowe (1960) to a randomly selected sample of 115 individuals with sex and age distributions that resembled the distributions of our first study. We found evidence that SD scores were related to age, with elderly people reporting higher scores of SD than younger people. However, we found no statistically relevant evidence that gender could influence SD scores. This data points toward the fact that the results we observed in Study 1 cannot be completely explained by SD influence. The objective of Study 3 is to compare reports of positive and negative affects in depressive and non-depressive individuals. The clinical sample is composed of middle-aged men and women (14 men and 27 women) who had been previously diagnosed with Major Depression. The non-clinical sample was the same we used in Study 1, which is also composed of middle-aged men and women who reside in the city of São Paulo. Individuals belonging to the depression group scored higher and lower with respect to negative and positive affects, respectively, than the individuals belonging to the non-depressive group. We were able to establish that PANAS is indeed an adequate instrument for distinguishing between depressive and non-depressive emotional states.

Keywords: Happiness. Adult Development. Urban Environments. Human Sex Differences. Social Approval. Major Depression.

SUMÁRIO

I) CAPÍTULO 1.....	01
1. INTRODUÇÃO GERAL: Fundamentação teórica do Estudo da Felicidade e do Bem-estar.....	01
1.1 Considerações Gerais.....	02
1.2 Teorias filosóficas sobre a felicidade	03
1.3 Teorias psicológicas sobre a felicidade	08
1.4 O conceito de Bem-Estar Subjetivo.....	11
 II) CAPÍTULO 2.....	 18
ESTUDO 1	
1. INTRODUÇÃO: Influência de idade, gênero e ambiente sobre relatos de estados de ânimo.....	18
1.1 Idade e bem-estar.....	18
1.2 Gênero e bem-estar.....	23
1.3 Ambiente e bem-estar.....	27
2. OBJETIVO.....	34
2.1 Hipóteses.....	34
2.2 Relevância Prática do Estudo.....	35
3. MÉTODO.....	36
3.1 Participantes.....	36
3.2 Material.....	38
3.3 Procedimento.....	39
4. CARACTERIZAÇÃO DAS CIDADES.....	41
4.1 São Paulo – SP.....	41
4.2 Socorro – SP.....	45
4.3 João Pessoa – PB.....	47
4.4 Salvador – BA.....	50
4.5 Síntese.....	52
5. RESULTADOS.....	54
5.1 Afetos Positivos.....	54
5.2 Afetos Negativos.....	57
5.3 Satisfação com a Vida.....	61

5.4 Satisfação com a Cidade.....	63
6. DISCUSSÃO.....	66
III) CAPÍTULO 3.....	80
ESTUDO 2	
1. INTRODUÇÃO: Desejabilidade Social como variável correlata de auto-relatos de afetos.....	80
2. OBJETIVO.....	84
2.1 Hipóteses.....	84
2.2 Relevância Prática do Estudo.....	84
3. MÉTODO.....	86
3.1 Participantes.....	86
3.2 Material	86
3.3 Procedimento.....	87
4. RESULTADOS.....	88
4.1 Desejabilidade Social.....	88
4.2 Afetos Positivos e Negativos.....	89
5. DISCUSSÃO.....	91
IV) CAPÍTULO 4.....	95
ESTUDO 3	
1. INTRODUÇÃO: Influência de Humor Depressivo em Relatos de Estado de Ânimo.....	95
2.OBJETIVO.....	102
2.1 Hipótese.....	102
2.2 Relevância Prática do Estudo.....	102
3. MÉTODO.....	103
3.1 Participantes	103
3.2 Material	103
3.3 Procedimento.....	104
4. RESULTADOS	105
4.1 Afetos Positivos.....	105

4.2 Afetos Negativos.....	106
4.3 Índice de Equilíbrio de Afeto.....	107
4.4 Satisfação com a Vida.....	108
5. DISCUSSÃO.....	111
<u>V) EM CONCLUSÃO.....</u>	114
<u>VI) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u>	117
<u>VII) ANEXOS.....</u>	135

I) CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO GERAL: Fundamentação teórica do Estudo da Felicidade e do Bem-estar

“Penetrar bem profundo em toda a vida humana. Embora todos a vivam, não muitos a conhecem.”

Goethe

A idéia da presente pesquisa foi sugerida por um número temático do *American Psychologist*, de janeiro de 2000, dedicado à felicidade e ao funcionamento humano ótimo. Um resultado recorrentemente apresentado em vários artigos deste número é a influência favorável de estados emocionais positivos sobre a saúde das pessoas, o que pode se dar através de diferentes mecanismos, tais como: efeito direto sobre a fisiologia, especialmente o sistema imunológico, recursos psicológicos engendrados por estados emocionais positivos, motivação de comportamentos relevantes para a saúde. O objetivo da dissertação foi investigar relatos de estados de ânimo positivos e negativos em relação à idade, ao gênero e ao tipo de cidade em que a pessoa vive. Observações complementares foram feitas sobre a possível influência de desejabilidade social e de humor deprimido sobre os relatos de estado de ânimo. No Estudo 1, uma amostra de habitantes das cidades de São Paulo, Socorro, João Pessoa e Salvador, distribuídos igualmente por sexo e idade (jovens, adultos, meia- idade e idosos) responderam a uma versão adaptada da escala de afetos PANAS (Positive Affect Negative Affect Scale). No Estudo 2, uma amostra de habitantes da cidade de Socorro (distribuídos de maneira equivalente ao Estudo 1 quanto a sexo e idade) respondeu a uma escala de Desejabilidade Social (Escala de Desejabilidade Social de Marlowe & Crowne, 1960). No Estudo 3, uma

amostra de pacientes com diagnóstico psiquiátrico de depressão leve/moderada proveniente do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IpQ/HC-FMUSP) respondeu a mesma versão adaptada da escala de afetos PANAS utilizada no Estudo 1.

1.1 Considerações Gerais

Na filosofia, na literatura e nas artes em geral, há uma longa tradição de conceber a vida como uma tragédia. Sófocles, em *Oedipus at Colonus*, disse: “*Not to be born is, past all prizing, best*”.¹ Machado de Assis, em *Memórias póstumas de Brás Cubas*, escreveu “*Não tive filhos, não transmiti a nenhuma criatura o legado da nossa miséria*”. Woody Allen classificou a vida em dois tipos: aquela que é horrível e aquela que é apenas infeliz. Segundo o matemático e filósofo inglês Bertrand Russell (1872-1970), a maioria das pessoas é infeliz.

A Psicologia durante muito tempo também deu mais ênfase a questões relacionadas à doença do que à saúde (DIENER, 1984; MYERS, 2000). O bem-estar foi em larga medida ignorado, enquanto a infelicidade foi explorada em profundidade. Uma busca eletrônica no *Psychological Abstracts* revelou desde 1887 um total de 8.072 artigos sobre raiva e 70.856 sobre depressão, enquanto apenas 851 sumários mencionavam alegria, 2.958 felicidade e 5.701 satisfação com a vida. Todavia, uma mudança de ênfase pode ser identificada na trajetória profissional de alguns psicólogos, como é o caso de Martin Seligman, que na década de 70 publicou *Helplessness: On depression, development, and death* e na década de 90 publicou *Learned optimism: how to change your mind and your life*.

Pesquisas recentes têm mostrado que as pessoas têm uma visão muito mais otimista da vida do que supunham os filósofos, escritores e artistas. Solicitados a escolher a face que melhor

¹ “Não nascer é melhor, apesar de todos os prazeres.”

expressava seu sentimento em relação à vida, nove em 10 habitantes de Detroit escolheram faces que expressavam alegria (MYERS; DIENER, 1995; MYERS, 2000). Em outra pesquisa (BLACK; MCCAFFERTY, 1998), quando solicitados a indicar a pessoa que consideravam mais feliz, os participantes responderam: Oprah Winfrey (23%), Bill Gates (7%), o Papa (12%), Chelsea Clinton (3%), si mesmo (49%) e não sei (6%).

1.2 Teorias filosóficas sobre a felicidade

O termo “Felicidade” é proveniente do latim ‘felicitas’, que vem de ‘Felix’: algo ditoso, afortunado, feliz. Num sentido amplo é a ausência de todo o mal e a vivência plena do bem. Em geral, um estado de satisfação devido à própria situação no mundo (ABBAGNANO, 1970). A felicidade foi muitas vezes vinculada ao espírito religioso, ao estar com Deus – como no conceito de Nirvana, da religião hindu – à tranquilidade interior (STINGEL, 2003).

No budismo, a felicidade é associada à paz de espírito resultante da prática de uma vida ética, virtuosa (CLARK et al., 2006). Segundo Dalai Lama (2000), muitos dos problemas da vida moderna – como crimes, relações abusivas, suicídio, guerras - são problemas essencialmente éticos, uma consequência da realização de desejos egoístas e do descaso e desrespeito em relação ao próximo. A disciplina ética, que envolve o cultivo de virtudes como o amor, a compaixão, a paciência e a tolerância seria o meio pelo qual os atos humanos (pensamentos, ações, desejos) estariam voltados ao bem-estar comum, minimizando fontes de sofrimento, maximizando paz/harmonia e resultando em felicidade.

No Velho Testamento a felicidade centra-se na aquisição dos bens mais elementares como comer, beber e viver em família, que são bens obtidos através do temor a Deus², que leva os

² Exemplos da relação entre o temor a Deus e a aquisição de elementos que oferecem felicidade estão no Livro dos Salmos, capítulos 36 e 111, e no Livro de Eclesiástico, capítulo 1, versículos 11 à 40.

homens a praticar atos justos. Já no Novo Testamento, a felicidade está nas bem-aventuranças prometidas por Jesus³. Ainda no âmbito religioso, Santo Agostinho (354-430) descreveu a felicidade tendo por fim a sabedoria, a aproximação da verdade absoluta, ou seja, de Deus. Em sua visão, vinculou o cristianismo à tradição filosófica grega (valendo-se das idéias de Platão e Plotino) afirmando que a única razão do homem para filosofar era a de atingir a felicidade. Ainda que as verdades da fé não sejam demonstráveis, considerava benéfico o uso da razão para demonstrar o acerto de se crer nelas, já que sustentava ser necessário compreender para crer e crer para compreender (PESSANHA, 2002). Tomás de Aquino (1225 - 1274), na Suma Teológica, utilizou a palavra "beatitude" como equivalente à "felicidade" e a definiu como "um bem perfeito de natureza intelectual".

No campo da filosofia, um dos primeiros pensadores a se interessar pela investigação do que seria a felicidade foi o filósofo Demócrito de Abdera (460 - 370 a.C.). Sugeriu que uma vida feliz seria uma vida agradável, não em função das coisas que uma pessoa possui, mas sim pela maneira como as pessoas felizes reagem às circunstâncias presentes em suas vidas (TATARKIEWICZ, 1976). Ou seja, a felicidade seria uma propriedade da alma humana que se refletiria na maneira positiva das pessoas reagirem a eventos cotidianos, não sendo, portanto, algo a ser procurado em bens exteriores. Na Teoria do Comportamento que formulou, Demócrito também destacou a importância dos princípios de prazer e dor como determinantes da felicidade. A maneira positiva dos indivíduos reagirem diante de distintas situações seria aquela voltada ao prazer e à minimização do desprazer, conduta esta possível através das capacidades de discernimento e de julgamento do valor dos diferentes tipos e graus de prazeres e desprazeres (PADOVANI; CASTAGNOLA, 1974). Demócrito enfatiza que o prazer e a dor poderiam ser mensurados, e portanto julgados, através de movimentos

³ Exemplos das bem-aventuranças prometidas por Jesus estão no Evangelho Segundo São Lucas, capítulo 4, versículos 14 à 21, e no Evangelho Segundo São João, capítulo 14.

mecânicos ou de posições de equilíbrio da psique, que permitiriam ao homem agir de forma equilibrada e prazerosa em todas situações de decisão.

Sócrates (470 - 399 a.C.), filósofo contemporâneo de Demócrito, definiu como a chave para a felicidade o “conhecer-se a si mesmo”, salientou a introspecção como o meio que leva o homem a tomar consciência de sua própria ignorância e a aprender a bem pensar para bem viver (BICKHOUSE; SMITH, 1987). O bem viver está relacionado à prática da virtude, que é adquirida com a sabedoria. Desta forma, só se é feliz quando se é moralmente bom. Para Sócrates a filosofia seria o caminho a ser utilizado pelas pessoas para adquirirem maior sabedoria, e, por conseguinte, a verdadeira felicidade (PADOVANI; CASTAGNOLA, 1974).

Platão (428-347 a.C.), discípulo de Sócrates, relacionou a felicidade à ação moral. Em suas reflexões ético-políticas presentes na “*República*”, definiu que a verdadeira felicidade residia na forma de existência consagrada ao conhecimento do Bem. O Bem representaria o verdadeiro ideal humano de viver da maneira mais semelhante a Deus (SANTOS, 2001). Platão referia-se à felicidade utilizando preferencialmente a palavra grega “*makaría*”, que significa virtuoso. Evidenciava que a felicidade não era algo que dependia apenas de atos concretos humanos, mas também de um envolvimento com um plano mais profundo: o plano das Idéias imutáveis e eternas, também conhecido como o “mundo inteligível”. O mundo inteligível seria alcançável através do afastamento da materialidade do mundo, e da aproximação dos domínios dos sentidos, da inteligência, da arte e das virtudes humanas (LOBO, 1979).

Aristóteles (384-322 a.C.) concluiu que mais do que qualquer outra coisa, homens e mulheres buscam a felicidade. Ela é procurada por si mesma, enquanto todas as outras metas – como a

saúde, a beleza, o dinheiro, o poder – são valorizadas somente porque se espera que tragam a sensação de felicidade. Em “*Ética a Nicômaco*”, Aristóteles enfatiza que a vida boa reside na virtude e na busca de um bem supremo, e que a felicidade é “a atividade virtuosa”, algo a ser exercitado, e não possuído como uma disposição. Diferenciou três tipos de felicidade: uma de um nível inferior que remete à simples idéia de que o prazer traz felicidade; uma de um nível intermediário em que a felicidade está relacionada com o sentimento de ser bem-sucedido; e uma de um nível mais elevado que remete à felicidade produzida por uma vida contemplativa. Aristóteles, diferentemente de Platão, empregava a palavra grega “*eudaimonia*” para referir-se à felicidade, enfatizando o sentido de se ter um bem, sorte e prosperidade. A *eudaimonia* teria um caráter permanente, denotando um sucesso geral na vida (MARÍAS, 1989).

A procura de uma felicidade compatível com as condições humanas, através do conhecimento da Natureza, deu origem em fins do século IV a.C. a uma escola filosófica denominada Epicurismo. Epicuro (341-270 a.C.) identificou a felicidade com tipos específicos de prazer. A felicidade estaria em prazeres que duram, em princípio, a vida inteira; tranquilos; que indicam primordialmente a ausência de dor. Por outro lado, os prazeres momentâneos, fugazes, não lhe pareciam muito valiosos. Considerava que prazeres intensos, demasiadamente vivos e violentos, não são duradouros, e com frequência terminam mal, deixando um rastro de melancolia e dor (MARÍAS, 1989). O sofrimento deveria ser evitado ao máximo, exceto nos casos em que acarretasse um futuro prazer bem maior, ou seja, deveria ser aceito com coragem todo sofrimento do qual resultasse um prazer maior ou um alívio compensador. Ao mesmo tempo, todos prazeres dos quais decorressem sofrimentos ou aborrecimentos maiores deveriam ser evitados (LOBO, 1979).

No século XIX, surge o movimento filosófico intitulado Utilitarismo, que associa a felicidade à busca de prazer e evitação de dor. Destaca-se neste movimento o filósofo inglês Jeremy Bentham (1748-1832)⁴, estabelecendo um cálculo para a felicidade, um sistema destinado a confrontar os prós e contras das eventuais ações humanas, em vista da melhor resultante possível delas. Achava que os homens deveriam promover, na medida do possível, situações em que a quantidade ou intensidade do prazer superasse a do sofrimento, proposta bastante semelhante à feita por Epicuro há mais de dois mil anos. Para Bentham, os homens eram propensos ao egoísmo, por isso, para obrigar cada qual a lutar pela própria felicidade, sem lesar os outros, afirmava a necessidade de sanções estruturadas com inteligência, dentro de um sistema penal cuidadosamente elaborado e aplicado (LOBO, 1979).

Arthur Schopenhauer (1788-1860), também durante o século XIX, apresenta uma concepção bastante pessimista sobre a felicidade humana. Partilha da visão de que o mundo não é regido por um conjunto perfeitamente coerente de leis racionais, mas por uma vontade irracional e natural, sem qualquer origem divina ou antropomórfica (PADOVANI; CASTAGNOLA, 1974). Desta forma, o homem, assim como as demais coisas do mundo, seria apenas a objetivação de tal vontade irracional, também denominada de “vontade universal”, que não tem consciência e nem meta. Para o filósofo, a vontade universal provoca nos homens necessidades, desejos conscientes, que nunca atingem plenamente seus propósitos. Os desejos e necessidades humanos têm apenas dois caminhos: ou são alvo de uma satisfação temporária e parcial que visa apenas o alívio, ou não são satisfeitos e trazem sofrimento, o que sentencia a impossibilidade da verdadeira felicidade humana (LOBO, 1979).

⁴ J. Bentham citou: “Nature has placed mankind (...) under the control of two sovereign masters, pain and pleasure. It is for them alone to point out what (...) we shall do.” (Sir. Leslie Stephen, 1950, p. 237). (“A natureza colocou a humanidade (...) sob o controle de dois mestres supremos, a dor e o prazer. É apenas deles o papel de nos mostrar o que (...) devemos fazer”).

A felicidade também foi associada mais intensamente à prosperidade econômica e a qualidades do Estado por alguns pensadores. Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895), por exemplo, defendiam que uma sociedade voltada aos interesses coletivos, à justiça, igualdade e prosperidade é que asseguraria a satisfação de necessidades e bem-estar aos indivíduos. Julgavam que a felicidade e/ou o bem-estar do ser humano estariam presos aos proventos materiais advindos do trabalho, visto que a posse de bens daria mais conforto à vida humana.

1.3 Teorias psicológicas sobre a felicidade

Wilson (1967), numa tentativa de integração das diferentes concepções de felicidade, classificou as teorias psicológicas sobre felicidade em: télicas, prazer e dor, de atividade, teorias de “cima para baixo” (*up-down*) e de “baixo para cima” (*down-up*), associacionistas e de julgamento.

Segundo as teorias télicas, a satisfação de necessidades causa felicidade e a insatisfação persistente destas causa infelicidade. As necessidades seriam universais para alguns autores (MASLOW, 1970) e diferentes entre os indivíduos para outros (MURRAY, 1938; SCHULTZ; SCHULTZ, 2001). Em suas pesquisas, Diener (1984) encontrou algum apoio para a idéia de que as pessoas vivenciam felicidade quando necessidades particulares são satisfeitas.

Segundo as teorias de prazer e dor, eles estão intimamente relacionados (TATARKIEWICZ, 1976). Um indivíduo só tem objetivos ou necessidades na medida em que algo falta em sua vida. Assim, um estado de carência ou privação é um precursor da felicidade e quanto maior é a carência, maior é a alegria ao se atingir o objetivo.

Enquanto as teorias télicas associam a felicidade a certos estados terminais, as teorias de atividade consideram que a felicidade é um subproduto da atividade humana. De acordo com Scitovsky (1976), o importante é o movimento em direção a objetivos e a luta para atingi-los, mais do que a real obtenção dos objetivos buscados. Um tema freqüente nas teorias de atividade é a redução de felicidade associada a uma atitude auto-centrada (CSIKSZENTMIHALYI; FIGURSKI, 1982) e está de acordo com a idéia popular de que concentrar-se em obter felicidade pode ter efeito contrário ao desejado. Segundo essa abordagem, deveríamos nos concentrar em atividades importantes e a felicidade decorreria como um subproduto não pretendido. A formulação mais explícita da relação entre atividade e bem-estar é a teoria do fluxo (CSIKSZENTMIHALYI, 1975): as atividades são prazerosas quando o desafio está ajustado ao nível de habilidade da pessoa. Se a atividade é fácil demais ocorre tédio. Por outro lado, se é difícil demais resulta em ansiedade. Uma experiência prazerosa de fluxo resultará quando uma pessoa está envolvida numa atividade que demanda concentração, em que suas habilidades e o desafio da tarefa são aproximadamente correspondentes.

Teorias de “cima para baixo” (*top-down*) (DIENER, 1984) podem ser diferenciadas de teorias de “baixo para cima” (*bottom-up*) (HEADY; VEENHOVEN; WEARING, 1991; DIENER, 1984). Para as últimas, a felicidade é simplesmente a soma de muitos pequenos prazeres. Por outro lado, para as teorias de “cima para baixo”, existe uma tendência geral para vivenciar as coisas de forma positiva e essa tendência influencia as interações momentâneas do indivíduo com o mundo, ou seja, uma pessoa experimenta prazeres porque é alegre e não vice-versa. Nessa visão, a causação ocorre de elementos de ordem superior para níveis inferiores ou mais elementares (DIENER, 1984). Por exemplo, segundo Demócrito, como destacado

anteriormente, uma vida feliz não depende de fortuna ou de contingências externas, mas também e, em maior grau, da maneira de pensar de um homem. O importante não é o que um homem tem, mas como ele reage àquilo que possui (TATARKIEWICZ, 1976, p.29).

As teorias associacionistas são baseadas em memória, condicionamento ou princípios cognitivos. A abordagem cognitiva está relacionada com redes associativas na memória. Bower (1981) mostrou que as pessoas lembram de acontecimentos que são afetivamente congruentes com seu estado emocional atual. A pesquisa sobre redes de memória sugere que as pessoas poderiam desenvolver uma rica rede de associações positivas e uma rede mais limitada e isolada de associações negativas. Nessas pessoas, mais eventos ou idéias disparariam idéias e afetos alegres. Assim, uma pessoa que tem uma rede positiva bem desenvolvida estaria predisposta a reagir a um maior número de eventos de forma positiva.

Condicionamento e redes de memória podem funcionar sem intervenção consciente explícita. No entanto, há algumas evidências de que uma pessoa pode dirigir conscientemente as suas associações afetivas. Fordyce (1977) mostrou que uma tentativa consciente para reduzir pensamentos negativos pode aumentar a felicidade.

Segundo as teorias de julgamento a felicidade resulta de uma comparação entre algum padrão e as condições atuais. Se as condições atuais excederem o padrão, resultará felicidade. Segundo a teoria da comparação social, outras pessoas são usadas como padrão. Se uma pessoa estiver melhor que outras, estará satisfeita ou feliz (CARP; CARP, 1982). Na teoria de adaptação (BRICKMAN; COATES; JANOFF-BULMAN, 1978) a vida passada de uma pessoa é usada para estabelecer o padrão. Se a vida atual exceder esse padrão, a pessoa provavelmente estará feliz. Quando ocorrem pela primeira vez, os eventos podem produzir

felicidade ou infelicidade dependendo de serem bons ou maus. No entanto, com o tempo, eles perdem seu poder de evocar afeto.

1.4 O conceito de Bem-Estar Subjetivo

Segundo Wilson (1967) pouco progresso teórico foi feito na compreensão da felicidade e de seus determinantes desde os gregos antigos. Csikszentmihalyi (1992) concorda com Wilson e contrapõe este pequeno avanço com o enorme progresso teórico feito pela humanidade no domínio da compreensão do mundo físico, das estrelas e dos átomos. Comparativamente, é singelo o desenvolvimento do campo de estudo das emoções positivas e da felicidade.

Após a Segunda Guerra Mundial o conceito de felicidade e/ou bem-estar passou a servir como objeto de estudos quantitativos sistemáticos (CAMPBELL, 1976). O Pós-Guerra revelou que algumas pessoas bem-sucedidas e auto-confiantes tornaram-se incapazes e desanimadas – uma vez que a guerra removera todos os seus suportes sociais –, enquanto outras pessoas mantiveram sua integridade e capacidade de lidar com o caos circundante (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000). Diante de tal discrepância, o interesse por pesquisas voltadas à investigação de recursos/fatores que fossem responsáveis pelo bem-estar e pela qualidade de vida aumentou, tanto na Europa como nos Estados Unidos.

Os estudos empíricos do bem-estar humano que se relacionam à elucidação dos elementos presentes no processo de constituição de uma boa vida foram desenvolvidos a partir de duas perspectivas filosóficas distintas (RYAN; DECI, 2001). A primeira perspectiva, chamada de hedonismo, iguala o bem-estar à sensação de prazer ou de felicidade (KAHNEMAN et al., 1999). Concebe que o bem-estar/felicidade de uma pessoa compreende as mais diversas experiências de prazer e desprazer (ex. prazer corporal, prazer emocional, desprazer corporal,

desprazer emocional) além de julgamentos subjetivos a respeito de bons e maus elementos da vida (KUBOVY, 1999; RYAN; DECI, 2001). Ainda que existam muitas maneiras de se avaliar o prazer/dor num contínuo da experiência humana, a maioria dos psicólogos hedonistas tem utilizado o construto de Bem-Estar Subjetivo (Subjective Well-Being (SWB)) para avaliação de felicidade e bem-estar geral (DIENER; LUCAS, 1999).

A segunda perspectiva, denominada eudaimonismo, concebe que o bem-estar é mais do que a felicidade em si (WATERMAN, 1993), é algo que envolve a atualização de potenciais humanos. Segundo esta concepção, nem toda a realização de desejo resulta em bem-estar, visto que mesmo que haja a produção de prazer, muitas conseqüências podem não ser benéficas para as pessoas e, portanto, não promovem bem-estar. Para os eudaimonistas, o bem-estar ocorre quando as atitudes e atividades da vida das pessoas estão em congruência com valores morais (WATERMAN, 1993). Aristóteles, por exemplo, considerava que a felicidade hedonista é um ideal vulgar, que concebe os homens como miseráveis seguidores de desejos. Em concordância com o ponto de vista aristotélico, Ryff e Singer (1998, 2000) recentemente descreveram o bem-estar como “a luta pela perfeição que representa a realização de um verdadeiro potencial humano” (RYFF, 1995, p.100). Fromm (1981) argumentou que o viver bem requer discernimento entre: as necessidades (desejos) que são importantes apenas subjetivamente - cuja satisfação apenas oferece um prazer momentâneo -, daquelas necessidades que são próprias da natureza humana - cuja realização conduz ao crescimento humano e à produção da eudaimonia, ou bem-estar.

As evidências mais recentes denotam que o bem-estar é provavelmente melhor conceituado como um fenômeno multidimensional que inclui aspectos tanto da concepção hedonista como da eudaimonista (RYAN; DECI, 2001). Compton e colaboradores (1996), por exemplo,

investigaram a relação entre 18 indicadores de bem-estar e saúde mental, identificando dois fatores como relevantes: um que refletia o conceito hedonista de Bem-Estar Subjetivo, e o outro – crescimento humano – mais próximo da definição eudaimonista de bem-estar.

Neste contexto, parte dos pesquisadores tem realizado estudos considerando a contribuição prática e teórica de ambas perspectivas. Diener, Scollon e Lucas (2003), por exemplo, fazem uso do construto de Bem-Estar Subjetivo (BES), levando em conta as limitações da visão hedonista, principalmente aquelas que dizem respeito ao fato de que 1) as pessoas, de maneira geral, não têm como finalidade única uma vida com prazeres imutáveis e constantes, sem qualquer tipo de qualificação moral; 2) as pessoas precisam ter seus sentimentos de felicidade justificados e; 3) às vezes as pessoas podem sacrificar situações de momentâneo prazer por outras que valorizam mais⁵.

Bem-Estar Subjetivo, em linhas gerais, é o termo psicológico amplamente empregado na literatura como sinônimo de felicidade. Entretanto, alguns autores recomendam sua utilização no lugar do termo felicidade, pela diversidade de conotações associadas a este último (EDDINGTON; SHUMAN, 2005), e pelo fato do BES salientar a avaliação feita pelo próprio indivíduo sobre sua vida, e não uma avaliação feita por especialistas (DIENER; SCOLLON; LUCAS, 2003).

O BES compreende avaliações cognitivas das pessoas a respeito de suas vidas (que incluem julgamentos relacionados à satisfação com a vida) e avaliações afetivas (relacionadas ao humor e às emoções), como sentimentos positivos e negativos (DIENER, 1984). Pessoas

⁵ Kim-Prieto (2002), em estudo feito com estudantes asiáticos residentes na Ásia e nos EUA, demonstrou a tendência dos participantes de optarem por tarefas/atividades que contavam com a aprovação dos pais, ou que estavam relacionadas à sensação de auto-realização futura, ao invés de optarem por atividades que eram descritas como engraçadas e pessoalmente mais agradáveis.

relatam Bem-Estar Subjetivo elevado quando estão satisfeitas com suas condições de vida, sentem freqüentemente emoções positivas e experimentam pouco freqüentemente emoções negativas. Ao contrário, pessoas que relatam Bem-Estar Subjetivo baixo se apresentam insatisfeitas com a vida, experimentam pouca alegria e freqüentemente tem emoções desagradáveis, como tristeza ou raiva (DIENER et al., 1997).

O BES é composto por vários componentes, que incluem: satisfação global com a vida; contentamento com domínios específicos da vida; presença freqüente de afetos positivos (emoções e humor agradáveis) e relativa ausência de afetos negativos (emoções e humor desagradáveis). Dentre os afetos positivos pode-se discriminar elação, contentamento, afeição, orgulho, alegria e êxtase e, dentre os negativos, culpa, vergonha, tristeza, ansiedade, irritação, temor, estresse, depressão e inveja. A satisfação com a vida pode se referir à satisfação com a vida atual, satisfação com o passado e com o futuro. Os domínios da satisfação são compostos por trabalho, família, lazer, saúde, finanças, o próprio self e o grupo social no qual o indivíduo está inserido (EDDINGTON; SHUMAN, 2005).

Justifica-se o estudo do BES pelo fato dele: a) ter se mostrado um bom indicador de benefícios relacionados à saúde, e talvez até de longevidade (DANNER et al., 2001); b) consistir numa medida de avaliação da qualidade de vida da população em diferentes sociedades, quando considerado em conjunto com indicadores socioeconômicos (DIENER; SCOLLON; LUCAS, 2003); c) ser um construto que apresenta relativa estabilidade em diferentes situações (DIENER; LARSEN, 1984; DIENER; LUCAS, 2000) e ao longo da vida (COSTA; MCCRAE, 1988; MAGNUS; DIENER, 1991), mesmo diante de mudanças momentâneas de pensamento, planos, assim como outros fatores transitórios que podem afetar o julgamento da satisfação com a vida de um indivíduo (SCHWARZ; STRACK, 1991).

Magnus e Diener (1991) verificaram que escores de satisfação com a vida apresentavam coeficientes de estabilidade de 0,58 num período superior a quatro anos. Mesmo quando métodos diferentes eram utilizados para avaliar satisfação com a vida (ex. auto-relatos ou relatos de informantes) a estabilidade foi alta ($r = 0,52$). Da mesma forma, pesquisas revelaram a estabilidade ao longo do tempo de escores de afetos positivos e negativos. Watson e Walker (1996) encontraram, em estudo feito com uma amostra de estudantes, coeficientes de estabilidade entre 0,36 e 0,46 para ambos os tipos de afetos (positivos e negativos) durante um período de seis a sete anos. Numa amostra adulta, o coeficiente de estabilidade encontrado foi de 0,50 para um período de seis anos (COSTA; MCCRAE, 1988). Para alguns autores, a estabilidade do BES estaria associada ao fato do construto ser influenciado por fatores estáveis da personalidade, que, portanto, não se alteram facilmente diante de diferentes circunstâncias e ao longo do tempo (EDDINGTON; SHUMAN, 2005; DIENER; LUCAS, 2000; DIENER, SCOLLON; LUCAS, 2003).

Os afetos positivos e negativos – considerados por alguns autores as bases para o julgamento de BES (FRIDJA, 1999; KAHNEMAN, 1999) – são componentes avaliados em separado, dada a possibilidade de independência entre eles, sugerida por Bradburn desde 1969. Através de demonstrações em que emoções positivas e negativas separavam fatores que eram influenciados por variáveis distintas, Bradburn considerou a felicidade como um equilíbrio entre ambos os tipos de afetos (RYFF; KEYES, 1995). A possibilidade de independência entre afetos sugere que a felicidade não seria unidimensional, e que afetos positivos e negativos necessitam ser mensurados separadamente, visto que não constituem polaridades extremas de um contínuo único de afetividade/emoções (DIENER; SCOLLON; LUCAS, 2003).

Uma característica adicional da avaliação dos componentes afetivos do Bem-Estar Subjetivo é a avaliação da experiência emocional através da frequência, ao invés da avaliação por meio da intensidade das emoções. Isto porque a frequência da experiência emocional tem se mostrado mais importante para a avaliação do bem-estar médio de uma pessoa do que a intensidade (DIENER; SCOLLON; LUCAS, 2003). Razões empíricas e teóricas são oferecidas por diversos autores. Diener e colaboradores (1991), por exemplo, destacam que os processos que conduzem a emoções positivas intensas conduzem também a emoções negativas intensas, o que possibilita um cancelamento recíproco do efeito das emoções distintas. Adicionalmente, as experiências emocionais muito intensas são raras, e eventos pouco frequentes não costumam alterar os níveis médios de bem-estar. As medidas baseadas em frequência também apresentam características psicométricas melhores (DIENER et al., 1991). Os relatos de intensidade podem significar diferentes coisas para as pessoas numa avaliação, o que dificilmente ocorre com relatos relativos à frequência. Em concordância com essa afirmação estão os trabalhos de Thomas e Diener (1990) e Schimmack e Diener (1997), que, por meio de estudos relacionados à precisão da revocação de emoções, verificaram que os participantes lembravam melhor de informações de frequência em comparação com as de intensidade.

Tendo em vista a definição dada acima de Bem-Estar Subjetivo, assim como a possibilidade desse construto ser influenciado tanto pela avaliação de recursos subjetivos dos indivíduos (ex. sensação de ser valorizado, estimado, percepção de capacidade para receber e dar suporte social) como por indicadores sociodemográficos (características objetivas), tais como: idade, gênero, educação, renda, status marital e diversidade cultural (GUISINGER; BLATT, 1994; CSIKSZENTMIHALYI, 1999; PATRICK; COTTRELL; BARNES, 2001), os capítulos a seguir desta dissertação serão dedicados à investigação da possível influência de algumas

destas variáveis sobre o relato de estado de ânimo, e, por conseguinte, sobre o BES das pessoas. O capítulo 2 tratará da influência das variáveis idade, gênero e ambiente sobre relatos de estado de ânimo. O Capítulo 3 será dedicado ao estudo da possível influência de desejabilidade social sobre os relatos de estado de ânimo de homens e mulheres, nas diferentes faixas etárias. E, finalmente, o Capítulo 4 focalizará relatos de estados de ânimo de pacientes depressivos.

II) CAPÍTULO 2

ESTUDO 1

1. INTRODUÇÃO : Influência de idade, gênero e ambiente sobre relatos de estados de ânimo

*“E no final das contas, não são os anos em sua vida que contam.
É a vida nos seus anos.”*

Abraham Lincoln

1.1 Idade e Bem-estar

Diferentes teorias levam a previsões diversas a respeito da relação de bem-estar com idade: segundo a teoria de “set-point” a idade tem um efeito irrelevante sobre o bem-estar, segundo a perspectiva de indicadores sociais o bem-estar diminui com a idade, e segundo a teoria da seletividade socioemocional, aumenta.

A teoria do “set-point” (TELLEGEN et al., 1988) propõe a existência de diferenças individuais hereditárias quanto à tendência para sentir afetos positivos e negativos e, conseqüentemente, para avaliar bem-estar. O que conta é a personalidade, sendo o efeito da idade irrelevante. Alguns autores assinalam que a dimensão de afetos positivos está relacionada com extroversão, enquanto afetos negativos estão relacionados com neuroticismo (COSTA; MCCRAE, 1980; TELLEGEN, 1985). A junção de afetos positivos/traços de extroversão e afetos negativos/ traços de neuroticismo, neste caso, refletiria dois sistemas subjacentes da personalidade responsáveis pelas diferenças encontradas em comportamento e afetos entre indivíduos (TELLEGEN, 1985).

Os proponentes da teoria do set-point têm feito uso de gêmeos como sujeitos de suas pesquisas (SEGAL, 1990; STRELAU, 1998). A extroversão e o neuroticismo são os traços mais pesquisados em genética comportamental através de vários instrumentos (ex: EASI Temperament Survey; Multidimensional Personality Questionary (MPQ), Eysenck Personality Questionnaire). A Tabela 1 mostra diversos estudos comparativos de gêmeos monozigóticos (MZ) e dizigóticos (DZ) (criados juntos ou separados) que indicam a importância da influência exercida pela genética na determinação do traço neuroticismo – extroversão. A correlação de traços de extroversão e neuroticismo é estatisticamente maior entre gêmeos MZ do que entre gêmeos DZ.

Tabela 1 – Correlações de traços de Extroversão e Neuroticismo em gêmeos monozigóticos (MZ) e dizigóticos (DZ) observadas em diferentes estudos

<i>Estudo</i>	<i>Tamanho da Amostra</i>		<i>Correlação</i>			
	<i>MZ</i>	<i>DZ</i>	<i>Extroversão</i>		<i>Neuroticismo</i>	
	MZ	DZ	MZ	DZ	MZ	DZ
Eaves, Eysenck e Martin (1989)	303	172	0,51	0,20	0,46	0,07
Loehlin e Nichols (1976)	481	312	0,60	0,24	0,52	0,24
Martin e Jardine (1986)	1799	1103	0,52	0,17	0,50	0,23
Health e col. (1992)	453	362	0,39	-0,04	0,35	0,10
Jang, Livesley e Vernon (1996)	123	127	0,55	0,23	0,41	0,18
Riemann, Angleitner e Strelau (1997)	600	304	0,56	0,28	0,53	0,13

(Baseado em LOEHLIN, 1992)

Na perspectiva de indicadores sociais, variáveis sociodemográficas, como idade, gênero, status marital e renda, são responsáveis pelas diferenças existentes entre as pessoas, quanto ao seu nível de felicidade ou bem-estar (RYFF, 1989; 1995). Por exemplo, as pessoas mais jovens (e/ou com maior poder aquisitivo e/ou casadas) seriam mais felizes que as mais velhas (e/ou com menor poder aquisitivo e/ou solteiras, viúvas, divorciadas), pela maior disponibilidade de recursos físicos, psicológicos e materiais.

A idéia de declínio de bem-estar durante o envelhecimento encontra apoio em dados referentes à relação de aumento de idade e diminuição da prática de atividades agradáveis (ARGYLE, 1987). Um estudo de Lewinsohn e MacPhillamy (1974), realizado com uma amostra americana, revelou queda na frequência média de práticas de atividades prazerosas e de contentamento entre idosos. Por outro lado, Bradburn (1969) e Diener, Sandvik e Larsen (1985) encontraram declínio tanto para afetos positivos como para afetos negativos com o aumento da idade.

Aumento de idade está relacionado com maior aparecimento de doenças em geral. Segundo os dados da *General Household Survey* de 1980, a porcentagem de pessoas com doenças crônicas aumenta de 22% (entre 14 e 44 anos) para 51% (entre 65 e 74 anos) e 60 % (para 70 anos ou mais). O número de dias por ano de atividade diária restrita em função de algum tipo de patologia e o número de consultas médicas também apresentam aumento similar com o avanço da idade. Simultaneamente, ocorrem quedas na satisfação com a vida sexual e na atratividade física após a idade adulta (ARGYLE, 1987), o que acaba por reforçar a hipótese de diminuição de bem-estar ao longo da vida.

Uma previsão oposta à de indicadores sociais é feita pela teoria da seletividade socioemocional, segundo a qual as emoções são mais bem reguladas à medida que as pessoas ficam mais velhas, o que proporcionaria maior bem-estar (CARSTENSEN, 1995; CARSTENSEN; TURK-CHARLES, 1994). Pode-se considerar que tal bem-estar envolve diferentes componentes: afetos positivos, (ausência de) afetos negativos e satisfação com a vida de forma geral (MROCZEK; KOLARZ, 1998). As pessoas mais velhas tenderiam a maximizar os afetos positivos e a minimizar os negativos, o que se daria através da adaptação aos eventos da vida e às alterações vivenciadas em contextos sociais.

Ryff (1989) computou um índice de equilíbrio de afeto, subtraindo afetos negativos de positivos, que usou para comparar pessoas jovens, de meia-idade e idosas. Encontrou que os jovens eram menos felizes do que as pessoas de meia-idade e idosos. Em outro estudo, Rossi e Rossi (1990) demonstram que ambos os afetos declinam com o aumento da idade, sendo tal declínio mais forte em relação aos afetos negativos.

O possível efeito positivo de idade sobre felicidade e satisfação com a vida tem sido explicado também pela baixa discrepância entre as aspirações e realizações dos idosos, o que indica maior ajustamento a situações da vida (ARGYLE, 1987). Pessoas jovens têm expectativas grandiosas para o futuro e baixa realização – na proporção idealizada – de suas metas (CAMPBELL; CONVERSE; RODGERS, 1976). Haveria um processo de acomodação às coisas como elas são durante o envelhecimento humano. Argyle (1987) considera que este processo seria mais fácil para aqueles indivíduos com baixa escolaridade, dada a menor chance de desenvolvimento de altas expectativas na juventude que a instrução parece implementar.

Alterações em fontes de felicidade durante o ciclo de vida seriam também responsáveis pelas mudanças na experiência de bem-estar e satisfação ao longo do desenvolvimento. Num estudo de Veroff, Douvan e Kulka (1981), por exemplo, jovens constituíram o grupo etário mais otimista a respeito do futuro. Avaliaram relacionamentos sociais (ex. casamento, família, amigos e filhos) como fontes importantes de felicidade e infelicidade. Preocupações econômicas, materiais, trabalhistas, também foram apontadas como importantes. Já entre idosos, foi dada maior importância para a saúde do que para dinheiro, trabalho e aceitação social. Os idosos revelaram maior autoconfiança do que os jovens para lidar com problemas com os quais se deparavam, apresentaram grande senso de perspectiva, e se mostraram menos preocupados com problemas de maneira geral, ainda que relatassem menos otimismo e euforia.

Neri (2001a) destaca que, ainda que a velhice apresente maior incapacidade para desempenho de atividades instrumentais da vida diária, não há impedimento para o funcionamento cognitivo e emocional ótimo. Os idosos seriam capazes de ativar mecanismos de compensação para enfrentar perdas em funcionalidade (ex. por meio de recursos tecnológicos, apoio social e psicológico, controle sobre o comportamento de outras pessoas), resultando em estratégias compensatórias de natureza emocional, que permitiriam a manutenção de equilíbrio e qualidade de vida.

Velhice bem-sucedida tem sido associada com habilidades sociais por vários autores (HOUSE; LANDIS; UMBERSON, 1988; COCKERMAN, 1991; FREIRE, 2000; NERI, 2001b; CARNEIRO; FALCONI, 2004). Indivíduos socialmente habilidosos seriam capazes de desempenhar menos tarefas indesejáveis, além de desenvolver e manter relacionamentos mutuamente benéficos e sustentadores (BEDELL; LENNOX, 1997; DEL PRETTE; DEL

PRETTE, 1999). Contando com suportes sociais as pessoas idosas se sentiriam mais amadas e seguras para lidar com problemas de saúde e de auto-estima (CICIRELLI, 1990), resultando num maior bem-estar psicológico e social (CARNEIRO; FALCONI, 2004) e até mesmo no aumento do tempo de vida (FRUTUOSO, 1999). Ramos (2002), contudo, destaca que o mero aumento nas relações sociais não é suficiente para se garantir bem-estar na velhice. Apenas o suporte social oferecido num contexto de padrões de trocas igualitárias (o ato de receber suporte dos outros e, ao mesmo tempo, oferecer algo em troca) seria responsável por trazer benefícios psicológicos. Interação com trocas igualitárias maximizaria sentimentos de auto-valorização e de controle pessoal em idosos e minimizaria sentimentos relacionados à dependência/falta de autonomia e à inabilidade para retribuir ajudas recebidas.

1.2 Gênero e bem-estar

A relação entre idade e bem-estar pode ser modulada por gênero. White e Edwards (1990) verificaram que mulheres com menos de 55 anos avaliavam-se como menos felizes do que homens. Argyle (1987), em contrapartida, destaca que existem evidências de que enquanto os homens tornam-se mais felizes com o decorrer do tempo, efeito oposto ocorre entre as mulheres. Mroczek e Kolarz (1998) encontraram uma relação em U invertido entre idade e afeto positivo apenas para mulheres. Uma relação linear positiva simples caracterizou a relação entre idade e afeto positivo para os homens.

Existem também pesquisas que indicam não ocorrer diferença entre homens e mulheres quanto à sensação de bem-estar e frequência de afetos. Um estudo britânico realizado com 3.077 adultos, questionados a respeito de quanto tempo tinham se sentindo satisfeitos com as coisas no dia anterior, não apresentou nenhum tipo de alteração nas respostas de frequência em função de gênero (WARR; PRAYNE, 1982).

Watson (2002) encontrou que homens e mulheres relatam níveis idênticos de felicidade e afetividade positiva. Em uma análise de 169.779 respondentes de 16 nações, Inglehart (1990) encontrou que 80% dos homens e 80% das mulheres entrevistadas disseram que estavam “razoavelmente satisfeitos” com a vida. Watson e Clarck (1994) compararam relatos de estado de ânimo de homens e mulheres através da aplicação da PANAS – em versão expandida⁶. Não encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres nas escalas de afeto positivo e negativo, concluindo que as experiências afetivas de homens e mulheres podem ser similares.

Türküm (2005), em estudo recente realizado na Turquia, encontrou que o bem-estar estava associado a otimismo, status marital e ocupação, porém não encontrou contribuição significativa na variação de bem-estar em função de variáveis demográficas como educação e gênero. Mediante tais resultados concluiu que a somatória de pesquisas que buscam investigar a relação bem-estar e gênero e os resultados diversificados encontrados não permitem, ainda, predições seguras. A existência de estudos recentes que pontuam a existência de diferenças em termos de gênero para estados de ânimo (WALEN; LACHMAN, 2000), e de outros que relatam a inexistência de um efeito significativo de gênero sobre o bem-estar levam, para o autor, a uma inconsistência de achados que demonstra a necessidade de mais pesquisas na área (TÜRKÜM, 2005).

Mesmo diante da falta de um amplo consenso de resultados entre os estudos voltados à exploração do efeito específico de gênero sobre relatos de estado de ânimo, há um predomínio na literatura nacional e internacional de dados referentes a menor bem-estar e satisfação com a vida entre mulheres em comparação com homens de mesma faixa etária. Pinquart e

⁶ PANAS – X: Positive and Negative Affect Schedule – Expanded Form.

Sorensen (2001), por exemplo, sintetizaram - por meio de uma meta-análise - achados de 300 estudos empíricos relacionados a diferenças na satisfação com a vida, felicidade, auto-estima, sentimento de solidão e saúde subjetiva entre homens e mulheres de idade adulta tardia (*late adulthood*). Encontraram que mulheres relataram significativamente menor BES e apresentaram auto-conceito menos positivo que os homens em todas as medidas. Resultado semelhante foi observado entre jovens requisitados a preencher questionários relacionados a otimismo e experiência de afetos: as mulheres apresentaram os maiores níveis de afetos negativos (BEN-ZUR, 2003).

Relatos mais baixos de estado de ânimo positivo entre as mulheres foram associados por alguns autores ao fato delas sofrerem mais de sintomas relacionados à depressão do que os homens (GURIN; VEROFF; FELD, 1960; DUNNEL; CARTWRIGHT, 1972; GOLDBERG, 1978; WARR; PRAYNE, 1982). Num estudo realizado com 3.056 pessoas com idade entre 55 e 85 anos, Sonnenber et. al (2000) encontraram que mulheres americanas apresentam prevalência aproximadamente duas vezes maior de depressão do que os homens. Resultado semelhante foi encontrado num estudo brasileiro voltado para a análise da prevalência de Distúrbios Psiquiátricos Menores (DPM) na cidade de Pelotas - RS, em que mulheres entre 20 e 69 anos apresentaram uma prevalência 62% maior de DPM do que homens de mesma faixa etária (COSTA et al, 2002). A diferença em função de gênero é encontrada também em idades mais precoces. Meninas entre 16 e 18 anos apresentam níveis significativamente mais altos de humor deprimido e ansiedade em comparação com meninos de mesma idade (CASPER; BELANOFF; OFFER, 1996). Elas relatam mais eventos da vida estressantes, e ainda que recebam maior suporte social dos pais, relatam menor bem-estar físico e emocional que o sexo oposto (BURKE; WEIR, 1978). Segundo a *Youth Risk Behavior Survey* de 1999, realizada com uma amostra de 964 meninas e 852 meninos adolescentes, provenientes de

escolas selecionadas randomicamente nos Estados Unidos, além das meninas apresentarem mais indicadores negativos de bem-estar físico e mental, observa-se um aumento entre elas de envolvimento em comportamentos sexuais de risco e de drogadição (anteriormente mais comuns em homens), tais como: início de consumo de álcool e de cigarro em idade mais precoce, aumento do número de cigarros fumados por dia e maior frequência da prática de dirigir veículos sob efeito de álcool (LIGHT, 2000).

O maior número de sintomas psiquiátricos entre mulheres foi explicado por Reskin e Converman (1985) como uma consequência da vida feminina ser mais estressante que a masculina. As mulheres, para estes autores, estão mais expostas a fatores relacionados a desemprego e a baixos salários, em comparação com os homens. O conflito maternidade x emprego também seria um fator de estresse. Tavis e Offir (1977) descreveram a posição das mulheres casadas como uma “dupla-jornada”, já que quando se tornam donas-de-casa acabam se isolando e ficando insatisfeitas; e quando saem de casa para trabalhar, sofrem o conflito entre as demandas do emprego e as da casa. A prestação de cuidados a pessoas idosas (como pais, sogros e marido), que geralmente fica sob responsabilidade de mulheres de meia-idade e idosas, pode ser considerada também um fator de estresse na vida das mulheres (NERI, 2001a), que sobrecarregadas pelo papel de cuidadoras tendem a apresentar menores índices de satisfação, felicidade e, conseqüentemente, saúde mental.

Contudo, apesar das evidências destacadas acima, a prevalência de sintomas psiquiátricos menores entre mulheres e a possibilidade delas apresentarem menor BES deve ser considerada com cautela. Existem indícios de que parte desta diferença encontrada em alguns estudos entre os sexos se dá pelo fato das mulheres reconhecerem mais rapidamente que têm um problema psiquiátrico ou emocional, e, por conseguinte, procurarem mais prontamente

ajuda diante de sinais tênues de depressão ou perda de bem-estar (VERBRUGGE, 1976; KESSLER; PRICE; WORTMAN, 1981). Essa diferença na prontidão de reconhecimento de sintomas e busca de ajuda foi enfatizada por alguns autores como um resultado de pressões sociais: sintomas de doença mental, como ansiedade e depressão, costumam ser mais aceitos socialmente em mulheres (HAMMEN; PETERS, 1978; COCKERHAM, 1981).

1.3 Ambiente e bem-estar

Variáveis situacionais podem influenciar o sentimento de bem-estar das pessoas. Sociólogos, economistas e psicólogos, que têm se dedicado a estudos comparativos de BES entre habitantes de diferentes países, averiguaram a existência de padrões nacionais e culturais em relatos de estado de ânimo (MYERS, 2000; FREY; STUTZER, 2002; PUGNO, 2003).

Parte das diferenças encontradas em relatos de BES entre nações foi associada ao grau de riqueza dos países (DIENER; DIENER; DIENER, 1995; VEENHOVEN, 1991; INGLEHART, 1990). Alguns estudos encontraram que pessoas de nações de PIB (Produto Interno Bruto) elevado tendem a relatar maior BES do que aquelas provenientes de países mais pobres (DIENER; SUH, 1999).

Diener, Diener e Diener (1995) encontraram correlação de 0,58 entre produto interno bruto per capita de 55 nações e seus níveis de bem-estar. A correlação entre poder aquisitivo per capita em nações e BES foi $r = 0,61$. Veenhoven (1991) encontrou uma alta correlação de 0,84 entre renda das nações e relatos de bem-estar. Em concordância com tais achados, Gallup (1976) relatou existência de forte correlação entre renda nacional e satisfação com a vida.

Economistas associaram a relação maior PIB/maior bem-estar às oportunidades que habitantes de países desenvolvidos podem ter de criar uma vida desejável (DIENER; SUH, 1999). A produção abundante de mercadorias e serviços permitiria que as pessoas selecionassem aqueles bens que mais necessitam e querem. A maior satisfação das necessidades humanas levaria, por conseguinte, ao aumento da sensação de bem-estar (DIENER; SUH, 1999; DIENER; DIENER; DIENER, 1995).

Sociedades de países desenvolvidos tendem a apresentar distribuição mais equilibrada de renda/recursos e melhores indicadores sociais, tais como: baixos índices de criminalidade, maior expectativa de vida para a população, maior preservação de direitos humanos (DIENER, 1995). Diener e Diener (1996) encontraram que em países mais ricos os níveis de escolarização são elevados, há mais alimento, mais médicos por número de habitantes, distribuição de renda mais igualitária e maior paridade entre sexos. Encontraram, ainda, que tais fatores apresentam alta correlação positiva com BES (DIENER; SUH, 1999). Similarmente, Veenhoven (1996) encontrou forte correlação entre igualdade social e BES. Diener, Diener e Diener (1995) encontraram que indicadores de direitos humanos tinham correlação de 0,48 com níveis médios de bem-estar e que o grau em que nações podiam satisfazer necessidades biológicas básicas correlacionava-se em 0,52 com a média de BES dos países.

O desenvolvimento econômico de países pode ter efeitos que vão além da maior qualidade de vida material/física de seus habitantes. Diener e Suh (1999) observaram que pessoas provenientes de nações ricas apresentavam-se mais satisfeitas com a vida doméstica e trabalho, assim como relatavam maior satisfação com seus amigos e com a liberdade que tinham, em comparação com respondentes de nações menos desenvolvidas. Destacaram duas

explicações alternativas: 1) A satisfação com a vida material se estende de tal maneira que faz com as pessoas fiquem satisfeitas com outras áreas de suas vidas (ex: relacionamentos interpessoais); 2) As características adicionais observadas em nações desenvolvidas, como maior igualdade, levam a maior satisfação em áreas não materiais.

Todavia, existem países que apresentam índices inesperadamente altos ou baixos de satisfação com a vida em relação ao seu poder aquisitivo (DIENER, 2000). Em um levantamento mundial realizado pelo *World Values Study Group*, por exemplo, respondentes de diferentes nações tiveram sua satisfação com a vida avaliada através da questão: “Quão satisfeito você está com sua vida, como um todo, nos dias atuais?”. As opções de resposta variavam de 1 (insatisfeito) à 10 (satisfeito) e o PPP (Purchasing Power Parity) ou a paridade de poder aquisitivo poderia variar de 0 à 100. Como mostra a Tabela 2, países como Brasil, Chile e Argentina foram exemplos de nações que apresentaram escores maiores de satisfação com a vida do que aqueles previstos em função da renda per capita que possuem. Em contrapartida, países do leste europeu apresentaram índices inferiores do que era previsto (DIENER, 2000; DIENER; DIENER, 1995).

Japão, China, Índia e Nigéria também apresentaram índices de satisfação com a vida contrários ao que seria esperado pela renda que possuem: enquanto o Japão apresentou alta renda e BES relativamente baixo, China Índia e Nigéria não apresentaram BES extremamente baixo, como seria esperado pelo PIB (DIENER, 2000; DIENER; DIENER; DIENER, 1995).

Tabela 2 – Escores médios de satisfação com a vida e renda entre algumas nações selecionadas a partir de um levantamento mundial (World Value Survey 1981-1994)

País	Satisfação com a Vida (1-10)	Poder Aquisitivo (0-100)
Bulgária	5.03	22
Rússia	5.37	27
Bielorússia	5.52	30
Letônia	5.70	20
Romênia	5.88	12
Estônia	6.00	27
Lituânia	6.01	16
Hungria	6.03	25
Turquia	6.41	22
Japão	6.53	87
Nigéria	6.59	6
Coréia do Sul	6.59	39
Índia	6.70	5
Portugal	7.07	44
Espanha	7.15	57
Alemanha	7.22	89
Argentina	7.25	25
China	7.29	9
Itália	7.30	77
Brasil	7.38	23
Chile	7.55	35
Noruega	7.68	78
Finlândia	7.68	69
Estados Unidos	7.73	100
Holanda	7.77	76
Irlanda	7.88	52
Canadá	7.89	85
Dinamarca	8.16	81
Suíça	8.36	96

(Baseado em DIENER, 2000)

Além de fatores políticos e culturais, divergências relacionadas a expectativas/ metas de vida podem ser fatores relevantes para o BES de diferentes povos (DIENER, 2000; DIENER; SUH, 1999). Por exemplo: os baixos escores de satisfação com a vida vistos no Japão, assim como os altos índices de suicídio, alcoolismo e neuroticismo que o país apresenta (ARGYLE, 1987), foram considerados por Diener (2000) uma consequência da configuração da sociedade japonesa, que além de ser extremamente regrada, ter fortes pressões para resignação/harmonia, apresenta expectativas/metast de vida muito altas entre seus membros. Já

os escores elevados de BES da China, Índia e Nigéria, seriam uma consequência do aumento de renda que essas nações vêm apresentando somada a expectativas mais baixas das pessoas em relação àquilo que necessitam para ter uma boa vida (DIENER, 2000).

Há evidências de que a felicidade não aumentou regularmente ao longo dos anos em nações com aumento contínuo de renda per capita (MYERS, 2000). Os Estados Unidos, por exemplo, desde a Segunda Guerra Mundial obteve enorme aumento de renda, contudo, não teve alteração correspondente em indicadores de BES (DIENER; SUH, 1997; SAMUELSON, 1995).

Diener e Suh (1999) sugerem que supridas as necessidades básicas, aumento de renda e, por conseguinte, de recursos materiais entre habitantes de um dado país podem não influenciar mais o BES das pessoas. Pugno (2003) propôs que progresso tecnológico gera mais bens de consumo e em alguma medida as pessoas substituem bens relacionais por bens materiais e em vez de aproveitarem o lazer possibilitado pelo progresso tecnológico, dedicam a maior parte do seu tempo ao trabalho.

Adicionalmente, as pessoas diferem marcadamente nas diferentes sociedades ao escolherem fatores que consideram ser relevantes para a avaliação de bem-estar (DIENER, 2000; ARGYLE, 1987). Hofstede (1980) propôs uma dimensão cultural bastante ampla denominada ‘individualismo-coletivismo’ como forma de descrever melhor os estilos de cultura e a possível influência deles sobre as avaliações de bem-estar. Sociedades ou culturas individualistas, como os Estados Unidos, são aquelas que destacam a independência dos indivíduos e de seus pensamentos, escolhas e sentimentos (SHIMMACK et al., 2002). Em contraste, em sociedades ou culturas coletivistas, como a Índia, a ênfase está na

interdependência do indivíduo com outras pessoas, os indivíduos são mais inclinados a sacrificar seus desejos em função das vontades e necessidades do grupo (HOFSTEDE, 1980; KASHIMA et al., 1995; MARKUS; KITAYAMA, 1991; TRIANDIS, 1995).

A sensação de liberdade mostrou-se um preditor mais forte de satisfação com a vida em culturas individualistas (OISHI et al., 1999). Entre os coletivistas o seguimento de normas sociais, respeito e harmonia interpessoal é que foram os itens mais valorizados para uma vida satisfatória (ROZIN, 1999; SUH et al., 1998; DIENER; SUH, 1999).

O próprio conceito de Bem-Estar Subjetivo parece ser mais saliente para um tipo de cultura do que para outro (DIENER; SUH, 1999). Em uma amostra internacional de estudantes, alunos provenientes de sociedades individualistas deram significativamente maior importância ao conceito BES para avaliação da qualidade de vida do que respondentes vindos de sociedades coletivistas, que provavelmente dão maior importância a deveres e obrigações sociais do que a sentimentos agradáveis particulares (TRIANDIS, 1995).

Suh et al. (1998) observaram que pessoas de diferentes culturas diferem até mesmo na confiança que depositam em seus sentimentos para julgar a própria satisfação com a vida. Quando estão decidindo quão satisfeitos são, pessoas de nações individualistas acham natural consultar seus afetos. As sensações/sentimentos de emoções agradáveis são utilizados como preditores razoáveis de satisfação com a vida ou bem-estar nessas sociedades. Pessoas de nações coletivistas, em contrapartida, quando estão decidindo quão satisfeitas são, tendem a consultar normas de quando devem se sentir satisfeitas e são inclinadas a considerar a apreciação social da família e de amigos na avaliação de suas vidas.

Diferentes culturas podem variar quanto aos níveis de suporte social (DIENER, 2000). Extensas famílias de sociedades coletivistas são mais propensas a interferir na vida das pessoas, mas também podem providenciar grande suporte social em períodos conturbados. Da mesma forma, poucas pessoas em sociedades coletivistas realizam ou buscam seus próprios desejos, mas também são poucos os que necessitam cuidar de si sozinhos, sem nenhum tipo de apoio. Diante dos custos e benefícios de cada cultura, Helgeson (1994) concluiu que o bem-estar psicológico ótimo de uma população seria a resultante de um equilíbrio entre a orientação voltada ao self e aquela voltada aos outros.

2. OBJETIVO

O objetivo do Estudo 1 foi comparar auto-relatos de Satisfação com a Vida e de Afetos Positivos e Negativos de homens e mulheres de diferentes grupos etários (jovens, adultos, meia-idade e idosos), habitantes de quatro cidades brasileiras (São Paulo, Socorro, Salvador e João Pessoa). Foram selecionadas cidades com características bastante distintas (tanto em termos de dimensões territoriais, dimensões populacionais e PIB diferentes), que poderiam estar associadas a diferenças em qualidade de vida. São Paulo é a maior cidade brasileira, localizada no sudeste do país, capital do estado de São Paulo, e de acordo com dados do último censo tem uma população de 10.435.546 habitantes e PIB de R\$ 140.066.059,00. Socorro é uma cidade do interior do estado de São Paulo com uma população de 32.704 habitantes e PIB de R\$ 209.373,00. Salvador, capital do estado da Bahia, situa-se no Nordeste do país com 2.443.107 habitantes e PIB de R\$ 10.982.528,00. João Pessoa, capital do estado da Paraíba, também situada no Nordeste do país, tem 597.934 habitantes e PIB de R\$ 3.094.538,00.

2.1 Hipóteses:

- 1) Conforme prevê a teoria de indicadores sociais, que relaciona aumento de idade à perda de recursos físicos, materiais e psicológicos, esperava-se que as pessoas mais velhas relatassem menos Afetos Positivos, mais Afetos Negativos e menor Satisfação com a Vida que pessoas mais jovens.
- 2) Em concordância com a ligeira tendência observada na maioria dos estudos sobre Bem-Estar Subjetivo e gênero, esperava-se que os homens apresentassem mais Afetos Positivos, menos Afetos Negativos e maior Satisfação com a Vida do que as mulheres de mesma faixa etária.

- 3) Considerando a literatura existente sobre a possível relação entre Bem-Estar Subjetivo e PIB, esperava-se que habitantes das cidades com maior PIB (São Paulo e Salvador) apresentassem mais relatos de Afetos Positivos, menos relatos de Afetos Negativos e maior Satisfação com a Vida do que habitantes de cidades com menor PIB (João Pessoa e Socorro).

2.2 Relevância Prática do Estudo

Considera-se que a principal relevância prática deste trabalho centra-se no fato do bem-estar ser entendido como uma medida de qualidade de vida, sendo, portanto, a compreensão de seus determinantes pessoais e situacionais relevante para orientação de políticas públicas voltadas à área de saúde mental da população brasileira.

3. MÉTODO

3.1 Participantes

A amostra foi composta por 84 habitantes da cidade de São Paulo/capital (43 homens e 41 mulheres), 85 habitantes de Socorro-SP (41 homens e 44 mulheres), 80 habitantes de João Pessoa-PB (40 homens e 40 mulheres) e 82 habitantes de Salvador-BA (42 homens e 40 mulheres). Nas quatro cidades os participantes foram distribuídos em quatro grupos etários: jovens (14 – 19 anos), adultos (20 – 39 anos), meia-idade (40 – 59 anos) e idosos (idade igual ou maior a 60 anos), conforme discriminado nas Tabelas 3, 4, 5 e 6.

Tabela 3 – Distribuição da amostra de participantes (N) em função de faixa etária e sexo na cidade de São Paulo

Faixa Etária	Sexo	N
Jovem	Feminino	10
	Masculino	10
	Total	20
Adulto	Feminino	11
	Masculino	12
	Total	23
Meia-Idade	Feminino	10
	Masculino	11
	Total	21
Idoso	Feminino	10
	Masculino	10
	Total	20
Total	Feminino	41
	Masculino	43
	Total	84

Tabela 4 – Distribuição da amostra de participantes (N) em função de faixa etária e sexo na cidade de Socorro

Faixa Etária	Sexo	N
Jovem	Feminino	10
	Masculino	10
	Total	20
Adulto	Feminino	14
	Masculino	10
	Total	24
Meia-Idade	Feminino	10
	Masculino	11
	Total	21
Idoso	Feminino	10
	Masculino	10
	Total	20
Total	Feminino	44
	Masculino	41
	Total	85

Tabela 5 – Distribuição da amostra de participantes (N) em função de faixa etária e sexo na cidade de João Pessoa

Faixa Etária	Sexo	N
Jovem	Feminino	10
	Masculino	10
	Total	20
Adulto	Feminino	10
	Masculino	10
	Total	20
Meia-Idade	Feminino	10
	Masculino	10
	Total	20
Idoso	Feminino	10
	Masculino	10
	Total	20
Total	Feminino	40
	Masculino	40
	Total	80

Tabela 6 – Distribuição da amostra de participantes (N) em função de faixa etária e sexo na cidade de Salvador

Faixa Etária	Sexo	N
Jovem	Feminino	10
	Masculino	10
	Total	20
Adulto	Feminino	10
	Masculino	11
	Total	21
Meia-Idade	Feminino	10
	Masculino	11
	Total	21
Idoso	Feminino	10
	Masculino	10
	Total	20
Total	Feminino	40
	Masculino	42
	Total	82

3.2 Material

Os participantes responderam a um questionário que incluía informações sócio-demográficas (como idade, sexo, estado civil), avaliação de afetos positivos e negativos, avaliação da satisfação em relação à própria vida, além de inferência sobre a satisfação em relação à vida de seus melhores amigos e de algumas figuras públicas brasileiras (quatro femininas e quatro masculinas) incluindo artistas, políticos e esportistas (ex. Jô Soares, Guga). Foi utilizada a versão da Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) adaptada por Mroczek e Kolarz (1998), que inclui uma lista de seis afetos positivos (alegre, de bem com a vida, feliz, calmo, satisfeito, cheio de vida) e seis afetos negativos (triste, nervoso, incomodado, sem esperança, tudo é uma obrigação, inútil), avaliados quanto à frequência (1 = nunca a 5 = tempo todo) com que foram sentidos durante os últimos 30 dias (Anexo A). Especificando esta escala de tempo procurou-se evitar respostas relacionadas a situações e contextos imediatos.

Optou-se neste estudo pela utilização da PANAS (WATSON, 1988) por ela avaliar Afetos Positivos e Negativos e por ter se mostrado um instrumento estável em vários estudos com amostras representativas da população em geral em teste e re-teste com intervalos de seis meses (STINGEL, 2003). A versão adaptada, avaliada por Mroczek e Kolarz (1998) como sendo eficiente para a avaliação dos estados de ânimo, foi selecionada por se mostrar mais breve para ser respondida (com 12 itens ao invés dos 22 itens da escala original).

Para avaliação de satisfação com a vida foi usada a Escala de Faces Esquemáticas (Anexo B) variando de muito alegres a muito tristes de Andrews e Withey (1976) e adaptada por Myers (2000) acompanhadas da pergunta: “Qual das faces expressa melhor o que você sente sobre sua vida como um todo?”. Foi solicitado também que os participantes escolhessem a face que melhor expressava o que imaginavam que seu (sua) melhor amigo(a) sentia e o que imaginavam que algumas figuras públicas sentiam em relação às suas vidas como um todo. Para fins de análise, foi atribuído um valor (numa escala de 1 a 7) às faces, sendo o maior valor atribuído à face mais sorridente, indicando maior satisfação em relação à vida.

3.3 Procedimento

Os participantes foram selecionados ao acaso e abordados em locais públicos (ex. praças, parques, feiras, praias, supermercados) por um de quatro entrevistadores previamente treinados, que os convidava a responder individualmente um questionário, referente a uma pesquisa em desenvolvimento no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. O próprio participante foi responsável pelo preenchimento de seu formulário, exceto nos casos de pessoas idosas, que apresentavam dificuldades de preenchimento. Nesse caso, ficava a cargo do entrevistador ler os itens e anotar as respostas dadas. Explicações relativas a

perguntas ou itens do questionário foram oferecidas caso fossem solicitadas pelos participantes. Os dados obtidos foram posteriormente tabulados em planilhas eletrônicas (Excel) e analisados estatisticamente com auxílio do programa SPSS versão 13.0.

A coleta de dados foi realizada entre 2003-2005. Primeiramente, foram coletados dados na cidade de Socorro no período de Janeiro de 2003 a Fevereiro de 2003. Em seguida foram coletados os dados da cidade de João Pessoa em Maio de 2003, da cidade de São Paulo no período de Dezembro de 2003 a Março de 2004 e, finalmente, da cidade de Salvador em Maio de 2005.

O delineamento da presente pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto de Psicologia da USP. O termo de consentimento encontra-se em anexo (Anexo C).

4. CARACTERIZAÇÃO DAS CIDADES

Através de consulta ao banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2001/2004) foi feita uma caracterização dos municípios utilizados no presente estudo com a finalidade de uma melhor contextualização das amostras populacionais pesquisadas.

4.1 São Paulo - SP

A cidade de São Paulo (Anexo D), fundada em 1554, é a capital do estado de São Paulo. Conforme mostra a Figura 1, São Paulo está localizada na região Sudeste do Brasil - região de clima subtropical (temperaturas médias anuais de 20° C) - caracteriza-se por ser a cidade mais populosa do Brasil e a mais rica da América do Sul (ainda que revele grandes disparidades sócio-econômicas entre seus habitantes). Apresenta um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$140.066.059,00 e densidade demográfica de 6.521,74 hab./km².

Figura 1. Mapa de localização em território nacional das cidades utilizadas na pesquisa

A Tabela 7 apresenta dados referentes às dimensões territoriais da metrópole São Paulo e aos valores absolutos da população residente masculina e feminina com mais de 10 anos de idade. Do total de pessoas residentes na cidade com 10 anos ou mais, 8.319.381 são alfabetizadas (99,5%). 94,0 % dos habitantes são residentes de área urbana, enquanto 5,9 % são residentes de área rural.

Tabela 7 – Valores de área territorial e de tamanho populacional do município de São Paulo

Área da unidade territorial (km ²)	1.523
Pessoas residentes - 2001	10.434.552
Homens residentes (com mais de 10 anos) - 2001	4.106.513
Mulheres residente (com mais de 10 anos) - 2001	4.620.804

Fonte: IBGE, Base de Informações Municipais - Malha Municipal Digital 2001

Computando o número da população feminina dividido pelo número da população masculina ($\text{Mulheres/Homens} = 4.620.804/4.106.513$), encontrou-se um índice de 1,1, o que denota um ligeiro predomínio de mulheres na população paulista.

Para levantamento de um indicador de proporção de uniões e separações conjugais, foi dividido o número de divórcios e separações judiciais pelo número de casamentos ($17.613/51.117$), o que resultou num índice de 0,34. Logo, a cada cem casamentos registrados durante o período de um ano, ocorrem 34 registros de separação na cidade de São Paulo.

A Tabela 8 mostra a distribuição dos habitantes da capital paulista em função de renda mensal. O número de pessoas com algum rendimento na cidade de São Paulo é de 5.398.667 (61,85% da população de residentes com mais de 10 anos de idade), enquanto 3.328.650 habitantes (38,15%) não possuem rendimento. Dentre os paulistas que apresentam alguma renda mensal, existem diferenças salariais em função de gênero: as mulheres apresentam renda média mensal avaliada em R\$ 881,12 enquanto os homens apresentam renda média mensal de R\$ 1.423,99⁷.

⁷ O rendimento médio mensal dos paulistas, sem distinção em função de sexo, foi avaliado em R\$ 1.175,52.

Tabela 8 – Distribuição do número absoluto e relativo (%) de habitantes do município de São Paulo em função de renda mensal

Habitantes		
Renda Mensal	n	%
até 1 salário mínimo ⁸	510.498	9
mais de 1 a 2 salários mínimos	909.290	17
mais de 2 a 3 salários mínimos	863.224	16
mais de 3 a 5 salários mínimos	1.054.122	20
mais de 5 a 10 salários mínimos	1.116.318	21
mais de 10 a 20 salários mínimos	558.277	10
mais de 20 salários mínimos	386.938	7
Total	5.398.667	100

Fonte: IBGE, Base de Informações Municipais - Malha Municipal Digital 2001

Adicionalmente, foi calculado um índice de proporção entre o número de óbitos e nascimentos de pessoas (73.215/202.076), registrados no período de um ano para a cidade de São Paulo. O valor do índice encontrado foi de 0,36, o que indica que a cada cem nascimentos, ocorrem 36 mortes no município.

Em relação a mortes causadas por violência interpessoal, a cidade de São Paulo é a quarta capital mais violenta do país, ficando atrás apenas de Recife, Cuiabá e Porto Velho (BOCACCINA, 2004). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) o índice de homicídios da capital paulista é de 58,5 mortes por 100 mil habitantes.

4.2 Socorro - SP

⁸ O valor do salário mínimo foi determinado pelo Governo Brasileiro em 01/04/2006 como sendo R\$ 350,00. Todavia, em 2001, quando o levantamento salarial foi feito pelo IBGE, o salário mínimo correspondia a R\$ 180,00, passando para R\$200,00 em 2002, R\$240,00 em 2003, R\$ 260,00 em 2004 e R\$300,00 em 2005.

A cidade de Socorro (Anexo D), fundada em 1829, é uma pequena estância hidromineral localizada no interior do estado de São Paulo, junto à Serra da Mantiqueira, a uma distância de 135 Km da capital paulista (Figura 1). A cidade, que faz divisa com o sul do Estado de Minas Gerais, tem clima ameno-seco (temperaturas que variam no verão de 25° C a 34° C e no inverno de 1° C a 15° C) e uma população constituída, em sua maioria, por descendentes de imigrantes italianos. As principais atividades econômicas da cidade são o turismo, a agricultura e a produção e comércio de malhas. Apresenta um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 209.373,00 e densidade demográfica de 73 hab/km².

A Tabela 9 apresenta dados referentes às dimensões territoriais da cidade interiorana e aos valores absolutos da população residente masculina e feminina com mais de 10 anos de idade. Do total de pessoas residentes na cidade com 10 anos ou mais, 25.344 são alfabetizadas (90,0%). 64,1% dos habitantes são residentes de área urbana, enquanto 35,8% são residentes de área rural.

Tabela 9 – Valores de área territorial e de tamanho populacional do município de Socorro

Área da unidade territorial (km ²)	448
Pessoas residentes - 2001	32.704
Homens residentes (com mais de 10 anos) - 2001	13.922
Mulheres residentes (com mais de 10 anos) - 2001	13.982

Fonte: IBGE, Base de Informações Municipais - Malha Municipal Digital 2001

Computando o número da população feminina dividido pelo número da população masculina ($\text{Mulheres/Homens} = 13.982/13.922$), encontrou-se um índice de 1,0, o que denota similaridade na proporção de homens e mulheres na população socorrense.

Para levantamento de um indicador de proporção de uniões e separações conjugais, foi dividido o número de divórcios/separações judiciais pelo número de casamentos (81/176), o que resultou num índice de 0,46. Logo, a cada cem casamentos registrados durante o período de um ano, ocorrem 46 registros de separação em Socorro.

A Tabela 10 mostra a distribuição dos habitantes de Socorro em função de renda mensal. O número de pessoas com algum rendimento na cidade de Socorro é de 19.367 (69,40% da população de residentes com mais de 10 anos de idade), enquanto 8.537 habitantes (30,6%) não possuem rendimento. Dentre os socorrenses que apresentam alguma renda mensal, existem diferenças salariais em função de gênero: as mulheres apresentam renda média mensal avaliada em R\$ 410,96 enquanto os homens apresentam renda média mensal de R\$ 632,00⁹.

Tabela 10 – Distribuição do número absoluto e relativo (%) de habitantes do município de Socorro em função de renda mensal

⁹ O rendimento médio mensal dos socorrenses, sem distinção em função de sexo, foi avaliado em R\$ 540,36.

Habitantes		
Renda Mensal	n	%
até 1 salário mínimo	4.832	25
mais de 1 a 2 salários mínimos	5.559	29
mais de 2 a 3 salários mínimos	2.683	14
mais de 3 a 5 salários mínimos	2.896	15
mais de 5 a 10 salários mínimos	2.296	12
mais de 10 a 20 salários mínimos	811	4
mais de 20 salários mínimos	290	1
Total	19.367	100

Fonte: IBGE, Base de Informações Municipais - Malha Municipal Digital 2001

Adicionalmente, foi calculado um índice de proporção entre o número de óbitos e nascimentos de pessoas (257/431), registrados no período de um ano. O valor do índice encontrado foi de 0,59, o que indica que a cada cem nascimentos, ocorrem 59 mortes no município.

Quanto à relação de mortes causadas por violência interpessoal, a cidade de Socorro apresenta um índice de homicídios da ordem de 5,9 mortes por 100 mil habitantes.

4.3 João Pessoa - PB

A cidade de João Pessoa (Anexo E), fundada em 1585, é a capital do estado da Paraíba. Localizada no litoral da região Nordeste do Brasil, entre o Rio Paraíba e o Oceano Atlântico, apresenta clima tropical úmido com temperatura média anual de 26° C (Figura 1). É a terceira cidade mais antiga do Brasil e, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a segunda capital com mais área verde no mundo¹⁰. As principais atividades econômicas são a pesca, o turismo e a extração de caju e coco. Apresenta um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 3.094.538,00 e densidade demográfica de 2.770,54 hab./km².

¹⁰ A Primeira capital com mais área verde no mundo é Paris, na França.

A Tabela 11 apresenta dados referentes às dimensões territoriais de João Pessoa e aos valores absolutos da população residente masculina e feminina com 10 anos de idade ou mais. Do total de pessoas residentes na cidade com 10 anos ou mais, 434.878 são alfabetizadas (88,43%). 100% dos habitantes são residentes de área urbana.

Tabela 11 – Valores de área territorial e de tamanho populacional do município de João Pessoa

Área da unidade territorial (km ²)	210
Pessoas residentes - 2001	597.934
Homens residentes (com mais de 10 anos) - 2001	225.609
Mulheres residentes (com mais de 10 anos) - 2001	266.146

Fonte: IBGE, Base de Informações Municipais - Malha Municipal Digital 2001

Computando o número da população feminina dividido pelo número da população masculina ($\text{Mulheres/Homens} = 266.146/225.609$), encontrou-se um índice de 1,2, o que denota um ligeiro predomínio de mulheres na população de João Pessoa.

Para levantamento de um indicador de proporção de uniões e separações conjugais, foi dividido o número de divórcios/separações judiciais pelo número de casamentos ($1.207/3.124$), o que resultou num índice de 0,40. Logo, a cada cem casamentos registrados durante o período de um ano, ocorrem 40 registros de separação em João Pessoa.

A Tabela 12 mostra a distribuição dos habitantes de João Pessoa em função de renda mensal. O número de pessoas com algum rendimento na cidade é de 290.294 (59,0% da população de residentes com mais de 10 anos de idade), enquanto 201.464 habitantes (41,0%) não possuem

rendimento. Dentre os habitantes que apresentam alguma renda mensal, existem diferenças salariais em função de gênero: as mulheres apresentam renda média mensal avaliada em R\$ 564,17 enquanto os homens apresentam renda média mensal de R\$ 796,75¹¹.

Tabela 12 – Distribuição do número absoluto e relativo (%) de habitantes do município de João Pessoa em função de renda mensal

Habitantes		
Renda Mensal	n	%
até 1 salário mínimo	86.316	30
mais de 1 a 2 salários mínimos	75.282	26
mais de 2 a 3 salários mínimos	32.133	11
mais de 3 a 5 salários mínimos	32.708	11
mais de 5 a 10 salários mínimos	34.384	12
mais de 10 a 20 salários mínimos	18.651	6
mais de 20 salários mínimos	10.820	4
Total	290.294	100

Fonte: IBGE, Base de Informações Municipais - Malha Municipal Digital 2001

Adicionalmente, foi calculado um índice de proporção entre o número de óbitos e nascimentos de pessoas (4.169/13.348), registrados no período de um ano. O valor do índice encontrado foi de 0,31, o que indica que a cada cem nascimentos, ocorrem 31 mortes no município.

Quanto à relação de mortes causadas por violência interpessoal, a cidade de João Pessoa apresenta um índice de homicídios da ordem de 31,9 mortes por 100 mil habitantes.

4.4 Salvador - BA

¹¹ O rendimento médio mensal dos habitantes de João Pessoa, sem distinção em função de sexo, foi avaliado em R\$ 684,75.

A cidade de Salvador (Anexo E), fundada em 1549, é a capital do estado da Bahia. Localizada no litoral da região Nordeste do Brasil, apresenta clima tropical com temperaturas que variam de 24° C a 35° C (Figura 1). É a terceira cidade mais populosa do Brasil (após São Paulo e Rio de Janeiro). Caracteriza-se pela grande diversidade étnica e cultural da população que é constituída por descendentes de brancos, de negros africanos, de pardos e de indígenas¹². As principais atividades econômicas estão relacionadas com o turismo, com a atividade comercial atacadista e com a atividade de importação e exportação de produtos regionais, como cacau e fumo. Apresenta um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 10.982.528,00 e densidade demográfica de 3.245,71 hab./km².

A Tabela 13 apresenta dados referentes às dimensões territoriais de Salvador e aos valores absolutos da população residente masculina e feminina com 10 anos de idade ou mais. Do total de pessoas residentes na cidade com 10 anos ou mais, 1.920.998 são alfabetizadas (94,70%). 99,95% dos habitantes são residentes de área urbana, enquanto 0,05% são residentes de área rural.

Tabela 13 – Valores de área territorial e de tamanho populacional do município de Salvador

Área da unidade territorial (km ²)	707
Pessoas residentes - 2001	2.443.107
Homens residentes (com mais de 10 anos) - 2001	938.942
Mulheres residentes (com mais de 10 anos) - 2001	1.089.435

Fonte: IBGE, Base de Informações Municipais - Malha Municipal Digital 2001

¹² Segundo dos dados divulgados pelo IBGE no censo demográfico de 2000, 23% da população de Salvador é de cor branca, 20,4 % de cor negra, 54,8% de cor parda, 0,3% de cor amarela e 0,8% de origem indígena.

Computando o número da população feminina dividido pelo número da população masculina (Mulheres/Homens = 1.089.435/938.942), encontrou-se um índice de 1,2, o que denota um ligeiro predomínio de mulheres na população de Salvador.

Para levantamento de um indicador de proporção de uniões e separações conjugais, foi dividido o número de divórcios/separações judiciais pelo número de casamentos (2.073/8.913), o que resultou num índice de 0,23. Logo, a cada cem casamentos registrados durante o período de um ano em Salvador, ocorrem 23 registros de separação.

A Tabela 14 mostra a distribuição dos habitantes de Salvador em função de renda mensal. O número de pessoas com algum rendimento na cidade de Salvador é de 1.175.945 (58,0% da população de residentes com mais de 10 anos de idade), enquanto 852.433 habitantes (42,0%) não possuem rendimento. Dentre os habitantes que apresentam alguma renda mensal, existem diferenças salariais em função de gênero: as mulheres apresentam renda média mensal avaliada em R\$ 553,17 enquanto os homens apresentam renda média mensal de R\$ 849,20¹³.

Tabela 14 – Distribuição do número absoluto e relativo (%) de habitantes do município de Salvador em função de renda mensal

Habitantes		
Renda Mensal	n	%
até 1 salário mínimo	340.621	29
mais de 1 a 2 salários mínimos	299.139	25
mais de 2 a 3 salários mínimos	137.688	12
mais de 3 a 5 salários mínimos	145.867	12
mais de 5 a 10 salários mínimos	137.726	12
mais de 10 a 20 salários mínimos	71.723	6

¹³ O rendimento médio mensal dos soteropolitanos, sem distinção em função de sexo, foi avaliado em R\$ 705,84.

mais de 20 salários mínimos	43.181	4
Total	1.175.945	100

Fonte: IBGE, Base de Informações Municipais - Malha Municipal Digital 2001

Adicionalmente, foi calculado um índice de proporção entre o número de óbitos e nascimentos de pessoas (16.142/44.139), registrados no período de um ano. O valor do índice encontrado foi de 0,36, o que indica que a cada cem nascimentos, ocorrem 36 mortes no município.

Quanto à relação de mortes causadas por violência interpessoal, a cidade de Salvador apresenta um índice de homicídios da ordem de 11,8 mortes por 100 mil habitantes.

4.5 Síntese

Densidade Demográfica, Educação e Urbanização

A cidade com mais habitantes por quilômetro quadrado é São Paulo, seguida por Salvador, João Pessoa e Socorro. Também é a cidade de São Paulo que apresenta o maior número de pessoas alfabetizadas, seguida por Salvador, Socorro e João Pessoa. Em relação à urbanização, João Pessoa destaca-se por apresentar 100% de seus habitantes residentes em área urbana. A segunda cidade utilizada na pesquisa mais urbanizada é Salvador, seguida por São Paulo e Socorro.

Relação casamento/divórcio

Os dados do IBGE revelam que é na cidade de Socorro que se encontram os maiores índices de separações conjugais registradas, seguida por João Pessoa, São Paulo e Salvador.

Relação PIB/renda mensal

A cidade com maior PIB é São Paulo, seguida por Salvador, João Pessoa e Socorro. Os salários médios mais elevados se apresentam na mesma ordem entre as cidades. Diferenças nos valores do salário médio em função de gênero existem nas quatro cidades: as mulheres em todas localidades têm renda mensal significativamente inferior a dos homens, sendo a discrepância maior encontrada na cidade de São Paulo, seguida pelas cidades de Salvador, João Pessoa e Socorro. É na cidade de Socorro que se observa a menor porcentagem de pessoas que não têm rendimento mensal, seguida por São Paulo, João Pessoa e Salvador.

Violência Interpessoal

São Paulo é a cidade que apresenta maior ocorrência proporcional de homicídios na população, seguida pela cidade de João Pessoa, Salvador e Socorro.

5. RESULTADOS

5.1 Afetos Positivos

Um teste de Análise de Variância (ANOVA) revelou efeito principal significativo de faixa etária ($F_{3,299} = 4,677$, $p < 0,01$) e de cidade ($F_{3,299} = 13,376$, $p < 0,01$) sobre os escores médios de afetos positivos.

A Tabela 15 apresenta os resultados de comparações *post hoc* para cidade fornecidos pelo teste Tukey. É possível verificar claramente que os escores médios de afetos positivos são significativamente mais baixos para São Paulo (Média = 19,6) em comparação com as demais cidades ($p < 0,001$), que não se diferenciaram (Médias entre 22,8 e 24,1).

Tabela 15- Subconjuntos formados pelo teste Tukey HSD para comparações entre cidades para Afetos Positivos

Cidade	N	Subconjuntos	
		1	2
São Paulo	84	19,6	
Salvador	82		22,8
Socorro	85		23,2
João Pessoa	80		24,1

A Tabela 16 apresenta os resultados de comparações *post hoc* para faixa etária. Verifica-se que foram formados dois sub-conjuntos. Num deles, com escores mais elevados de afetos positivos está a faixa etária dos idosos (Média = 23,9), e no outro, com escores significativamente mais baixos estão os adultos (Média = 21,4) e os jovens (Média = 21,6). O teste de Tukey não diferenciou os participantes de meia-idade nem do sub-conjunto dos idosos, nem do sub-conjunto formado pelos adultos e jovens.

Tabela 16 - Subconjuntos formados pelo teste Tukey HSD para comparações entre faixas etárias para Afetos Positivos

Faixa etária	N	Subconjuntos	
		1	2
Adulto	88	21,4	
Jovem	80	21,6	
Meia-idade	83	22,8	22,8
Idoso	80		23,9

A Figura 2 mostra os escores médios de afetos positivos em função de faixa etária e de cidade. Como se pode verificar, em todas as cidades os idosos foram os que tiveram escores mais altos de afetos positivos e os adultos e jovens, os escores mais baixos. Não houve interação significativa entre faixa etária e cidade ($F_{9,299} = 0,522$, $p = 0,859$).

Figura 2. Escores médios de Afetos Positivos em função de idade e cidade.

Não foi encontrado efeito principal significativo de sexo ($F_{1,299} = 0,028$, $p = 0,867$), mas a interação entre sexo e idade ($F_{3,299} = 2,989$, $p < 0,05$) foi estatisticamente significativa. A Figura 3 ilustra o efeito de interação. Aplicando o teste *post hoc* de Tuckey verificou-se que dois subconjuntos foram formados para as mulheres e um conjunto homogêneo para os homens (Tabelas 17 e 18). É na velhice que as mulheres ultrapassam os homens quanto aos escores de afetos positivos.

Figura 3. Escores médios de Afetos Positivos em função de sexo e idade.

Tabela 17 - Subconjuntos formados pelo teste Tukey HSD comparando-se faixas etárias quanto a Afetos Positivos na amostra feminina

Faixa etária	N	Subconjuntos	
		1	2
Adulto	45	20,5	
Jovem	40	21,8	
Meia-idade	40	22,3	22,3
Idoso	40		25,0

Tabela 18 - Conjunto formado pelo teste Tukey HSD comparando-se faixas etárias quanto a Afetos Positivos na amostra masculina

Faixa etária	N	Subconjuntos
		1
Adulto	40	21,4
Jovem	43	22,3
Idoso	40	22,8
Meia-idade	43	23,2

A interação tripla sexo x idade x cidade não foi significativa ($F_{9,299} = 1,243$, $p = 0,268$).

5.2 Afetos Negativos

Um teste de Análise de Variância (ANOVA) revelou efeito principal significativo de faixa etária ($F_{3,298} = 7,535$, $p < 0,001$) e de cidade ($F_{3,298} = 3,325$, $p < 0,05$) sobre os escores médios de afetos negativos.

A Tabela 19 apresenta os resultados de comparações *post hoc* para cidade pelo teste de Tukey. É possível verificar claramente que os escores médios de afetos negativos foram significativamente mais altos em São Paulo (Média = 13,5) em comparação com Socorro (Média = 11,7) ($p < 0,01$). Salvador e João Pessoa situaram-se em posição intermediária (Médias = 12,3 e 12,4).

Tabela 19 - Subconjuntos formados pelo teste Tukey HSD para comparações entre cidades em relação a Afetos Negativos

Cidade	N	Subconjuntos	
		1	2
São Paulo	84	13,5	
João Pessoa	80	12,4	12,4
Salvador	82	12,3	12,3
Socorro	84		11,7

A Tabela 20 apresenta os resultados de comparações *post hoc* para faixa etária pelo teste de Tukey. Verifica-se que foram formados três sub-conjuntos. Num deles, com escores mais elevados de afetos negativos está a faixa etária dos jovens (Média = 13,8), e no outro, com escores significativamente mais baixos, está a faixa etária dos idosos (Média = 11,2). No sub-conjunto intermediário estão situados os participantes de meia-idade, claramente diferenciados dos jovens, e os adultos, claramente diferenciados dos idosos.

Tabela 20 - Subconjuntos formados pelo teste Tukey HSD para comparações entre faixas etárias em relação a Afetos Negativos

Faixa etária	N	Subconjuntos		
		1	2	3
Jovem	79	13,8		
Adulto	88	13,0	13,0	
Meia-idade	83		11,8	11,8
Idoso	80			11,2

A Figura 4 mostra os escores médios de afetos negativos em função de faixa etária e de cidade. Como se pode verificar, em todas as cidades os idosos foram os que tiveram escores mais baixos de Afetos Negativos e os adultos e jovens (com exceção de um ponto discrepante para os adultos de João Pessoa), os escores mais altos. Não houve interação significativa entre faixa etária e cidade ($F_{9,298} = 1,138$, $p = 0,335$).

Figura 4. Escores médios de Afetos Negativos em função de idade e cidade.

Não foi encontrado efeito principal significativo de sexo ($F_{1,298} = 0,883$, $p = 0,348$), mas um efeito marginalmente significativo de interação entre sexo e idade ($F_{3,298} = 2,121$, $p < 0,10$). A Figura 5 ilustra o efeito de interação. Aplicando o teste *post hoc* de Tuckey verificou-se que dois subconjuntos diferentes foram formados para as mulheres e para os homens (Tabelas 21 e 22). Enquanto para os homens os jovens se distinguem claramente das outras faixas etárias por apresentarem mais altos escores de afetos negativos, as mulheres adultas comparam-se às jovens quanto aos elevados escores de afetos negativos em comparação com as idosas, situando-se a meia-idade em posição intermediária.

Figura 5. Escores médios de Afetos Negativos em função de idade e sexo

Tabela 21 - Subconjuntos formados pelo teste Tukey HSD comparando-se faixas etárias quanto a Afetos Negativos na amostra feminina

Faixa etária	N	Subconjuntos	
		1	2
Adulto	45	14,0	
Jovem	39	13,6	
Meia idade	40	11,9	11,9
Idoso	40		11,0

Tabela 22- Conjunto formado pelo teste Tukey HSD comparando-se faixas etárias quanto a Afetos Negativos na amostra masculina

Faixa etária	N	Subconjuntos	
		1	2
Jovem	40	14,1	
Adulto	43		12,0
Meia idade	43		11,6
Idoso	40		11,3

A interação tripla sexo x idade x cidade não foi significativa ($F_{9,298} = 0,741$, $p = 0,671$).

5.3 Satisfação com a Vida

A Tabela 23 mostra as correlações encontradas entre avaliações de satisfação com a vida e qualidade de vida na cidade, afetos positivos e negativos para o conjunto dos participantes. Encontrou-se correlação positiva significativa entre os escores de afetos positivos e a avaliação de satisfação com a própria vida ($r = 0,14$, $p < 0,01$), a satisfação atribuída ao melhor amigo(a) ($r = 0,26$, $p < 0,001$) e a qualidade de vida na cidade em que se habita ($r = 0,36$, $p < 0,001$). Satisfação atribuída a figuras públicas foi a medida que menos se correlacionou com as demais.

Tabela 23 - Correlação entre escores de afetos positivos, afetos negativos, satisfação com a própria vida, satisfação atribuída ao melhor amigo e a figuras públicas e a qualidade de vida da cidade

	1	2	3	4	5	6
1. Afetos positivos	-	-0,61**	0,14**	0,26***	0,10	0,36***
2. Afetos negativos		-	-0,18***	-0,20***	-0,09	-0,23***
3. Satisfação com a própria vida			-	0,14**	0,06	0,05
4. Satisfação atribuída ao amigo				-	0,05	0,19**
5. Satisfação atribuída a figuras públicas					-	0,14**
6. Qualidade de vida na cidade						-

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

O teste de Análise de Variância (ANOVA) não revelou efeitos significativos de faixa etária ($F_{3,299} = 1,628$; $p = 0,183$), sexo ($F_{1,299} = 0,220$; $p = 0,640$) e cidade ($F_{3,299} = 0,383$; $p = 0,765$) sobre os escores médios de satisfação com a vida atribuídos a si mesmo.

O teste de Análise de Variância (ANOVA) não revelou efeito principal de idade, sexo ou cidade para a satisfação atribuída ao amigo. Contudo, a ANOVA revelou efeito significativo de interação tripla entre cidade, gênero e idade ($F_{1,299} = 4,124$; $p < 0,05$) para a satisfação atribuída ao amigo. Conforme mostra a Tabela 24, análises subsequentes através de teste t revelaram diferença entre os sexos apenas na cidade de Socorro para as faixas etárias jovem ($t = 2,546$; $gl = 18$; $p < 0,05$), adulta ($t = 3,200$; $gl = 22$; $p < 0,01$) e meia-idade ($t = 2,673$; $gl =$

19; $p < 0,05$). As mulheres socorrenses jovens e de meia-idade atribuíram valores inferiores de satisfação com a vida aos seus amigos, quando comparadas com homens socorrenses de mesma faixa etária. Na idade adulta, por sua vez, foram elas que atribuíram maior satisfação ao amigo em comparação com os homens adultos.

Tabela 24- Escores médios de satisfação atribuída pelos participantes ao melhor amigo, em função de sexo, faixa etária e cidade

Cidade	Feminino				Masculino			
	Jovem	Adulto	Meia-Idade	Idoso	Jovem	Adulto	Meia-Idade	Idoso
Socorro	6,1*	6,6**	5,6*	5,5	6,7*	5,6**	6,5*	6,3
São Paulo	5,4	6	5,1	5,2	6,2	5,4	6	5,4
João Pessoa	6,2	6,2	5,9	6,2	6,2	6	6,6	6,2
Salvador	6,2	5,0	6,5	5,9	6,5	6,1	5,8	6,1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Um teste de Análise de Variância (ANOVA) revelou efeito principal significativo de cidade ($F_{3,283} = 5,659$; $p < 0,01$) para a satisfação média atribuída a personalidades públicas. A Tabela 25 apresenta os resultados de comparações *post hoc* para cidade fornecidos pelo teste de Tukey. Verifica-se que foram formados dois subconjuntos. Num deles, com os escores médios mais baixos de satisfação com a vida atribuídos a personalidades públicas está a cidade de São Paulo (Média = 5,2), e no outro, com escores significativamente mais altos estão as cidades de Socorro (Média = 5,6) e João Pessoa (Média = 5,6). O teste de Tukey não diferenciou a cidade de Salvador nem do sub-conjunto de São Paulo, nem do sub-conjunto formado por Socorro e João Pessoa.

Tabela 25 – Subconjuntos formados pelo teste Tukey HSD para comparações entre cidades para a satisfação com a vida atribuída a personalidades públicas

Cidade	N	Subconjuntos	
		1	2
São Paulo	80	5,2	
Salvador	82	5,3	5,3
Socorro	84		5,6
João Pessoa	68		5,6

5.4 Satisfação com a Cidade

Um teste de Análise de Variância (ANOVA) revelou efeito principal significativo de idade ($F_{3,229} = 4,943$; $p < 0,01$) e de cidade ($F_{3,229} = 21,698$; $p < 0,001$) sobre os escores médios de satisfação com a cidade em que se vive.

A Tabela 26 apresenta os resultados de comparações *post hoc* para idade pelo teste de Tukey. É possível verificar claramente que os escores médios de satisfação com a cidade foram significativamente mais altos entre as pessoas de meia-idade (Média = 5,8) e idosos (Média = 5,8) em comparação com os jovens (Média = 5,2). Adultos situaram-se em posição intermediária (Média = 5,4).

Tabela 26 – Sub-conjuntos formados pelo teste de Tukey HSD para comparações entre faixas etárias em relação aos escores médios de satisfação com a cidade em que se vive

Faixa Etária	N	Subconjuntos	
		1	2
Jovem	75	5,2	
Adulto	86	5,4	5,4
Meia-Idade	77		5,8
Idoso	76		5,8

A Tabela 27 apresenta os resultados de comparações *post hoc* para cidade pelo teste de Tukey. Verifica-se que foram formados três sub-conjuntos. Num deles, com escores mais

baixos de satisfação com a cidade, está a cidade de São Paulo (Média = 4,7), e no outro, com escores significativamente mais elevados está a cidade de João Pessoa (Média = 6,3). No subconjunto intermediário estão situadas as cidades de Salvador (Média = 5,7) e Socorro (Média = 5,7), claramente diferenciadas de São Paulo e João Pessoa.

Tabela 27 – Subconjuntos formados pelo teste Tukey HSD para comparações entre cidades em relação aos escores médios de satisfação com a cidade em que se vive

Cidade	N	Subconjuntos		
		1	2	3
São Paulo	80	4,7		
Salvador	82		5,7	
Socorro	84		5,7	
João Pessoa	68			6,3

A Figura 6 mostra os escores médios de satisfação com a cidade em função de faixa etária e de cidade. Como se pode verificar, foi o município de São Paulo que apresentou entre jovens e adultos os mais baixos escores de satisfação com a cidade. Por outro lado, enquanto os escores de satisfação com a cidade tendem a decair na meia-idade em Socorro, João Pessoa e Salvador, em São Paulo observa-se efeito inverso: os escores de satisfação apresentam notável aumento.

Figura 6. Escores Médios de Satisfação com a cidade em que se vive em função de idade e cidade

6. DISCUSSÃO

Ao nos voltarmos à literatura relativa ao bem-estar, encontramos pesquisas internacionais que têm investigado a relação entre a experiência de afetos e idade. Dentre esses trabalhos, temos o de Ryff (1989) que destaca o fato do índice de equilíbrio de afetos (afetos positivos menos afetos negativos) aumentar à medida que as pessoas envelhecem. Os jovens seriam menos felizes do que pessoas de meia-idade e idosas. Rossi e Rossi (1990) encontraram, num estudo feito com população de 19 a 92 anos, que tanto afetos positivos como negativos declinam com o aumento da idade, sendo tal declínio maior para a frequência de afetos negativos. Diener, Sandvik e Larsen (1985) não encontraram diferenças quanto à frequência de afetos. Relatam apenas ter verificado menor intensidade de afetos em grupos de maior idade.

A observação dos relatos de estado de ânimo e de satisfação com a vida nas diferentes faixas etárias realizada na presente pesquisa demonstrou que as pessoas idosas relatam maior frequência de afetos positivos e menor frequência de afetos negativos quando comparadas com adultos e jovens, resultado semelhante ao encontrado no estudo de Ryff (1989). Adicionalmente, ao contrário do que Rossi e Rossi (1990) afirmaram, em nossos resultados não encontramos efeito de atenuação afetiva global associado ao envelhecimento: a atenuação encontrada restringiu-se à dimensão negativa. Desta forma, consideramos que nossos resultados estão de acordo com as previsões feitas pela teoria da seletividade socioemocional, descrita por Cartensen (1995) e Cartensen e Turk-Charles (1994), segundo a qual o bem-estar aumenta com a idade em função de uma melhor regulação de emoções. Segundo essa perspectiva, o aumento da frequência de afetos positivos e a queda da frequência de afetos negativos que observamos entre idosos poderia ser explicada pelo fato das pessoas mais velhas apresentarem uma maior adaptação aos eventos da vida e às alterações vivenciadas em

contextos sociais. Os idosos seriam mais efetivos em selecionar ou lidar com situações de maneira a maximizar afetos positivos e minimizar afetos negativos, uma maneira positiva de reagir aos eventos da vida muito semelhante àquela exposta pelo filósofo Demócrito como forma de se atingir a felicidade.

Consideramos que nossos resultados, que apóiam a idéia de uma maior adaptação dos idosos aos eventos da vida, poderiam ser explicados em termos de um aperfeiçoamento de habilidades sociais adquiridas com a maturidade. Assim como Del Prette e Del Prette (1999), Neri (2001b) e Carneiro e Falconi (2004) já destacaram, a habilidade social promove o desenvolvimento e a manutenção de relacionamentos benéficos e sustentadores para o indivíduo, que auxiliam numa velhice bem-sucedida. Nossa hipótese é que à medida que vamos envelhecendo vamos também aperfeiçoando nossas habilidades sociais. As habilidades sociais mais aperfeiçoadas, por sua vez, auxiliariam o idoso a desenvolver relacionamentos interpessoais benéficos, que oferecem maior segurança e amparo para o enfrentamento de problemas. O suporte social, desta forma, auxiliaria o idoso a ter condutas mais adaptativas diante das circunstâncias da vida, resultando em mais afetos positivos e menos afetos negativos (maior Bem-Estar Subjetivo).

Além do aperfeiçoamento da habilidade social e do conseqüente desenvolvimento de maiores e mais fortes redes de apoio ao longo da vida, existe a hipótese de que a melhor adaptação dos idosos às circunstâncias da vida seja resultado de um maior ajustamento entre suas aspirações e suas realizações. Segundo Argyle (1989), os jovens teriam expectativas muito grandiosas para o futuro e uma baixa realização de suas metas, o que causaria frustração e descontentamento. Pessoas mais velhas, por sua vez, se acomodariam mais diante dos fatos da vida, idealizariam menos seu futuro, diminuindo a discrepância entre seus planos/expectativas

e as metas atingidas. Essa hipótese de Argyle também seria cabível para a interpretação de nossos resultados. De fato, além de encontrarmos que os idosos são aqueles que apresentam mais afetos positivos e menos afetos negativos em comparação com outras faixas etárias, encontramos que os jovens são os que apresentam os mais altos escores médios de afetos negativos e um dos mais baixos escores médios de afetos positivos. São também eles que estão menos satisfeitos com as cidades em que vivem. Parece viável considerar que a idealização e preocupação com o futuro – mais típica dos jovens – somada à sensação de frustração com metas não atingidas torne o momento presente de suas vidas menos atrativo ou satisfatório, causando decréscimo nos relatos positivos de estado de ânimo e aumento de relatos de descontentamento com o lugar em que estão.

A interpretação dos dados referentes à relação idade e bem-estar apresentada nesta dissertação, contudo, deve ser acompanhada de algumas observações quanto à metodologia utilizada, descritas a seguir.

Existem na literatura dados que dizem respeito à elevada frequência de doenças afetivas na terceira idade, como a depressão (STELLA et al., 2002). Pesquisas indicam prevalência entre 2 a 14% da doença entre idosos que vivem em comunidades (EDWARDS, 2003), chegando a 30% de prevalência entre idosos residentes de instituições (PAMERLEE et al., 1989). Lazaeta (1994) também destaca o alto nível de estresse da vida do idoso, devido a fatores como o declínio biológico/perda de autonomia e a falta de definição sócio-cultural de atividades em que o idoso pudesse se perceber útil e alcançar reconhecimento social. Estes dados estão em evidente contradição com nossos resultados e conclusões, que apresentam um ângulo extremamente positivo do envelhecimento. Consideramos que isto se relaciona aos lugares escolhidos para a aplicação dos questionários no presente estudo. A aplicação dos

questionários foi realizada em ambientes públicos como parques, praças, espaços interativos de supermercados e praias. Portanto, nossa amostra de idosos foi constituída por pessoas com autonomia, que saem, fazem compras, vão a parques, interagem com outras pessoas, assim como pessoas de faixas etárias mais novas. Nossa amostra não compreendeu idosos debilitados em função de doenças graves, enclausurados em instituições ou em outras situações dramáticas. Por conseguinte, o local da entrevista pode ter servido como um fator de seleção de idosos ativos, não debilitados, uma amostra diferente das que são comumente usadas em estudos epidemiológicos ou de avaliação institucional. Logo, nossa interpretação de que o envelhecimento humano apresenta-se como um processo vivenciado de maneira positiva pelas pessoas deve ser considerado à parte de perdas dramáticas (por exemplo, internação institucional, perda completa de autonomia) que não foram avaliadas na presente pesquisa.

Adicionalmente, ainda que tenhamos favorecido a teoria da seletividade emocional, como explicação para a relação encontrada entre idade e experiência afetiva, podem ser apresentados argumentos contrários. Não descartamos, por exemplo, a possibilidade de influência de componentes hereditários na determinação do bem-estar das pessoas, conforme indica a perspectiva do set-point (TELEGGEN, 1989; COSTA; MCCRAE, 1980). A verificação de causalidade entre bem-estar e traços de personalidade não foi foco da presente pesquisa. As escalas aplicadas não envolviam avaliações de traços de funcionamento emocional dos participantes que nos autorizassem a confirmar ou refutar a previsão do set-point. Da mesma forma, consideramos que não podemos desconsiderar algumas das previsões feitas pela teoria de indicadores sociais (RYFF, 1995). Ainda que tenhamos verificado que aumento da idade não tem relação negativa com bem-estar e satisfação, pesquisas adicionais

necessitam ser feitas em relação a outros indicadores, como a importância do status marital e da renda, que não foram foco de um severo controle experimental em nosso estudo.

A presente pesquisa mostra que relatos de afetos positivos e negativos podem ser modulados por gênero em faixas etárias específicas: em nosso estudo mulheres adultas tenderam a apresentar mais afetos negativos do que homens de mesma faixa etária e apresentaram mais afetos positivos do que eles na faixa etária idosa.

Diferenças sexuais situando mulheres em situação de maior risco de desordens depressivas e de ansiedade são reconhecidas e uma explicação biológica possível enfatiza a função dos hormônios reprodutivos no estabelecimento e na exacerbação dos distúrbios (ex: BLEHAR, 1995). Brincat et al. (1984) e Roca (1999), por exemplo, constataram que mulheres em perimenopausa e pós-menopausa demonstram melhora significativa de queixas depressivas após o uso de estrógenos quando comparadas com grupos controle. Não descartamos em nossa pesquisa, portanto, a possibilidade de parte das diferenças encontradas nos relatos femininos de afetos positivos e negativos ter relação com alterações hormonais.

A tendência observada em nosso estudo para a faixa etária adulta, das mulheres apresentarem mais afetos negativos que os homens, está de acordo com o resultado de diversas pesquisas voltadas à investigação da relação bem-estar e gênero que enfatizam a presença de menor Bem-Estar Subjetivo entre mulheres (BEN-ZUR, 2003; WHITE; EDWARDS, 1990; BURKE; WEIR, 1978). A meta-análise realizada por Pinquart e Sorensen (2001), é um bom exemplo desses estudos. Os autores encontraram, através dos achados de 300 estudos empíricos relacionados à felicidade e gênero, que as mulheres apresentam auto-conceito menos positivo e menos relatos de Bem-Estar Subjetivo quando comparadas com homens,

resultado coerente com a maior frequência de afetos negativos encontrada em nosso estudo para as mulheres adultas.

Consideramos que a maior frequência de afetos negativos relatada pelas mulheres adultas de nossa amostra pode ser explicada em partes pela hipótese levantada por Reskin e Converman (1985) de que a vida da mulher tende a ser mais estressante que a vida dos homens, visto que elas estão mais expostas a fatores negativos como desemprego e salários baixos. De fato, nossa consulta ao banco de dados do IBGE, relacionado ao rendimento mensal obtido por homens e mulheres nas quatro cidades utilizadas na pesquisa, revelou que em todas as localidades as mulheres ganham menos que os homens. Na cidade de São Paulo, por exemplo, as mulheres ganham em média R\$ 542,03 a menos por mês do que os homens. Ao mesmo tempo, o banco de dados do IBGE revela que é cada vez maior o número de mulheres chefes-de-família no Brasil (GRABOIS, 2006). Consideramos que salários baixos associados à responsabilidade cada vez maior pelo sustento da família podem ser fatores estressantes e prejudiciais à qualidade de vida das mulheres, ajudando a explicar o aumento de afetos negativos observado entre elas no presente estudo.

Porém, como foi dito anteriormente, não podemos considerar que a explicação de baixos salários e desemprego entre mulheres seja uma hipótese que justifique por completo nossos dados de mais afetos negativos entre o sexo feminino na faixa etária adulta. Isto porque, considerando que tais problemas também devem ocorrer entre mulheres mais jovens e mais velhas, seria de se esperar que as mulheres das demais faixas etárias de nossa pesquisa (jovens, de meia-idade e idosas) também relatassem mais afetos negativos quando comparadas com os homens das demais faixas etárias (jovens, de meia-idade e idosos), o que não ocorreu. A explicação que nos parece mais plausível, neste caso, é que as mulheres

adultas além de sofrerem com a questão dos baixos salários e da responsabilidade pelo sustento familiar, estão, adicionalmente, num período de suas vidas em que o conflito entre vida familiar versus vida profissional está mais acirrado. Conforme Tavis e Offir (1977) destacaram, o conflito maternidade x emprego é um grande fator de estresse, já que as mulheres acabam ficando numa posição de dupla-jornada: ou se tornam donas-de-casa insatisfeitas pelo isolamento e pela falta de reconhecimento social, ou saem de casa para trabalhar e ficam divididas entre as demandas do emprego e as da casa. A hipótese de Tavis e Offir (1977) torna-se condizente como explicação de nossos dados quando notamos que as mulheres adultas de nossa amostra têm idades entre 20 e 39 anos, o período mais comum para a inserção no mercado de trabalho/ formação profissional e constituição familiar.

Em contrapartida - num sentido completamente oposto ao observado entre as mulheres adultas de nosso estudo e às colocações de Argyle (1987) de que os homens se tornariam mais felizes com o decorrer do tempo enquanto as mulheres se tornariam mais infelizes – encontramos que na faixa etária idosa as mulheres apresentam mais afetos positivos que os homens. Diante deste resultado, levantamos a hipótese de que, passadas as questões conflituosas da fase adulta (salários baixos x responsabilidade pelo sustento familiar; emprego x maternidade), as mulheres desenvolvem maior habilidade para lidar com situações problemáticas e elaborar vivências difíceis. Dessa maneira, as situações conflituosas mais precoces funcionariam como situações de aprendizagem para adaptação e superação de circunstâncias aflitivas da vida para as mulheres mais velhas.

Além da questão do aprendizado a partir de experiências aflitivas, gostaríamos de destacar, ainda, que as mulheres também apresentam atitudes bastante peculiares de auto-cuidado que talvez possam ajudar no incremento da experiência afetiva positiva nas fases mais tardias do

desenvolvimento. Mulheres idosas freqüentemente cuidam dos netos e da casa, o que lhes confere um papel social relevante. Procuram mais por tratamentos psicológicos que homens (SANTOS et al, 1993; ENÉAS et al, 2000), além de contar mais com ambientes informais de apoio social. Estas atitudes podem atuar como formas terapêuticas de alívio de estresse, ajudando no aumento de afetos positivos e, talvez, no aumento do tempo de vida delas que é em média 7,8 anos maior que o tempo de vida dos homens¹³ (ARGYLE, 1989; IBGE 2004).

A presente pesquisa revelou que além de variáveis pessoais, como gênero e idade, variáveis situacionais, como a cidade em que se vive, podem influenciar o auto-relato de afetos positivos e negativos. Em nosso estudo observamos que os habitantes da cidade de São Paulo relatam menos afetos positivos que habitantes das cidades de Salvador, Socorro e João Pessoa. Também são os habitantes da capital paulista que apresentam os maiores escores médios de afetos negativos quando comparados com habitantes das outras três cidades (ainda que diferença significativa tenha sido encontrada apenas entre os escores de afetos negativos de São Paulo e Socorro).

Ao contrário da tendência observada por Diener, Diener e Diener (1995), Veenhoven (1991), Gallup (1976) e Inglehart (1990) de que maior Bem-Estar Subjetivo/maior satisfação com a vida estão associados a maior riqueza/maior Produto Interno Bruto (PIB) nos diferentes países, em nosso estudo os maiores escores de afetos positivos e os menores escores de afetos negativos foram claramente encontrados nas cidades com menor PIB: foi Socorro, a cidade utilizada na pesquisa com menor PIB, que apresentou os menores escores de afetos negativos, e foi João Pessoa, a segunda cidade com menor PIB utilizada na pesquisa, que apresentou os maiores escores de afetos positivos. Os escores de satisfação com a cidade em que se vive

¹³ A expectativa de vida da mulher brasileira é de 72,6 anos, enquanto a do homem brasileiro é de 64,8 anos (In: IBGE 2001/2004).

também apresentaram um padrão oposto ao que seria de se esperar a partir do PIB das cidades. São Paulo, a cidade utilizada na pesquisa com maior PIB, além de ser o município que apresentou os menores escores de afetos positivos e os maiores escores de afetos negativos, foi o município que apresentou os menores escores de satisfação da população com a cidade.

Consideramos que este conjunto de resultados, contrário à perspectiva de que o PIB é um indicador positivo de bem-estar, está diretamente relacionado com o fato do PIB não servir como um indicador exato da qualidade de vida da população nas cidades avaliadas. Conforme Diener e Suh (1999) destacam, o PIB relaciona-se positivamente com o bem-estar relatado quando implica num aumento de oportunidades para a população de criar uma vida desejável, e esse padrão não é necessariamente o observado nas cidades que selecionamos. Por exemplo, os dados do IBGE e da Organização Mundial da Saúde demonstram que São Paulo, a cidade com maior PIB e com os valores mais elevados de renda mensal da população, é também a cidade que apresenta os maiores índices de violência interpessoal. Segundo Bocaccina (2004) a capital paulista é uma das cidades mais violentas do mundo, com índices de homicídio inferiores apenas a lugares como Medellín e Cali (na Colômbia), Cidade da Guatemala (na Guatemala) e San Salvador (em El Salvador). Sala (2004) destaca, mediante os índices criminais de São Paulo, que a violência interpessoal repercute de maneira a dificultar a convivência humana na capital paulista, já que a violência, acompanhada do medo que desperta, acaba levando à perda do espaço público de convivência e à busca de estratégias individuais de segurança que isolam os indivíduos uns dos outros, causando queda na qualidade de vida da população.

Além dos maiores índices de violência interpessoal observados em São Paulo, vale lembrar que os mais elevados valores de renda mensal da população da capital paulista não implicam, necessariamente, em mais pessoas recebendo maiores quantias de dinheiro do que nas outras cidades. Os dados do IBGE revelam que grande parcela da população paulista (38,15%) não possui rendimento algum, o que destaca o problema da concentração de renda e, por conseguinte, da desigualdade social – fenômeno que potencializa ainda mais a criminalidade (OLIVEIRA, 2006) e minimiza o bem-estar. Desta forma, inclinamo-nos a dizer que os maiores escores de afetos negativos, os menores escores de afetos positivos e a menor satisfação com a cidade, observados na presente pesquisa entre habitantes da cidade de São Paulo, refletem o impacto de indicadores sociais negativos na vida dos paulistas, tais como a desigualdade social/concentração de renda e a violência.

Quando consideramos, porém, que os piores relatos de estado de ânimo dos paulistas podem ser devidos ao impacto negativo de indicadores sociais na qualidade de vida, como a desigualdade social e a violência, resta a dúvida do porquê que as cidades de Salvador e João Pessoa diferenciaram-se da capital paulista apresentando relatos superiores de afetos positivos e de satisfação com a cidade. Isto porque Salvador, por um lado, é a cidade que apresenta – dentre as quatro cidades selecionadas na pesquisa - o maior número de pessoas na população (com mais de dez anos de idade) sem nenhum rendimento mensal, dado sugestivo de elevada concentração de renda e desigualdade social, assim como ocorre em São Paulo. João Pessoa, por outro lado, apresenta o segundo maior índice de homicídios na população dentre as quatro cidades utilizadas na pesquisa (perdendo apenas para São Paulo), além de ter o segundo maior número de pessoas sem rendimento mensal (perdendo apenas para Salvador), dados também sugestivos de elevada concentração de renda e de violência interpessoal na cidade paraibana. Desta forma, supomos que, além do impacto de indicadores sociais negativos presentes num

município, a experiência afetiva de uma população também pode ser influenciada por outras características do local, tais como o estilo cultural.

Segundo Hofstede (1980) dois estilos culturais gerais podem ser usados para classificar diferentes sociedades: um estilo individualista, em que a ênfase da cultura está na independência/liberdade dos indivíduos, e um estilo coletivista, em que a ênfase da cultura está na interdependência do indivíduo com outras pessoas. A tendência individualista parece ser uma resposta adaptativa a comunidades urbanas grandes e anônimas e a uma economia comercial, enquanto a tendência coletivista parece ser uma resposta adaptativa a pequenas comunidades face-a-face e a uma economia mais voltada à subsistência (KELLER et al, 2002). Levando em conta a classificação proposta por Hofstede (1980), consideramos plausível que a cidade de São Paulo apresente uma sociedade mais individualista que as demais cidades analisadas no presente estudo. São Paulo é a maior e mais populosa cidade brasileira, e assim como Oliveira (2005) assinala, quanto maior é uma cidade, mais as pessoas são estranhas umas às outras, mais intenso e saliente é o anonimato, e maior é o predomínio de condutas individualistas sobre condutas coletivistas. A minimização de condutas voltadas para as necessidades e interesses grupais resulta num empobrecimento de redes sociais de apoio. Acreditamos que mediante situações problemáticas (como as situações de pobreza, violência), observadas na capital paulista, a falta de maiores redes de apoio social intensifica a sensação de desamparo e solidão dos indivíduos, levando ao declínio de estados de ânimo positivos e ao aumento de estados de ânimo negativos na população. Essa idéia do declínio da experiência afetiva positiva na cidade de São Paulo ser acentuada pela ausência de fortes redes de apoio social está de acordo com as observações feitas por Andersen (2001) e Diener (2000) de que, se por um lado o individualismo pode servir de base para a liberdade e para a

democracia, por outro lado, ele pode servir de base para o egoísmo, relações superficiais e solidão, resultando em menor bem-estar.

Por conseguinte, consideramos que, ainda que as cidades de Salvador e João Pessoa tenham também indicadores sociais bastante negativos, a cultura nordestina mais voltada aos interesses grupais/coletivos acaba por fornecer aos indivíduos redes de apoio social mais ricas diante de circunstâncias atribuladas, minimizando a sensação de solidão/desamparo, e resultando em relatos de estado de ânimo mais positivos dos indivíduos em comparação com os paulistas da capital. Já em relação à cidade de Socorro, ainda que esteja situada próxima da capital paulista e compartilhe muitos traços culturais com a metrópole, acreditamos que também apresente características culturais mais coletivistas em comparação com São Paulo. Socorro é uma cidade interiorana pequena, de baixa densidade demográfica, o que facilita a formação de redes de apoio social maiores e mais estáveis. Em cidades pequenas as pessoas estão mais próximas entre si: se conhecem melhor, se encontram mais, conversam mais, interferem mais umas na vida das outras, o que intensifica o contato, a formação de laços relacionais e, portanto, intensifica o suporte social que a comunidade oferece aos indivíduos diante das atribulações da vida, auxiliando os indivíduos a minimizar afetos negativos e a manter maiores frequências de afetos positivos, conforme observamos na análise de nossos dados.

Questão Teórica da Dissociação de Afetos

Os estudos relacionados aos componentes de estados afetivos da experiência colocam a questão da independência relativa entre afeto positivo e negativo. Por exemplo, Kammann, Farry e Herbison (1982) encontraram relações inversas entre afeto positivo e negativo, ou seja, aumento de um estava associado à redução do outro. Por outro lado, Bradburn (1969),

em seu trabalho clássico sobre a estrutura do bem-estar psicológico e sobre a felicidade, distinguiu afetos positivos de afetos negativos. Ryff (1989) encontrou que respostas sobre funcionamento positivo não predizem respostas a questões sobre funcionamento negativo, sendo que as duas dimensões também parecem ter correlatos diferentes, ou seja, afeto positivo e negativo são dimensões distintas do bem-estar.

A análise de dados da presente pesquisa revelou relativa dissociação entre as duas dimensões: afetos positivos e afetos negativos. Os idosos denotaram vivenciar mais afetos positivos e menos negativos quando comparados com jovens e adultos, o que equivaleria a dizer que os dois afetos seriam dependentes, já que variam inversamente. Todavia, quando relacionamos a frequência de experiência de afetos para os tipos de cidade, observa-se que, ainda que o resultado obtido entre as cidades de São Paulo e Socorro seja bidimensional (São Paulo denota aumento de afetos negativos e diminuição de afetos positivos em relação à cidade interiorana), o resultado encontrado na comparação de afetos positivos e negativos entre São Paulo e as demais cidades (João Pessoa e Salvador) é unidimensional: são os escores de afetos positivos que em média são significativamente inferiores na capital paulista.

Os resultados relativos à interação sexo e idade também apresentaram efeito unidimensional. Mulheres adultas apresentaram maior frequência de afetos negativos do que homens de mesma idade, não havendo nenhuma diferença significativa, neste caso, com a frequência de afetos positivos. Já as mulheres idosas, ao contrário das mulheres adultas, apresentaram mais afetos positivos quando comparadas com homens de mesma idade, não havendo alteração quanto à afetividade negativa.

Em vista de tais resultados, conclui-se que há relativa dissociação entre as duas dimensões afetivas em questão, como apontaram Ryff (1985) e Bradburn (1969). Levantamos a hipótese de que a satisfação de vida, que é maior à medida que há predomínio de afetos positivos sobre os negativos, é influenciada tanto por uma relação complementar entre afetos positivos e negativos (uma dimensão aumenta na proporção em que a outra diminui), como por um efeito unidimensional (apenas um dos afetos aumenta ou diminui em frequência), o que enfatiza a necessidade de que instrumentos que se propõem a avaliar o funcionamento humano ótimo sejam construídos de maneira a levar em consideração a manifestação de ambas dimensões.

III) CAPÍTULO 3

ESTUDO 2

1. INTRODUÇÃO: Desejabilidade Social como variável correlata de auto-relatos de afetos

“ Falar muito de si mesmo pode ser também um modo de se esconder.”

Nietzsche

Dados e medidas obtidos através de auto-relato podem ser influenciados por desejabilidade social (DS) (BALLARD, 1992), que pode ser definida como: “uma necessidade de aprovação e aceitação social e a crença de que tal necessidade pode ser alcançada por meio de comportamentos aceitos como apropriados culturalmente” (CROWNE; MARLOWE, 1964, p. 109).

Parte dos estudos relacionados à possível influência de DS em auto-relatos tem sido desenvolvida dentro de áreas da psicologia responsáveis pelo recrutamento profissional em Organizações, que desde os anos 80 têm utilizado medidas de avaliação de traços de personalidade como preditores de desempenho individual no emprego e de outros comportamentos importantes relacionados ao trabalho (SMITH; ELLINGSON, 2001). A possibilidade de distorções de respostas por meio de mentiras ou respostas desejáveis socialmente em contextos variados (ex. seleção profissional) fez com que muitos pesquisadores reafirmassem tradicionais objeções a tais mensurações baseadas em inventários de personalidade e comportamento (SMITH; ELLINGSON, 2001).

Com o objetivo de avaliar possíveis vieses ligados ao desejo de aceitação social de examinandos de testes de personalidade e estados de ânimo, Crowne e Marlowe (1960; 1964) construíram uma escala de desejabilidade social (*The Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*) de 33 itens. Encontraram que indivíduos que apresentam alta DS tendem a buscar aprovação de outras pessoas através de comportamentos vistos como bem-aceitos socialmente. Para tanto, costumam negar traços ou comportamentos indesejáveis na cultura e admitir apenas aqueles bem vistos.

Nederhof (1985) verificou que pessoas com altos escores de DS são menos propensas a responder questões a respeito de si mesmas de forma a refletir aspectos desfavoráveis quando comparadas com pessoas com baixos escores. Beehr (1983) encontrou relação significativa entre alta DS e aumento de relatos de eventos positivos/declínio de relatos de eventos negativos.

Em estudo realizado com 76 pacientes abstinentes de uso de heroína, altos escores de desejabilidade social mostraram-se associados a menos relatos de desejo de retomada de consumo da droga (MARISSEN et al., 2005)

A influência de DS sobre auto-relatos pode variar em função do contexto motivacional. Schmit e Ryan (1993), por exemplo, observaram que em situações em que não há consequências positivas ou negativas associadas ao relato apresentado e nem são dadas instruções de maneiras mais corretas de se dar as respostas, as pessoas não são tão incitadas a distorcer suas respostas do que em contextos que se tem claros motivos para fazer distorções (ex. uma situação de procura por emprego). Da mesma forma, McCrae e Costa (1983) relataram que a utilização de respondentes voluntários em pesquisas pode propiciar resultados

diferentes daqueles obtidos entre respondentes inseridos em meios de seleção profissional/recrutamento, dado o grau dissimilar de motivação para distorção de auto-apresentação nos dois contextos.

Diener e Suh (1999) observaram que as pressões sociais de situações específicas influenciam o relato subjetivo de mais ou menos felicidade, produzindo, assim, escores viesados de BES. Sudman, Greeley e Pinto (1967) encontraram que as pessoas relatavam maiores níveis de felicidade quando as respostas eram anotadas por entrevistadores do que quando elas próprias preenchiam o questionário. Moum (1996) observou que pessoas jovens tendiam a relatar menor depressão em entrevistas do que em questionários auto-administrados, enquanto respondentes mais velhos não demonstraram qualquer diferença entre as formas de relato. King e Buchwald (1982), por outro lado, não encontraram influência da maneira de relatar respostas (entrevista versus auto-preenchimento) sobre os escores de Bem-Estar Subjetivo obtidos.

A auto-apresentação favorável pode assumir diversas formas. A tendência à modificação da própria imagem de forma culturalmente aceita é um aspecto de uma complexa matriz de fatores, motivos e padrões de comportamento que influenciam escolhas de como se apresentar e agir no meio social (ANDREWS; MEYER, 2003). Paullhus (1990) propôs que a desejabilidade social é constituída por dois componentes: a auto-apresentação para si mesmo, uma concepção extremamente positiva de si próprio, e a auto-apresentação para os outros, forma de auto-apresentação planejada para criar uma impressão favorável nas outras pessoas e influenciar o seu julgamento.

Para Chen et al. (1997), alguns termos utilizados em escalas de afetos estão mais propensos a serem associados a valores de aprovação e desaprovação social. Muitas pessoas, por exemplo, podem não gostar de utilizar palavras como “inútil” ou “desprezível” para se auto-descrever/avaliar, o que pode promover viés em dados obtidos.

De acordo com Edwards (1953) duas razões possíveis podem ser consideradas para a relação positiva entre probabilidade de endossar uma resposta e o valor de desejabilidade. Primeiramente, respondentes podem endossar respostas baseados em como se sentem. Nesse caso, os traços/afetos avaliados pelos itens relacionados com favorável auto-apresentação (afetos positivos) podem ser apenas mais prevalentes na cultura do que aqueles indicados e avaliados pelos itens relacionados a uma auto-apresentação menos favorável (afetos negativos). Por conseguinte, a maioria das pessoas tenderia a endossar mais itens referentes a afetos positivos, desejáveis, e menos itens relacionados a afetos negativos, indesejáveis. Outra possibilidade poderia ser que os respondentes conscientemente ou inconscientemente endossem itens mais desejáveis em função de almejarem aparentar traços, atitudes, mais positivas.

Gotlib e Meyer (1986) especularam a possibilidade das pessoas terem limiares diferentes para endossar itens de afetos positivos e negativos. Seria possível, por exemplo, que pessoas com alta DS reportassem sentimentos de irritabilidade no trabalho apenas quando expostas a situações extremamente indesejáveis, enquanto pessoas com baixa DS relatariam sentimentos de irritabilidade em condições menos extremas.

2. OBJETIVO

No Estudo 1 constatamos que aumento da frequência de afetos positivos em relação à frequência de afetos negativos estava associado ao aumento da idade. O objetivo do Estudo 2 foi verificar até que ponto o padrão de resultados de Desejabilidade Social replicaria o padrão de resultados obtido para a Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS) através da aplicação da Escala de Desejabilidade Social de Crowne e Marlowe (1960) a uma amostra de participantes com distribuição por sexo e idade semelhante a do primeiro estudo.

2.1 Hipóteses

- 1) Se idosos relataram maiores escores de afetos positivos e menores escores de afetos negativos que pessoas de faixas etárias mais jovens e isto é motivado por desejos mais intensos de aprovação e aceitação social, espera-se que pessoas idosas apresentem maiores escores de desejabilidade social (DS) em comparação com pessoas mais jovens.
- 2) O mesmo raciocínio vale para o efeito de interação entre idade e gênero encontrado no Estudo 1 para relatos de afetos positivos e para relatos de afetos negativos. As mulheres idosas relataram mais afetos positivos que os homens idosos e os homens adultos relataram menos afetos negativos que as mulheres adultas. Esperava-se que homens adultos apresentassem maiores escores de DS que mulheres adultas, assim como mulheres idosas apresentassem maiores escores de DS que homens da faixa etária idosa.

2.2 Relevância Prática do Estudo

Considera-se que a principal relevância prática deste trabalho centra-se no fato de que o conhecimento de variáveis que possam influenciar resultados obtidos em escalas de afetos (ex. desejabilidade social) é de essencial importância para a realização de futuras pesquisas que assegurem resultados confiáveis relacionados a estados de ânimo e qualidade de vida.

3. MÉTODO

3.1 Participantes

Uma amostra de 115 pessoas distribuídas em função de faixa etária e sexo, conforme discriminado na Tabela 28, respondeu uma escala sobre Desejabilidade Social. Todos os participantes eram habitantes da cidade de Socorro (interior de São Paulo).

Tabela 28 – Distribuição da amostra de participantes (N) em função de faixa etária e sexo

Faixa Etária	Sexo	N
Jovem	Feminino	16
	Masculino	15
	Total	31
Adulto	Feminino	20
	Masculino	10
	Total	30
Meia-Idade	Feminino	13
	Masculino	13
	Total	26
Idoso	Feminino	13
	Masculino	15
	Total	28
Total	Feminino	62
	Masculino	53
	Total	115

3.2 Material

Utilizou-se a Escala de Desejabilidade Social Marlowe-Crowne (CROWNE; MARLOWE, 1960), traduzida para o português a partir do original em inglês (Anexo F). Esta tem sido uma escala amplamente utilizada para avaliar desejabilidade social (MOORMAN; PODSAKOFF, 1992). Ela contém 33 afirmações verdadeiro-falso e os participantes devem

assinalar uma das duas alternativas para cada um dos itens. Escores elevados indicam alta desejabilidade social ou necessidade de aprovação.

3.3 Procedimento

Foi utilizado basicamente o mesmo procedimento da aplicação da PANAS (Estudo 1). Os participantes foram abordados em locais públicos por uma pesquisadora previamente treinada, que os convidou a participar de uma pesquisa em desenvolvimento no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. O próprio participante foi responsável pelo preenchimento de seu questionário, exceto nos casos de pessoas idosas, que apresentavam dificuldades de preenchimento. Nesse caso, ficava a cargo do entrevistador ler os itens e anotar as respostas dadas. Explicações relativas a itens da escala foram oferecidas caso fossem solicitadas pelos participantes. Os dados obtidos foram posteriormente tabulados em planilhas eletrônicas (Excel), analisados estatisticamente com ajuda do programa SPSS versão 13.0 e comparados com os resultados obtidos no Estudo 1 de relatos de estados de ânimo em diferentes faixas etárias na cidade de Socorro.

A coleta de dados com a escala de DS na cidade de Socorro foi realizada no período de Junho de 2004 a Julho de 2004.

4. RESULTADOS

4.1 Desejabilidade Social

Aplicando-se um teste de Análise de Variância 2 (sexo) x 4 (idade) aos resultados obtidos na amostra em que se aplicou a Escala de Desejabilidade Social, verificou-se efeito principal estatisticamente significativo de idade ($F_{3,107} = 6,374$, $p < 0,001$). Comparações *post hoc* pelo teste de Tuckey mostraram dois subconjuntos (Tabela 29), um deles formado pelos participantes jovens e adultos e outro formado pelos idosos. Os participantes de meia-idade colocaram-se numa posição intermediária e não se diferenciaram nem de um subconjunto nem do outro. Consta-se que os idosos foram aqueles com escores médios mais elevados de desejabilidade ou aprovação social, enquanto os jovens e adultos foram aqueles com escores mais baixos.

Tabela 29 - Escores médios indicativos de desejabilidade social distribuídos em função de faixa etária em dois subconjuntos pelo teste de Tuckey HSD

Faixa etária	N	Subconjuntos	
		1	2
Jovem	31	16,6	
Adulto	30	17,2	
Meia idade	26	18,7	18,7
Idoso	28		21,7

A ANOVA não revelou efeito significativo de sexo sobre os escores desejabilidade social ($F_{3,107} = 2,415$, $p = 0,121$), ainda que os escores médios de DS dos homens ($19,3 \pm 0,6$) tenham sido algo superiores aos escores das mulheres ($18,0 \pm 0,6$). A ANOVA também não revelou

efeito significativo de interação entre idade e sexo para os escores de DS ($F_{3,107} = 2,013$, $p = 0,117$).

4.2 Afetos Positivos e Negativos

A aplicação de ANOVA 2 (sexo) x 4 (idade) aos resultados obtidos na amostra da cidade de Socorro em que se aplicou a PANAS mostrou efeito principal estatisticamente significativo de idade para os afetos específicos: “cheio de vida” ($F_{3,76} = 3,968$, $p < 0,01$) e “nervoso” ($F_{3,76} = 2,871$, $p < 0,05$). Comparações *post hoc* revelaram que as pessoas idosas e de meia-idade consideraram-se mais cheias de vida que os jovens e adultos ($p < 0,05$). Os idosos relataram ainda menor nervosismo que as pessoas de meia-idade ($p < 0,05$) (Tabela 30).

Tabela 30 – Média (M) e erro padrão (EP) dos afetos que indicaram diferença em função de idade na PANAS aplicada na cidade de Socorro.

Afeto	Idade	M	EP
NERVOSO	Jovem	2,7	0,2
	Adulto	2,7	0,2
	Meia-Idade	2,9	0,2
	Idoso	2,1	0,2
CHEIO DE VIDA	Jovem	3,7	0,2
	Adulto	4,1	0,2
	Meia-Idade	4,5	0,2
	Idoso	4,6	0,2

A ANOVA revelou também efeito principal significativo de sexo para os afetos “satisfeito” ($F_{1,76} = 5,347$, $p < 0,05$), “extremamente feliz” ($F_{1,76} = 5,106$, $p < 0,05$), “triste” ($F_{1,76} = 5,265$, $p < 0,05$) e “sem esperança” ($F_{1,76} = 4,029$, $p < 0,05$). Como mostra a Tabela 31, os homens relataram com maior frequência do que as mulheres os afetos “satisfeito” e “extremamente feliz”. As mulheres, por sua vez, relataram com maior frequência que os homens os afetos “triste” e “sem esperança”.

Tabela 31 – Média (M) e erro padrão (EP) dos afetos que indicaram diferença em função de sexo na PANAS aplicada na cidade de Socorro.

Afeto	Sexo	M	EP
TRISTE	Feminino	2,1	0,2
	Masculino	1,6	0,2
SEM ESPERANÇA	Feminino	1,7	0,1
	Masculino	1,3	0,1
EXTREMAMENTE FELIZ	Feminino	3,3	0,2
	Masculino	3,8	0,2
SATISFEITO	Feminino	3,6	0,2
	Masculino	4,1	0,2

5. DISCUSSÃO

A análise de dados realizada neste estudo revela que a desejabilidade social (DS) pode contribuir parcialmente para a interpretação dos resultados relativos à Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS).

Encontramos, no Estudo 1, que diferenças em relatos de estado de ânimo na PANAS estavam associadas à faixa etária: os idosos se auto-apresentaram como mais cheios de vida que jovens e adultos e como menos nervosos que pessoas de meia-idade na amostra que respondeu a PANAS na cidade de Socorro. No Estudo 2, observamos que diferenças em desejabilidade social estavam similarmente associadas à faixa etária: foram os idosos que tiveram escores de desejabilidade social mais elevados que os jovens e adultos na amostra socorrense que respondeu a Escala de Marlowe-Crowne (1960). As pessoas de meia-idade também apresentaram escores de desejabilidade social mais baixos que os idosos, embora a diferença não tenha sido significativa estatisticamente.

Estes achados, de que são os idosos que mais se preocupam com a aceitação social e que mais relatam estados de ânimo positivo, estão em concordância com as especulações feitas por Beehr (1983) a respeito da possibilidade de alta DS estar associada a aumento de relatos de eventos da vida positivos e declínio de relatos de eventos negativos. Da mesma forma, encontramos concordância com os estudos de Crowne e Marlowe (1964), Edwards (1959), Ballard (1992), Chen et al. (1997) e Nederhof (1985) que encontraram que pessoas com altos níveis relatados de DS endossam com maior frequência itens socialmente favoráveis de conduta/sentimentos, quando comparados com pessoas com níveis menores de DS.

A possibilidade de viés no levantamento de afetos positivos/negativos de pessoas com alta desejabilidade social aumentar à medida que as pessoas envelhecem, revelada pela presente pesquisa, suscita indagações. Não achamos que o resultado obtido para a PANAS em função de faixa etária deva ser esgotado pela justificativa do viés causado por desejabilidade social. Mesmo que o relato de alegria/jovialidade/felicidade seja em parte representado/posado para causar uma impressão positiva no interlocutor, podemos imaginar que ele seja capaz de causar sentimentos e pensamentos positivos (DAMÁSIO, 2003). No livro de Damásio (2003) intitulado *“Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos”*, o autor faz referência à peça teatral e ao filme *“O rei e eu”* de Richard Rodgers e Oscar Hammerstein. Anna, que foi ao Sião para ensinar as crianças do rei, convence o seu próprio filho e convence-se a si mesma de que assobiar uma melodia feliz transformará o medo em confiança: *“Quando engano as pessoas de quem tenho medo, engano a mim mesma”*. Também podemos lembrar o filme *“A vida é bela”*, de Roberto Benigni (1997). Durante a Segunda Guerra Mundial, um pai e seu filho são enviados para um campo de concentração. O pai busca transformar os horrores da guerra numa gincana procurando fazer com que o garoto continue acreditando que a vida pode ser bela. Ao procurar enganar o filho, o pai, apesar de ciente de todos os problemas à sua volta, poderia estar em certa medida criando um clima mais protetor para si mesmo. Algo similar poderia estar acontecendo com os nossos idosos, que ao buscarem uma auto-apresentação favorável diante dos outros acabam entrando no próprio enredo, como uma profecia auto-realizadora.

Adicionalmente, as alterações na necessidade de aprovação/aceitação social ao longo da vida podem estar associadas com o desenvolvimento de habilidades sociais importantes para o envelhecimento sadio (FREIRE, 2000; NERI 2001b). Talvez a maior preocupação com a auto-imagem que é apresentada socialmente, o zelo com uma auto-apresentação favorável,

seja um meio pelo qual é possível aos idosos se aproximarem de outras pessoas, criarem mais laços emocionais, que auxiliam numa velhice bem-sucedida. Conforme destacamos no Estudo 1 da presente dissertação, a maior habilidade social leva o indivíduo ao desenvolvimento e manutenção de relacionamentos interpessoais benéficos (BEDELL; LENNOX, 1997; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999), que atuam como fatores de amparo e proteção diante de circunstâncias conturbadas da vida. Os idosos, que são alvo de muitas perdas (por exemplo, perdas em funcionalidade pela saúde debilitada, perdas de cônjuges e amigos), usariam como estratégias compensatórias suas habilidades sociais para o enriquecimento das redes de apoio social, que tem forte valor emocional. A apresentação de uma imagem favorável de si faria parte da estratégia de fortalecimento das redes de apoio sociais, que atuam na manutenção de equilíbrio e de qualidade de vida entre idosos (NERI, 2001a), o que seria condizente com os relatos positivos de estados de ânimo vistos na PANAS na terceira idade. Logo, pode ser que os relatos positivos de experiência afetiva encontrados na terceira idade, num primeiro momento, sejam uma estratégia para maior aceitação social e fortalecimento de redes de apoio oferecidas pelo meio em que o idoso está inserido, porém, num segundo momento, podem refletir sensações positivas reais resultantes de uma vida com mais vinculações/relacionamentos interpessoais, e com menos vivências negativas de solidão, isolamento, desamparo e, portanto, com menos infelicidade.

Ao nosso ver, contudo, o dado de maior desejabilidade social entre idosos ainda tem que ser tratado com cautela. Não podemos desconsiderar que o procedimento utilizado para a aplicação de escalas tanto no Estudo 1 como no Estudo 2 da presente pesquisa pode ter influenciado os dados de desejabilidade social e de afetos positivos e negativos obtidos entre idosos. Muitos dos idosos de nossa amostra tinham dificuldades no preenchimento dos questionários (muitos não enxergavam direito, outros tinham dificuldade em entender a forma

que deveriam responder às perguntas e itens), de maneira que solicitavam e necessitavam de auxílio do entrevistador para o preenchimento tanto de itens da PANAS como da escala de Desejabilidade Social. O fato de ter sido o entrevistador que anotou as respostas dadas por diversos idosos pode ter influenciado o relato dessas pessoas em ambas escalas. Conforme Sudman, Greeley e Pinto (1967) destacaram, as pessoas tendem a relatar maiores níveis de felicidade quando as respostas são anotadas por entrevistadores do que quando são elas próprias que preenchem seus questionários. Desta forma, pode ser que parte dos idosos de nossa pesquisa, que tiveram seus questionários preenchidos pelos entrevistadores, tenham se sentido mais expostos e tenham sentido maior necessidade de apresentar uma imagem favorável, o que repercutiu em escores mais elevados tanto de estado de ânimo positivo como de desejabilidade social.

Finalmente, falta-nos ressaltar que o padrão de resultados referente à relação entre gênero dos participantes e desejabilidade social não foi compatível com os resultados relativos à diferença entre homens e mulheres na PANAS aplicada em Socorro. Portanto, os resultados do Estudo 1 não podem ser inteiramente atribuídos à influência de Desejabilidade Social.

IV) CAPÍTULO 4

ESTUDO 3

1. INTRODUÇÃO: Influência de Humor Depressivo em Relatos de Estado de ânimo

“Chorar é diminuir a profundidade da dor.”

William Shakespeare

O presente estudo foi realizado como parte de um projeto de pesquisa mais amplo desenvolvido no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IpQ-HC/FMUSP), pela equipe chefiada pelo Dr. Sérgio Paulo Rigonatti¹⁴ e integrada por Paulo Sérgio Boggio¹⁵, para a avaliação dos efeitos terapêuticos de uma técnica de estimulação transcraniana de corrente contínua (ETCC) de baixa intensidade (técnica não invasiva e indolor de estimulação) em pacientes com depressão maior, em comparação com tratamento com fluoxetina e com um grupo placebo de controle. Os dados coletados utilizados para a confecção deste capítulo são provenientes da aplicação da Escala PANAS nos pacientes desse estudo maior durante a primeira entrevista clínica deles, quando não haviam sido submetidos ainda a nenhuma das formas de tratamento (estimulação cerebral ou farmacoterapia).

¹⁴ Diretor do Serviço de Tratamentos Biológicos do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP

¹⁵ Professor de Neurociências da Universidade Presbiteriana Mackenzie e doutorando do Programa de Neurociências e Comportamento do IPUSP, sob orientação da Profa. Maria Teresa Araújo Silva

Os parágrafos a seguir apresentam uma breve definição do transtorno depressivo maior e uma revisão de alguns estudos voltados às bases biológicas da afetividade positiva e negativa e ao impacto do humor depressivo sobre relatos de estado de ânimo.

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns com distribuição universal, constituindo um grande problema de saúde pública (LIMA et. al, 2004). Por se tratar de um quadro tão comum, Seligman (1975) denominou a psicopatologia de “resfriado da psiquiatria”. Estima-se que 15 a 20% dos adultos, em qualquer ponto de suas vidas, vão sofrer de níveis significativos de sintomatologia depressiva, e que pelo menos 12% da população mundial apresentará depressão grave o suficiente para solicitar algum tipo de tratamento (FENNELL, 1997).

A quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) define o Episódio Depressivo Maior como a presença de cinco ou mais sintomas depressivos durante um período mínimo de duas semanas. Tais sintomas são: humor deprimido ou perda de interesse e prazer por quase todas as atividades; alterações no apetite ou peso; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldades de raciocínio (prejuízo em funções ligadas ao pensamento, concentração e tomada de decisões); distúrbios de sono e na atividade psicomotora e pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida. Também podem ocorrer episódios de irritabilidade aumentada e prejuízos significativos no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (DSM-IV).

Episódios depressivos ocorrem com frequência duas vezes maior em mulheres do que em homens (DSM-IV). Diferenças sexuais em expressividade e controle emocional podem ajudar

a explicar porque as mulheres têm mais depressão que os homens. As mulheres são mais expressivas emocionalmente enquanto os homens suprimem melhor exposições emocionais que as mulheres (HALL, 1984; RIGGIO, 1986). As mulheres são mais tendentes a amplificar seus afetos ruminando sobre seus estados depressivos e as possíveis causas destes estados, enquanto os homens quando estão deprimidos são mais tendentes a se engajar em comportamentos de distração, como uma estratégia de controle emocional (NOLEN-HOEKSEMA, 1987). Estas diferenças criam um fator de risco para a depressão para as mulheres, independentemente da causa original da depressão (PEREZ; RIGGIO, 2003).

Déficits que ocorrem na depressão relacionados à comunicação verbal e não-verbal acompanham déficits de comportamento social/interacional, que podem prejudicar o quadro clínico. Segrin e Abranson (1994) destacaram que os déficits em comportamento social podem atuar como perpetuadores de processos depressivos, visto que eliciam reações negativas dos outros e resultam em elevado estresse interpessoal e em falta de suporte social para o indivíduo, o que está diretamente relacionado com persistência e recorrência de depressão (BROWN; HARRIS; HEPWORTH; ROBINSON, 1994).

A depressão pode ser vista como uma má adaptação entre o organismo e o meio em que ele está inserido. Numa revisão de algumas das possíveis causas da depressão, Solomon (2002) destaca a ligação entre desenvolvimento da depressão e o estresse crônico ao qual os indivíduos estão submetidos nas sociedades modernas. Um dado sugestivo dessa ligação é a constatação de que as taxas de depressão tendem a ser baixas em sociedades de caça ou em sociedades puramente agrícolas, enquanto são bastante elevadas em sociedades industriais, e ainda mais altas em sociedades em transição. Para o autor, enquanto num ambiente selvagem/natural os animais tendem a sofrer uma situação de perigo momentânea e logo

resolvem (sobrevivendo ou morrendo), nas sociedades modernas, inversamente, há um aumento de situações estressantes que tornam crônicos estados afetivos de sobressalto, angústia e preocupação, o que pode causar depressão. Solomon (2002) complementa a discrepância entre o ambiente natural e o das sociedades modernas dizendo: “*Animais selvagens não assumem empregos dos quais se arrependem, não se forçam a interagir calmamente ano após ano com quem não gostam, não brigam pela custódia do filho*” (p. 354). Esta afirmação de Solomon (2002) é discutível, já que muitas espécies vivem em grupos sociais com rígidas hierarquias de dominância. Um macho rhesus subordinado passa anos da sua vida convivendo com um macho alfa e evitando situações de confronto, a tal ponto que Hinde (1976) propõe que se use a expressão ‘hierarquia de subordinância’ no lugar de ‘hierarquia de dominância’. Algum grau de depressão do subordinado poderia ser adaptativo.

Nesse (1990; 2000) destaca que a depressão pode ter um valor na adaptação do indivíduo. Ela pode atuar forçando o desligamento das pessoas de uma situação cujo objetivo é infrutífero ou impossível e do qual a pessoa não consegue se desprender. Assim, pessoas que perseguem objetivos com excessiva tenacidade e não conseguem desistir de vínculos obviamente imprudentes em função de grandes investimentos emocionais feitos, deprimiriam como uma forma do organismo baixar o ânimo e impor limites à persistência.

Em contrapartida, a psiquiatria biológica e a neurociência consideram o humor depressivo (aumento de afetividade negativa e/ou diminuição de afetividade positiva) como resultado de anormalidades funcionais em determinadas regiões cerebrais (LIMA et al, 2004). Estudos comparando pacientes depressivos com controles normais têm comprovado que depressivos apresentam maior ativação da área pré-frontal direita (WATSON, 2002; FLOR-HENRY, 1976; FLOR-HENRY; KOLES, 1980; MYSLOBODSY; HORESH, 1978; ROEMER et al.,

1978). Em concordância com estes resultados, Davidson (1992) e Tomarken e Keener (1998) demonstraram que pessoas felizes tendem a apresentar maior atividade no córtex pré-frontal esquerdo do que na área pré-frontal direita.

Schafer, Davidson e Saron (1983), utilizando medidas de EEG, constataram que depressivos apresentam ativação frontal anterior direita, enquanto não depressivos apresentam pouca assimetria hemisférica ou ativação frontal anterior esquerda. O mesmo foi encontrado por Perris e Monakhov (1979). Em ambos os estudos medidas de EEG em localizações posteriores não discriminaram depressivos e não-depressivos. Watson et al. (1995) encontraram aumento de sintomas depressivos após lesão anterior esquerda do córtex pré-frontal e interpretaram que esta região participa de um circuito subjacente ao afeto positivo, que quando lesada resulta em déficits na capacidade para vivenciar afeto positivo, uma das características da depressão.

Além do ponto de vista biológico, a depressão também tem sido vislumbrada sob o aspecto cognitivo e comportamental. A teoria cognitiva da depressão de Aaron Beck (BECK, 1967; 1983) propõe que as manifestações emocionais e comportamentais da depressão são produzidas e mantidas por uma avaliação negativa do ambiente e de si próprio. A avaliação negativa seria uma resultante de distorções automáticas e de cunho negativo que pacientes deprimidos tendem a fazer das informações do ambiente, o que resulta numa maximização de aspectos negativos de situações da vida, inclusive identificando, por vezes, o que é positivo como neutro ou negativo (LIMA et. al, 2004).

A depressão pode ser desencadeada por eventos do dia-a-dia, principalmente aqueles de conotação negativa (MCGUFFIN; KATZ; BEBBINGTON, 1988). Diante da visão negativa

de si próprio, do ambiente e de seu futuro, o paciente deprimido percebe-se como inferior, inadequado, indesejado e incapaz. O ambiente em que está é considerado hostil e seus recursos como insuficientes para mudar seu futuro, o que leva ao conseqüente desenvolvimento de desesperança (LIMA et. al, 2004).

Características emocionais e comportamentais da depressão podem ser percebidas em medidas de qualidade de vida. A freqüente insatisfação social, física e emocional, própria do quadro depressivo, está associada a baixos escores de bem-estar (BROACHED et al., 1990; COOKE et al., 1996; LEHMAN, 1983; PYNE et al., 1997).

Medidas de Qualidade de Vida Subjetiva¹⁶ provenientes tanto de estudos comunitários (GOLDNEY et al., 2000), como de estudos em cuidado primário (*primary care*) (ORMEL et al., 1999) são particularmente pobres entre pacientes depressivos (KUEHNER; BUERGER, 2005). Os escores de pacientes depressivos chegam a ser, em alguns casos, inferiores aos escores de pacientes com condições médicas crônicas maiores (por exemplo, graves problemas cardiovasculares) (HAYS et al., 1995; BONICATTO et al., 2001), sendo os mais baixos escores associados aos casos de sintomatologia depressiva mais severos (KOIVUMA-HONKANEN et al., 2001; LASAVIA et al., 2002; PYNE et al., 2003).

Além de menores escores de satisfação com a qualidade de vida, pacientes depressivos também relatam ter mais problemas interpessoais. Lam et al. (2003) encontraram que depressivos demonstram uma percepção mais negativa de seus relacionamentos interpessoais quando comparados com controles. De forma similar, Holahan et al. (2004) encontraram que

¹⁶ *Subjective Quality Of Life* (QOL) é um construto que descreve a percepção subjetiva das pessoas sobre sua saúde física, psicológica, funcionamento social e qualidade de vida geral (BULLINGER, 2003).

pacientes depressivos relatam receber menor apoio/suporte familiar que indivíduos não depressivos.

Desvios em equilíbrio de afetos positivos e negativos também são observados. Garamoni e colaboradores (1991) encontraram, numa amostra de 39 pacientes com depressão maior e 43 controles, que equilíbrio entre afetos positivos e negativos em auto-relatos estava inversamente relacionado à severidade de sintomas depressivos mensurados nas escalas de depressão Beck e Hamilton. Quanto maior a severidade dos sintomas, maior a frequência de afetos negativos sobre os positivos.

Alterações no quadro depressivo são acompanhadas por alterações em relatos subjetivos de qualidade de vida. Kuehner e Buerger (2005) e Papakostas et al. (2004) encontraram, através de avaliações realizadas após tratamento, que pacientes sem remissão de sintomas relatavam percepções mais negativas da própria qualidade de vida quando comparados com pacientes com remissões parciais ou totais de sintomas. Melhora do quadro depressivo também se mostrou associada a relatos de melhora de auto-estima e bem-estar social (MANN et al., 2004).

2. OBJETIVO

O objetivo do Estudo 3 foi comparar auto-relatos de Satisfação com a Vida e de Afetos Positivos e Negativos de pacientes deprimidos e de pessoas sem depressão. A amostra clínica foi constituída por homens e mulheres de meia-idade (40-59 anos), habitantes da cidade de São Paulo, diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior, provenientes do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. A amostra não clínica foi a mesma utilizada no Estudo 1, constituída por homens e mulheres também de meia-idade, habitantes da cidade de São Paulo.

2.1 Hipótese:

- 1) Considerando as características do quadro depressivo, esperava-se que o grupo de pacientes com depressão relatasse mais Afetos Negativos, menos Afetos Positivos e menor Satisfação com a Vida em comparação com o grupo controle.

2.2 Relevância Prática do Estudo

Do ponto de vista de relevância prática, a compreensão de alterações nas dimensões afetiva (afetos positivos e negativos) e cognitiva (avaliação da satisfação com a própria vida) do bem-estar na depressão pode auxiliar profissionais da área da saúde a compreender melhor o transtorno e, por conseguinte, a encontrar melhores formas de tratamento. Adicionalmente, a identificação de relatos típicos de pacientes deprimidos na PANAS permite que a escala sirva como um instrumento de auxílio diagnóstico e/ou de avaliação da eficácia de tratamentos utilizados na área da saúde mental.

3. MÉTODO

3.1 Participantes

A amostra clínica foi composta por 41 pacientes (14 homens e 27 mulheres), de meia-idade (40-59 anos), habitantes da cidade de São Paulo, recrutados para uma pesquisa no Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, com diagnóstico de depressão maior unipolar de intensidade leve-moderada, que não estavam sob efeito de nenhum tratamento antidepressivo por pelo menos dois meses. O diagnóstico de depressão unipolar foi obtido através de entrevista clínica semi-estruturada, baseada em critérios diagnósticos da Associação Americana de Psiquiatria (SCID-DSM-IV) (American Psychiatric Association). A intensidade leve-moderada da depressão foi definida pela aplicação da escala de Hamilton de 21 itens (escores entre 14-20 para depressão leve e escores entre 21-25 para depressão moderada) (Anexo G).

A amostra não-clínica, proveniente do Estudo 1, foi composta por 21 habitantes da cidade de São Paulo/capital (11 homens e 10 mulheres) de meia-idade.

3.2 Material

Os participantes da amostra clínica responderam a mesma Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) e de Faces Esquemáticas utilizada no Estudo 1, para avaliação de afetos positivos e negativos, avaliação da satisfação em relação à própria vida, além de inferência sobre a satisfação em relação à vida de seus melhores amigos.

3.3 Procedimento

Após os participantes receberem o diagnóstico de depressão maior unipolar leve-moderada em entrevista de 30 minutos com um psiquiatra e/ou neuropsicólogo previamente treinados, no Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, eles foram convidados por uma psicóloga a responder individualmente um questionário referente a uma pesquisa em desenvolvimento no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. O próprio participante foi responsável pelo preenchimento de seu formulário. Explicações relativas a perguntas ou itens do questionário foram oferecidas caso fossem solicitadas pelos participantes. Os dados obtidos foram posteriormente tabulados em planilhas eletrônicas (Excel), analisados estatisticamente com auxílio do programa SPSS versão 13.0 e comparados com os resultados obtidos no Estudo 1 de relatos de estados de ânimo de pessoas de meia-idade na cidade de São Paulo.

O delineamento da presente pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética para Análise de projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Protocolo de Pesquisa n.º 1057/04). A coleta de dados foi realizada no período de Agosto de 2005 a Dezembro de 2005.

4. RESULTADOS

4.1 Afetos Positivos

Para efeitos de análise as duas amostras de participantes foram divididas em dois grupos. Os respondentes com diagnóstico de depressão maior unipolar foram classificados de “grupo depressão”, enquanto os respondentes provenientes do Estudo 1 foram classificados de “grupo controle”. O teste de Análise de Variância (ANOVA) revelou efeito significativo de grupo ($F_{1,57} = 65,817$, $p < 0,001$) sobre os escores médios de afetos positivos. Como mostra a Figura 7, participantes do grupo depressão apresentaram escores médios de afetos positivos significativamente mais baixos (Média = 12,5) em comparação com os participantes do grupo controle (Média = 20,5).

Figura 7. Escores médios de Afetos Positivos em função de grupo

A ANOVA não apresentou efeito significativo da variável sexo ($F_{1,57} = 0,112$, $p = 0,739$) nem de interação entre sexo e grupo ($F_{1,57} = 1,833$, $p = 0,181$) para os escores médios de afetos positivos.

4.2 Afetos Negativos

Um teste de Análise de Variância (ANOVA) revelou efeito principal significativo de grupo ($F_{1,57} = 41,268$, $p < 0,001$) sobre os escores médios de afetos negativos. Como mostra a Figura 8, participantes do grupo depressão apresentaram escores médios de afetos negativos significativamente mais altos (Média = 18,5) em comparação com os participantes do grupo controle (Média = 12,3).

Figura 8. Escores médios de Afetos Negativos em função de grupo

A ANOVA não apresentou efeito significativo da variável sexo ($F_{1,57} = 0,001$, $p = 0,992$) nem de interação entre sexo e grupo ($F_{1,57} = 0,001$, $p = 0,992$) para os escores médios de afetos negativos.

4.3 Índice de Equilíbrio de Afeto

Para a observação em conjunto da discrepância de Afetos Positivos e de Afetos Negativos que existe entre os dois grupos (depressão e controle), calculou-se o Índice de Equilíbrio de Afeto de Ryff (1989), que consiste na subtração do total de afetos negativos do total de afetos positivos. Aplicou-se, então, uma ANOVA 2 (grupo) x 2 (sexo) tendo como variável dependente o Índice de Equilíbrio de Afeto (IEA). A ANOVA revelou efeito principal de grupo ($F_{1,57} = 69,884$, $p < 0,001$). A Figura 9 mostra que o predomínio da frequência de afetos negativos sobre a frequência de afetos positivos é evidente para o grupo depressão, tornando o IEA negativo (Média = -5,9). Já o grupo controle apresenta resultado inverso: é o predomínio da frequência de afetos positivos sobre a frequência de afetos negativos que é clara, tornando o IEA positivo (Média = 8,2).

Figura 9. Valores médios do Índice de Equilíbrio de Afeto (IEA) obtidos para o grupo controle (barra branca) e para o grupo depressão (barra negra)

4.4 Satisfação com a vida

Um teste de Análise de Variância (ANOVA) revelou efeito significativo de grupo ($F_{1,57} = 47,262$, $p < 0,001$) sobre os escores médios de avaliação de satisfação com a própria vida. Como mostra a Figura 10, os participantes do grupo depressão apresentaram escores médios inferiores de satisfação com a vida (Média = 3,5) em comparação com os participantes do grupo controle (Média = 5,6). Os grupos não se diferenciaram significativamente, contudo, em relação à satisfação atribuída ao amigo ($F_{1,57} = 1,253$, $p = 0,268$). O escore médio de satisfação com a vida atribuído ao amigo foi 5,2 para o grupo depressão e 5,5 para o grupo controle.

Figura 10. Escores médios de Satisfação com a própria Vida em função de grupo

A ANOVA não apresentou efeito significativo da variável sexo ($F_{1,57} = 0,019$, $p = 0,892$) e nem de interação entre sexo e grupo ($F_{1,57} = 1,172$, $p = 0,680$) para os escores de satisfação com a vida.

A Tabela 32 mostra as correlações encontradas entre avaliações de satisfação com a vida, afetos positivos e afetos negativos para o grupo controle. Encontrou-se correlação positiva significativa entre os escores de afetos positivos e a avaliação de satisfação com a própria vida ($r = 0,54$, $p < 0,05$). Satisfação atribuída ao amigo não apresentou nenhuma correlação com as demais medidas obtidas.

Tabela 32 - Correlação entre escores de afetos positivos, afetos negativos, satisfação com a própria vida e a satisfação atribuída ao melhor amigo para o grupo controle

	1	2	3	4
1. Afetos positivos	-	-0,49*	0,54*	0,34
2. Afetos negativos		-	-0,35	-0,13
3. Satisfação com a própria vida			-	0,02
4. Satisfação atribuída ao amigo				-

* $p < 0,05$

A Tabela 33 mostra as correlações encontradas entre avaliações de satisfação com a vida, afetos positivos e afetos negativos para o grupo depressão. Encontrou-se correlação positiva significativa entre os escores de afetos positivos e a avaliação de satisfação com a própria vida ($r = 0,52$, $p < 0,01$). Diferentemente do grupo controle, o grupo depressão apresentou correlação positiva significativa entre os escores de afetos positivos e a satisfação atribuída ao melhor amigo ($r = 0,33$, $p < 0,05$).

Tabela 33 - Correlação entre escores de afetos positivos, afetos negativos, satisfação com a própria vida e a satisfação atribuída ao melhor amigo para o grupo depressão

	1	2	3	4
1. Afetos positivos	-	-0,51**	0,52**	0,33*
2. Afetos negativos		-	-0,47**	-0,08
3. Satisfação com a própria vida			-	0,28
4. Satisfação atribuída ao amigo				-

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

5. DISCUSSÃO

A análise de resultados do presente estudo revelou que pacientes deprimidos relatam maior frequência de afetos negativos, menor frequência de afetos positivos e menor satisfação com a vida quando comparados com indivíduos sem depressão de mesma faixa etária e residentes da mesma cidade. Estes resultados estão de acordo com a vasta literatura nacional e internacional relacionada à psicopatologia. Garamori e colaboradores (1991), por exemplo, encontraram que maior severidade do quadro depressivo se relacionava com aumento de afetos negativos e declínio de afetos positivos. Segundo o DSM-IV, a depressão engloba tanto o aumento de afetos negativos como culpa, sentimento de desvalia e inutilidade, como a diminuição de afetos positivos tais como entusiasmo/animação, satisfação e euforia.

Consideramos que os dados revelados pela PANAS referentes à frequência de afetos positivos e negativos, que distinguiram claramente o grupo de indivíduos sem depressão (controle) do grupo clínico depressivo, servem para salientar o valor da escala como um instrumento sensível para a captação de humor patológico. A sensibilidade da PANAS para diferenciar relatos de pessoas que estão bem de pessoas com doenças afetivas é um indicador positivo para sua utilização como instrumento de auxílio diagnóstico e/ou para avaliação da eficácia de tratamentos realizados no campo da saúde mental.

Diener (1984) destacou que o estudo do Bem-Estar Subjetivo (BES) compreende tanto avaliações cognitivas das pessoas a respeito de suas vidas (que incluem julgamentos relacionados à satisfação com a vida), como avaliações afetivas (relacionadas ao humor e às emoções/sentimentos). Esta interpretação está de acordo com a proposta cognitiva de Beck (1967; 1963) de que as alterações emocionais e comportamentais da depressão podem ser

produzidas e mantidas por distorções cognitivas automáticas de cunho negativo que o indivíduo depressivo tende a fazer das informações do ambiente. Talvez o fato das pessoas depressivas em nosso estudo avaliarem suas vidas como menos satisfatórias e felizes seja resultado de distorções negativas perceptivas da depressão.

Conforme descrevemos resumidamente na introdução deste estudo, as causas que originam a distorção cognitiva negativa do meio e os estados subjetivos de tristeza na depressão podem ser explicadas de diferentes formas. Poderíamos citar aqui, por exemplo, a probabilidade dos depressivos de nossa amostra sofrerem de anormalidades funcionais cerebrais (super-ativação do córtex pré-frontal direito), como salienta a neurociência (WATSON, 2002; SCHAFER; DAVIDSON; SARON, 1983). Também poderíamos dizer que nossos pacientes depressivos podem ter sido submetidos a situações exacerbadas de preocupação, angústia, etc, que resultaram num estado de estresse crônico e desencadearam a depressão, como destaca Solomon (2002). O fato é que não nos sentimos aptos para, com segurança, definir o que de fato promove o surgimento do quadro depressivo, já que a busca causal da depressão não foi o foco deste estudo.

O que podemos dizer é que a diferença entre a patologia afetiva depressiva e o estado de ânimo normal fica bastante clara quando retomamos a análise que fizemos a partir do Índice de Equilíbrio de Afetos (IEA) (RYFF, 1989), que consistiu na subtração da frequência de afetos negativos da frequência de afetos positivos apresentadas na PANAS. Enquanto a amostra de pessoas sem depressão (que era proveniente de São Paulo) apresentou IEA claramente positivo (prevalência de afetos positivos sobre os negativos), a amostra constituída pelos pacientes depressivos (também constituída por paulistas) apresentou IEA marcadamente negativo (prevalência de afetos negativos sobre os positivos). No Estudo 1 desta dissertação

encontramos que eram exatamente os habitantes da cidade de São Paulo que relatavam os menores escores de Afetos Positivos e os maiores escores de Afetos Negativos, quando comparados com habitantes de outras cidades (a saber, Socorro, João Pessoa e Salvador). O que notamos é que mesmo sendo a amostra paulista aquela que relata menor bem-estar no Estudo 1, ela ainda assim apresenta escores inquestionavelmente maiores de bem-estar quando comparada com o grupo de depressivos. Isto indica que mesmo em ambientes que parecem ser mais hostis, como a cidade de São Paulo, a diferença entre o estado de ânimo normal e o depressivo/patológico é visível. O estado de ânimo normal, conforme podemos notar, é predominantemente positivo. Mesmo com a marginalidade, criminalidade, desigualdade social, etc, os escores afetivos dos paulistas não deprimidos revelam um estado afetivo mais inclinado para a alegria e para a satisfação, o que está em concordância com a idéia de que as pessoas, quando não estão doentes, tendem a ser mais felizes do que infelizes (MYERS, 2000).

V) EM CONCLUSÃO

- 1) No Estudo 1, aumento de idade mostrou-se relacionado com relatos de estado de ânimo mais positivos, conforme prevê a teoria da seletividade socioemocional, que associa envelhecimento a uma melhor regulação de emoções. Os idosos de nossa amostra relataram mais Afetos Positivos e menos Afetos Negativos que jovens e adultos.
- 2) O Estudo 1 também revelou que gênero pode influenciar relatos de Afetos Positivos e Negativos em faixas etárias específicas. As mulheres adultas relataram mais afetos negativos que homens de mesma faixa etária. Na velhice, as mulheres relataram mais afetos positivos que os homens idosos.
- 3) Finalmente, no Estudo 1 verificamos que maior Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios não teve relação com maiores relatos de bem-estar da população. Os habitantes de São Paulo/capital, a cidade utilizada na presente pesquisa com maior PIB, foram os que apresentaram os mais baixos escores de Afetos Positivos quando comparados com os habitantes de Socorro, João Pessoa e Salvador. Foram também os paulistas que apresentaram escores mais

elevados de Afetos Negativos quando comparados com os habitantes de Socorro.

- 4) No Estudo 2, maior desejabilidade social mostrou-se associada à faixa etária.

Os idosos foram os que apresentaram maiores escores de desejabilidade social quando comparados com jovens e adultos, um padrão de resultados semelhante ao observado na Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS), aplicada no Estudo 1, em que idosos relataram mais Afetos Positivos e menos Afetos Negativos que jovens e adultos. Todavia, não foi encontrado efeito de gênero sobre os escores de desejabilidade social. O padrão de resultados referente à relação entre gênero dos participantes e desejabilidade social não foi compatível com os resultados relativos à diferença entre homens e mulheres na PANAS, aplicada no Estudo 1, o que indica que os resultados do Estudo 1 não podem ser inteiramente atribuídos à influência de Desejabilidade Social.

- 5) No Estudo 3, por fim, pacientes com depressão relataram mais Afetos Negativos, menos Afetos Positivos e menor Satisfação com a Vida em comparação com um grupo controle, o que serve como um indicador favorável de que a PANAS é um instrumento sensível para a diferenciação de estados de ânimo patológicos e não patológicos.

VI) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

- ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Mestre Jou, 1970.
- ANDERSEN, P. A. *Nonverbal Communication. Forms and Functions*. New York: Plenum, 2001.
- ANDREWS, F. M.; WITHEY, S. B. *Social indicators of well-being: American's perceptions of life quality*. New York: Plenum, 1976.
- ANDREWS, P.; MEYER, R. G. Marlowe- Crowne Social Desirability Scale and Short Form C: Forensic Norms. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (4), p. 483- 492, 2003.
- ARGYLE, M. Causes and Correlates of happiness. In: KAHNEMAN, D.; DIENER, E; SCHWARZ, N. *Well-being: The foundations of hedonic psychology* New York: Russell Sage, 1999, p. 353-373.
- ARGYLE, M. *The Psychology of happiness*. London: Methuen, 1987.
- ARISTÓTELES. Ética a Nicômaco. In: *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1973.
- ASSIS, M. *Memórias Póstumas de Brás Cubas*. São Paulo: Editora Klick (edição: 1997).
- ATKINSON, M.; ZINBIN, S.H.; CHUANG, H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am. J. Psychiatry*, 154, P. 99–105, 1997.
- BADOUX, A; MENDELSON, G. A. Subjective well-being in French and American samples: scale development and comparative data. *Quality of Life Research* (Historical Archive), 3 (6), p. 395 – 401, 1994.
- BALATSKY, G.; DIENER, E. Subjective Well-Being among Russian Students. *Social Indicators Research*, 28, p.225 – 243, 1993.
- BALLARD, R. Short forms of the Marlowe- Crowne Social Desirability Scale. *Psychological Reports*, 71, p.1155- 1160, 1992.
- BAKAN, D. *The duality of human existence*. Chicago: Rand McNally, 1966.
- BECK, A. *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1967.

* De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração*. Rio de Janeiro, 2002.

BECK, A. Cognitive therapy of depression: new perspectives. In: CLAYTON, P. J.; BARRETS, J. E. *Treatment of depression: old controversies and new approaches*. New York: Raven, 1983.

BEDELL, J. R.; LENNOX, S. *Handbook for Communication and Problem-Solving Skills Training: A Cognitive-Behavioral Approach*. Nova York: J. Wiley, 1997.

BEEHR, T. A. Relationship of the life experiences survey to internal/ external control, social desirability, and work- related satisfaction. *Psychological Reports*, 52, p. 467-472, 1983.

BEN – ZUR, H. Happy Adolescents: The Link Between Subjective Well-Being, Internal Resources, and Parental Factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, p. 67 – 79, 2003.

BICKHOUSE, T. C.; SMITH, N. D. Socrates on Goods, Virtue and Happiness. *Oxford Studies in Ancient Philosophy*, 9, p.1-27, 1987.

BLACK, A. L.; MCCAFFERTY, C. The age of contentment. *USA Weekend*, Julho 3-5, p.4-9, 1998.

BLEHAR, M. C. Gender differences in risk factors for mood and anxiety disorders: implications for clinical treatment research. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 687-691, 1995

BOCACCINA, D. São Paulo tem mais de 1% dos homicídios do mundo. BBC BRASIL.com. (No ar desde 5 agosto 2004). Disponível em : <<http://noticias.terra.com.br>>. Acesso em: 12 junho 2006

BONICATTO, S. C.; et al. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc. Sci. Med.* 52, p. 911 –919, 2001.

BRADBURN, N. M. *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine, 1969.

BRICKMAN, P; COATES, D; JANOFF-BULMAN, R. Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, p. 917-927, 1978.

BRINCAT, M.; STUDD, J. W. W.; O'DOWD, T.; CARDOZO, L. D.; WARDLE, P. J. Subcutaneous hormone implants for the control of climacteric symptoms. *Lancet*;1, 16 – 8, 1984.

BROADHEAD, W. F.; et al. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*, 264, p. 2524 – 2528, 1990.

BROWN, G. W.; HARRIS; HEPWORTH & ROBINSON. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes II: A patient inquiry. *British Journal of Psychiatry*, 165, 457-465, 1994.

- BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- BOWER, G.H. Mood and memory. *American Psychologist*, 36, p. 129-148, 1981.
- BULLINGER, M. Measuring health related quality of life. An international perspective. *Adv. Exp. Med. Biol.*, 528, p. 113– 122, 2003.
- BURKE, R. J.; WEIR, T. Sex differences in adolescent life stress, social support, and well-being. *Journal of Psychology*, 98, p. 277 – 288, 1978. .
- CAMPBELL, A.; CONVERSE, P. E.; RODGERS, W. L. *The quality of American life*. New York: Sage, 1976.
- CAMPBELL, A. Subjective Measures of Well- being. *American Psychologist*, 31, p. 117 – 124, 1976.
- CAMPBELL, A. *The Sense of Well-Being in America*. New York: McGraw-Hill, 1981.
- CARNEIRO, R. S.; FALCONE, E. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9, p. 119 – 126, 2004.
- CARP, F.M.; CARP, A. Test of a model of domain satisfactions and well-being: Equity considerations. *Research on Aging*, 4, p. 503-522, 1982.
- CARSTENSEN, L. L.; TURK-CHARLES, S. The salience of emotion across the adult life- span. *Psychology and Aging*, 9, p. 259-264, 1994.
- CARSTENSEN, L. L. Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4, p. 151-155, 1995.
- CASPER, R. C; BELANOFF, J.; OFFER, D. Gender Differences, But No Racial Group Differences, in Self-Reported Psychiatric Symptoms in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 35, 4, p. 500-508, 1996.
- CHEN, P. Y., DAI, T., SPECTOR, P. E., E JEX, S. M. Relation Between Negative Affectivity and Positive Affectivity: Effects os Judged Desirability of Scale Itens and Respondents' Social Desirability. *Journal of Personality Assessment*, 69, p. 301 – 311,1997.
- CHODOROW, N. *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. Berkeley, CA: University of California Press, 1978.
- CICIRELLI, V. G. Family support in relation to health problems of the elderly. In: BRUBAKER, T. *Family relationships in later life*. (2nd. Ed.). Newbury Park, CA: Sage, 1990, p.212 – 228.

CLARK, M.; GOPFERT, C.; HOEBER, T.; JACKE, K.; SHONKWILER, C.; & WHITMAN, D. Guia de Estudos para Uma Ética para o Novo Milênio. Disponível em: < <http://www.dlfound.org> em: 01 junho 2006.

COCKERHAM, W. C. *Sociology of Mental Disorder*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall, 1981.

COCKERMAN, W. *This aging society*. New Jersey: Prentice Hall, 1991.

COMPTON, W.C. et al. Factor Structure of Mental Health Measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, p. 406-413, 1996.

COOKE, R. G., et al. Well-being and functioning in patients with bipolar disorder assessed using the MOS-20 item short form (SF-20). *Journal Affect. Disord*, 39, p. 93 – 97, 1996.

COSTA, P. T.; MCCRAE, R. R. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, p. 668-678, 1980.

COSTA, P. T.; MCCRAE, R. R. Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, p. 853-863, 1988.

COSTA, J. S. D.; et. al. Prevalência de Distúrbios Psiquiátricos Menores na Cidade de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5, 2, p. 164 – 173, 2002.

CROSS, S. E.; MADSON, L. Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin*, 122, p. 5 – 37, 1997.

CROWNE, D. P.; MARLOWE, D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, p. 349- 354, 1960.

CROWNE, D. P., MARLOWE, D. *The approval motive: Studies in evaluative dependence*. Nova York: Wiley, 1964.

CSIKSZENTMIHALYI, M. If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, 54, p. 821 – 827, 1999.

CSIKSZENTMIHALYI, M. *A Psicologia da Felicidade*. (Tradução de Denise Maria Bolanho). São Paulo: Saraiva, 1992.

CSIKSZENTMIHALYI, M. *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass, 1975.

CSIKSZENTMIHALYI, M.; FIGURSKI, T. J. Self-awareness and aversive experience in everyday life. *Journal of Personality*, 50, p.15-24, 1982.

DALAI LAMA. *Uma ética para o novo milênio*. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

DAMÁSIO, A. *Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

DANNER, D.D.; SNOWDEN, D. A.; FRIESEN, W. V. Positive emotions in early life and longevity: Findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, p. 801-813, 2001.

DAVIDSON, R. J. Anterior asymmetry, affective style and depression. *Psychophysiology*, 29(4A), S4, 1992.

DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A. *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Petrópolis: Vozes, 1999.

DIENER, E. Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, p.542-575, 1984.

DIENER, E.; LARSEN, R. J. Temporal stability and crosssituational consistency of affective , behavioral, and cognitive responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, p.580-592, 1984.

DIENER, E.; LUCAS, R. E. Subjective emotional well-being. In: *Handbook of Emotions*, LEWIS E. D.; HAVILAND, J. M. p. 325-337. New York: Guilford, 2000.

DIENER, E., SANDVIK, E.; LARSEN, R. J. Age and sex effects for emotional intensity. *Developmental Psychology*, 21, p. 542 – 546, 1985.

DIENER, E., SANDVIK, E.; PAVOT, W. Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In: STRACK, F., ARGYLE, M.; SCHWARZ, N. (Eds). *Subjective Well-being: An Interdisciplinary Perspective*. International Series in Experimental Social Psychology, p.119-139.Oxford, England: Pergamon Press, 1991.

DIENER, E.; SCOLLON, C. N.; LUCAS, R. E. The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, p. 187-219, 2003.

DIENER, E., SUCH, E.; OISHI, S. *Recent Findings in Subjective Well-Being*. Disponível em < [http:// ediner@s.psych.ujiuc.edu](http://ediner@s.psych.ujiuc.edu) > 1997. Acesso em Dez/2005.

DIENER, E.; SUH, E. National Differences in Subjective Well-Being. In: D. KAHNEMAN, D.; DIENER, E.; SCHWARZ, E. N. *Hedonic psychology: Scientific perspectives on enjoyment, suffering, and well-being*. New York: Russel Sage, 1999.

DIENER, E. Subjective Well-Being. The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55 (1), p. 34 – 43, 2000.

DIENER, E.; DIENER M.; DIENER, C. Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, p. 653 – 663, 1995.

DIENER, E. A value based index for measuring national quality of life. *Social Indicators Research*, 36, p. 107 – 127, 1995.

DIENER, E.; DIENER, M. The wealth of nations revisited: Income and quality of life. *Social Indicators Research*, 36, p. 275 – 286, 1996.

DENONN, L.; EGNER, R. *The Basic Writings of Bertrand Russell*. (2ª Ed.) Londres: Ruskin House, George Allen & Unwim Ltd, 1992.

DSM-IV. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª. Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DUNNEL, K.; CARTWRIGH, A. *Medicine Takers, Prescribers and Hoarders*. London: Routledge & Kegan Paul, 1972.

EAVES, L. J.; EYSENCK, H. J; MARTIN, N. G. *Genes, Culture and Personality: An Empirical Approach*. San Diego CA: Academic Press, 1989.

EDDINGTON, N.; SHUMAN, M. F. T. Subjective Well-Being (Happiness). Continuing Psychology Education. Disponível em:< [http:// www.texcpe.com](http://www.texcpe.com)>. Acesso em: Dez/ 2005

EDWARD, J. N.; KLEMMACK, D. L. Correlations of life satisfaction: a re-examination. *Journal of Gerontology*, 28, p. 497-502, 1973.

EDWARDS, A. L. The relationship between the judge desirability of a trait and the probability that the trait will be endorsed. *Journal of Applied Psychology*, 37, p. 90 – 93, 1953.

EDWARDS, J. Dementia and Depression in older people. *International Psychogeriatric Association*, IPA, (oral presentation), 2003.

ENÉAS, M. L. E; FALEIROS, J.C. & SÁ, A.C.A. Uso de psicoterapias breves em clínica-escola: caracterização dos processos com adultos. *Psicologia: Teoria e Prática* 2 (2), p. 9 – 30, 2000.

FENNELL, M. J. V. Depressão. In: HAWTON, P.; SALKOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D.M. *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

FISKE, S. T. Controlling other people: The impact of power on stereotyping. *American Psychologist*, 48, p. 621 – 628, 1993.

FLOR-HENRY, P. Lateralized temporal-limbic dysfunction and psychopathology. *Annals of the New York Academy of Science*, 280, p. 777-795, 1976

FLOR-HENRY P.; KOLES Z. J. EEG studies in depression, mania, and normals: Evidence for partial shifts of laterality in the affective psychoses. *Advances in Biological Psychiatry*, 4, p. 21-43, 1980.

FLOR-HENRY P.; KOLES Z. J.; HOWARTH B. G.; BURTON L. Neurophysiology studies of schizophrenia, mania, and depression. In: GRVZELIER, J.; FLOR-HENRY,

P. *Hemispheric asymmetries of function in psychopathology*. New York: Elsevier, 1979.

FORDYCE, M. W. Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24, p. 511-521, 1977.

FREIRE, S. A. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A.; FREIRE, S. A. *E por falar em boa velhice*, p. 21 – 31. Campinas: Papirus, 2000.

FREY, B; STUTZER A. *Happiness and Economics*. Princeton: Princeton University Press, 2002.

FROMM, E. Primary and secondary process in walking and in altered states of consciousness. *Acad. Psychol. Bull.*, 3, p. 29-45, 1981.

FRUTUOSO, D. *A terceira idade na universidade*. Rio de Janeiro: Ágora da Ilha, 1999.

GALLUP, G. H. Human needs and satisfactions: A global survey. *Public Opinion Quarterly*, 40, p.459 – 467, 1976.

GARAMONI, G. L., et al. The balance of positive and negative affects in major depression: a further test of the States of Mind model. *Psychiatry Res.*, 39 (2), p. 99-108, 1991.

General Household Survey. Números 11 e 12. Londres: HMSO, 1980/1983.

GOLDBERG, D. *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER, 1978.

GOLDNEY, R. D. et al. Major depression and its associated morbidity and quality of life in a random, representative Australian community sample. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 34, p. 1022– 1029, 2000.

GOTLIB, I. H.; MEYER, J. P. Factor analysis of the Multiple Affect Adjective Check List: A separation of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, p.1161 – 1165, 1986.

GRABOIS, A. P. Aumenta número de mulheres vivendo sozinhas e com filho. In: Folha Online Cotidiano. Disponível em < [http: www.folha.uol.com.br/folha/cotidiano](http://www.folha.uol.com.br/folha/cotidiano) >. Acesso em: 11 Junho 2006.

GUISINGER, S; BLATT, J. Individuality and relatedness: Evolution of a fundamental dialectic. *American Psychologist*, 49 (2), p.104 – 111, 1994.

GURIN, G.; VEROFF, J.; FELD, S. *Americans View their Mental Health*. New York: Basic Books, 1960.

HALL, J. A. *Nonverbal sex differences: Communication accuracy and expressive style*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1984.

HAMILTON, M. Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 23, p. 56, 1960.

HAMMEN, C. L.; PETERS, S. D. Interpersonal Consequences of Depression: Responses to men and women enacting a depressed role. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, p.322 – 332, 1978.

HARDING, S. D. Psychological well-being in Great Britain: an evaluation of the Bradburn effect balance scale. *Personality and Individual Differences*, 3, p.167 – 175, 1982.

HAYS, R.D., et al. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch. Gen. Psychiatry* 52, 11– 19, 1995.

HEADY, B; VEENHOVEN, R.; WEARING, A. Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 24, p.81 – 100, 1991.

HEALTH, A. C.; et al. Evidence for genetic influences on personality from self-reports and informant ratings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (1), p.85 – 96, 1992.

HELGESON, V. S. Relation of agency and communion to well-being: Evidence and potential explanations. *Psychological Bulletin*, 116, p.412 – 428, 1994.

HINDE, R. A. Interaction, Relationships and Social Structure. *Man*, 11 (1), 1 – 17, 1976.

HOFSTEDE, G. *Culture's consequences: International differences in work related values*. Beverley Hills, CA: Sage, 1980.

HOLAHAN, C.J.; MOOS; R. H.; HOLAHAN, C. K., CRONKITE, R.C; RANDALL, P. K. Unipolar depression, life context vulnerabilities, and drinking to cope. *J. Consult. Clin. Psychol.* 72, 269 – 275, 1994.

HOUSE, J.; LANDIS, K; UMBERSON, D. Social relationships and health. *Science*, 241, p.540 – 544, 1980.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de dados dos municípios brasileiros: no ar desde 2001 e atualizado em 2004. Disponível em: < <http://www.ibge.com.br>>. Acesso em: 30 maio 2006.

INGLEHART, R. *Culture shift in advanced industrialized society*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.

JANG, K. L.; et al. Heritability of Personality disorder traits: A twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, p.438 – 444, 1996.

JOKISAARI, M. Regrets and Subjective Well-Being: A Life Course Approach. *Journal of Adult Development*, 11, p.281 – 288, 2004.

JOSEPHS, R. A.; MARKUS, H. R.; TAFARODI, R. W. Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, p.391 – 402, 1992.

KAHNEMAN, D.; DIENER, E.; SCHWARZ, N. *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Found, 1999.

KAMMANN, R.; FARRY, M.; HERBISON P. The analysis and measurement of happiness as a sense of Well-being. *Social Indicators Research*, 15, p.91 – 115, 1982.

KASHIMA, Y.; et al. Culture, gender, and self: A perspective from individual-collectivism research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, p.925 – 937, 1995.

KELLER, H.; POORTINGA, Y. P; SCHÖOLMERICH, A. *Between Culture and Biology: Perspectives on Ontogenetic Development*. Cambridge: Cambridge University Press, England, 2002.

KESSLER, R. C.; PRICE, R. H.; WORTMAN, C. B. Social factors in psychopathology: stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, p.531 – 572, 1985.

KIM-PRIETO, C. Y. *What's a wonderful life? The pursuit of personal pleasure versus in-group desires* (Master's thesis). University of Illinois, Urbana-Champaign, 1992.

KING, D. A.; BUCHWALD, A. M. Sex differences in subclinical depression: Administration of the Beck Depression Inventory in public and private disclosure situations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, p.963 – 969, 1982.

KOIVUMA-HONKANEN, H.; et al. Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta Psychiatr. Scand.*, 103, p. 38– 44, 2001.

KUBOVY, M. On the pleasures of the mind. In: KAHNEMAN, D.; DIENER, E.; SCHWARZ, N. *Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology*, p. 134-154. New York: Russel Sage Found, 1999.

KUEHNER, C. Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatr. Scand*, 106, p. 62–70, 2002.

KUEHNER, C.; BUERGER, C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles and social support. *Journal of Affective Disorders*, 86, p. 205 – 213, 2005.

LAM, D.; SCHUCK, N.; SMITH, N.; FARMER, A; CHECKLEY, S. Response style, interpersonal difficulties and social functioning in major depressive disorder. *J. Affect. Disord.* 75, 279– 283, 2003.

LASAVIA, A.; RUGGERI, M.; SANTOLINI, N. Subjective quality of life: its relationship with clinician-rated and patient-rated psychopathology. The South-Verona Outcome Project. *Psychother. Psychosom*, 71, p. 275–284, 2002.

LAZAETA, C. B. Aspectos sociales del envejecimiento. In: ANZOLA-PÉREZ, GALINSKY, MARTINEZ, SALAS & AYÉNDEZ (Eds). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa* (pp. 57 – 66). Washington, D. C: Organización Panamericana para a Saúde, 1994.

LEHMAN, A. The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life. *Arch. Gen. Psychiatry*, 40, p. 369 – 373, 1983.

LEWNSOHN, P. M.; MACPHILLAMY, D. J. The relationship between age and engagement in pleasant activities. *Journal of Gerontology*, 29, p. 290-294, 1974.

LIGHT, H. Sex Differences in Indicators of Well-Being in Adolescents. *Psychological Reports*, 87, 2, p. 531 – 533, 2000.

LIMA, M. S., et al. Depressão. In: KNAPP, P. e colaboradores. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

LOBO, R. J. H. *A filosofia e sua evolução: pequena história do pensamento humano*. São Paulo: Edições Populares, 1979.

LOEHLIN, J. C. *Genes and environment in personality development*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1992.

LOEHLIN, J. C.; NICHOLS, R. C. *Heredity, Environment, and Personality*. Austin TX: University of Texas Press, 1976.

LYNCH, J. J. *The Broken Heart*. New York: Basic Books, 1977.

MAGNUS, K.; DIENER, E. *A longitudinal analysis of personality, life-events, and subjective well-being*. (Paper presented at the Sixty-third Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association). Chicago (Maio 2-4), 1991.

MANN, M.; HOSMAN, C.M.; SCHAALMA, H.P.; DEVRIES, N.K. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ. Res.* 19, 357–372, 2004.

MARÍAS, J. *La Felicidad Humana*. (2ª Edição) Madrid: Alianza Editorial, 1989.

MARISSEN, M. A.; et al. The relation between social desirability and different measures of heroin craving. *Journal Addict Dis.*, 24 (4), p. 91 – 103, 2005.

MARKUS, H. R.; KITAYAMA, S. Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224 – 253, 1991.

MARKUS, H; OYSERMAN, D. Gender and thought: The role of the self-concept. In: CRAWFORD, M.; HAMILTON M. ***Gender and Thought***, p. 100 – 127. New York: Springer – Verlag, 1989.

MARTIN, N. G.; JARDINE, R. Eysenck's contributions to behavior genetics. In: MODGIL, S.; MODRGIL; ***Hans Eysenck: Consensus and controversy***, p. 13 – 62. Lewes, Sussex: Falmer Press, 1986.

MASLOW, A. H. ***Motivation and personality***. (2ª Edição) New York: Harper & Row, 1970.

MCCRAE, R. R.; COSTA, P. T. Social desirability scales: More substance than style. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 51, p. 882 – 888, 1983.

MCGUFFIN, P.; KATZ, R.; BEBBINGTON, P. The Camberwell collaborative depressive study: III. Depression and adversity in relatives of depressed mood probands. ***Brit. Journal Psychiatry***, 152, p. 775, 1988.

MILLER, J. B. ***Toward a new psychology of women*** (2ª Ed.). Boston: Beacon Press, 1986.

MOUM, T. ***Mode of administration and interviewer effects in self-report symptoms of anxiety and depression***. Unpublished paper, University of Norway, Oslo, 1996.

MROCZEK, D. K.; KOLARZ, C. M. The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 75, p. 1333-1349, 1998.

MURRAY, H. A. ***Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age***. New York: Oxford University Press, 1938.

MYERS, D.G. The funds, friends, and faith of happy people. ***American Psychologist***, 55, p. 56- 67, 2000.

MYERS, D. G.; DIENER, E. Who is happy? ***Psychological Science***, 6, p. 10-19, 1995.

MYSLOBODSKY, M. S.; HORESH, N. Bilateral electrodermal activity in depressive patients. ***Biological Psychology***, 6, p. 111-120, 1978..

NAGATA, A.; et al. Sex Differences in Subjective Well- Being and Related Factors in Elderly People in the Community Aged 75 and Over. ***Nippon Ronen Igakkai Zasshi***, 36, 12, p. 868 – 873, 1999.

NEDERHOF, A.J. Methods of coping with social desirability bias: A review. ***European Journal of Social Psychology***, 15, p. 263- 280, 1985.

NERI, A. L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. ***Gerontologia***, 9, 1, p. 6-13, 2001a.

NERI, A. L. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus, 2001b.

NESSE, R. Is Depression an Adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57, 1, 14 – 20, 2000.

NESSE, R. Evolutionary Explanations of Emotions. *Human Nature*, 1, 3, 281 – 289, 1990.

NOLEN-HOEKSEMA, S. Sex differences in depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, p. 259 – 282, 1990.

NOLEN-HOEKSEMA, S. Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, p. 259-282, 1987.

OETTINGEN, G; SELIGMAN, M. E. P. Pessimism and behavioral signs of depression in East versus West Berlin. *European Journal of Social Psychology*, 20, p. 207 – 220, 1990.

OISHI, S.; DIENER, E.; LUCAS, R. E.; SUH, E. Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: Perspectives from needs and values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, p. 980 – 990, 1999.

OLIVEIRA, C. A. *Criminalidade e o tamanho das cidades brasileiras: um enfoque na economia do crime*. (Apresentação feita no V Encontro da Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia, 2005). Disponível em : <[http:// anpec.org.br/encontro2005/artigos](http://anpec.org.br/encontro2005/artigos)> Acesso em: 30 maio de 2006.

ORMEL, J., et al. Onset of disability in depressed and nondepressed primary care patients. *Psychol. Med*, 29, p. 847–853, 1999.

PADOVANI, U.; CASTAGNOLA, L. *História da Filosofia*. (10ª. Edição). São Paulo: Melhoramentos, 1974.

PAMERLEE, P. A.; KATZ, I. R.; LAWTON, M. P. Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. *Journal of Gerontology*, v. 44, p. 22 – 29, 1989.

PAPAKOSTAS, G. I.; PETERSEN, T.; MAHAL, Y.; MISCHOULON, D.; NIERENBERG, A. A.; FAVA, M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen. Hosp. Psych*. 26, 13–17, 2004.

PATRICK, J. H., COTTRELL, L. E.; BARNES, K. A. Gender, Emotional Support, and Well-Being among the Rural Elderly. *Sex Roles*, 45, p. 15 – 29, 2001.

PAULHUS, D. L. Measurement and control of response bias: In: ROBINSON, J. P.; SHAVER, R.; WRIGHTSMAN, L. *Measures of personality and social-psychological attitudes*, p. 17- 59. San Diego, CA: Academic, 1990.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A.; COELHO, H.M.B. Perfil da Clientela de um Programa de Pronto-Atendimento Psicológico a Estudantes Universitários. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 47 – 54, 2004.

PEREZ, J. E.; Riggio, R. E. Nonverbal social skills and psychopathology. In: PHILIPPOT, P.; FELDMAN, R. S.; COATES, E.J. *Nonverbal behavior in clinical settings*. New York: Oxford University Press, p. 17-44, 2003

PERRIS, C.; MONAKHOV, K. Depressive symptomatology and systemic structural analysis of the EEG. In: GRUZELIEK, J.; FLOR-HENRY. *Hemisphere Asymmetries of Function in Psychopathology*. Elsevier/North-Holland, New York, 1979.

PESSANHA, J. A. M. Santo Agostinho: vida e obra. In: *Santo Agostinho. Confissões*. São Paulo: Nova Cultural. Coleção: Os Pensadores, 2002.

PINQUART, M.; SORENSEN, S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *Journal Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci*, 56, p. 195 – 213, 2001.

PLATÃO. *A República*. (8ª Edição - Tradução de Maria Helena da Rocha Pereira). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1949.

PUGNO, M. *The Subjective Well-Being Paradox. A suggested resolution based on relational goods*. Abstract for the Conference “The Paradoxes of Happiness in Economics” (21- 23 March). University of Milano-Bicocca, 2003.

PYNE, J. M., et al. Assessment of the quality of life of patients with major depression. *Psychiatr. Serv.*, 48, p. 224 – 230, 1997.

PYNE, J.M., et al. Use of the quality of well-being self-administered version (QWB-SA) in assessing health related quality of life in depressed patients. *J. Affect. Disord.*, 76, p. 237– 247, 2003.

RADLOFF, L. S. Risk factors for depression. In: GUTTENTAG, M. *The Mental Health of Women*. New York: Academic Press, 1980.

RAMOS, M. P. Apoio Social e Saúde entre Idosos. *Sociologias*, 7, p. 156 – 175, 2002.

REID, A. Gender and Sources of Subjective Well-Being. *Sex Roles*, 51, p. 617 – 629, 2004.

REMEN, A. L.; CHAMBLESS, D. L. Predicting dysphoria and relationship adjustment: Gender differences in their longitudinal relationships. *Sex Roles*, 44, p. 45 – 59, 2001.

RESKIN, B. F.; COVERMAN, S. Sex and race in the determinants of psychophysical distress: a reappraisal of the sex-role hypothesis. *Social Forces*, 63, p. 1038 – 1059, 1985.

RIEMANN, R.; ANGLEITNER, A.; STRELAU, J. Genetic and environmental influences on personality: A study of twins reared together using the self – and peer-report NEO-FFI scales. *Journal of Personality*, 65, p. 449 – 475, 1997.

RIGGIO, R. E. Assessment of basic social skills. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, p.649-660, 1986.

ROCA, C. A. Estrogen and mood in perimenopausal women. In: *Mood & psychotic disorders in women: an update on treatment*. Washington (DC): American Psychiatric Association Annual Meeting; 1999.

ROEMER R. A.; SHAGASS C.; STRAUMANIS J. J.; AMADEO M. Pattern evoked potential measurements suggesting lateralized hemispheric dysfunction in chronic schizophrenics. *Biological Psychiatry*, 13, p. 185-202, 1978.

ROSSI, A. S.; ROSSI, P. H. *Of human bonding: parent-child relations accross the life course*. Nova York: Aldine de Gruyter, 1990.

ROZIN, P. Preadaptation and the puzzles and properties of pleasure. In: KAHNEMAN, D.; DIENER, E.; SCHWARZ, N. *Well-Being: The foundations of hedonic psychology*, p. 109 – 133. New York: Russell Sage Foundation, 1999.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review Psychology*, 52, p. 141-166, 2001.

RYFF, C. D.; KEYES, C. L. M. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, p. 719-727, 1995.

RYFF, C.D. Psychological well-being in adult life. *Curr. Dir. Psychol. Sci.*, 4, p. 99-104, 1995.

RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, p. 1069-1081, 1989.

RYFF, C. D.; SINGER, B. The contours of positive human health. *Psychol. Inq.*, 9, p. 1-28, 1998.

RYFF, C. D.; SINGER, B. Interpersonal flourishing: a positive health agenda for the new millennium. *Pers. Soc. Psychol. Rev.*, 4, p. 30-44, 2000.

SALLA, F. A. (2004). Citação sobre a violência na cidade de São Paulo. In: BOCACCINA, D. São Paulo tem mais de 1% dos homicídios do mundo. BBC BRASIL.com. (No ar desde 5 agosto 2004). Disponível em : <<http://noticias.terra.com.br>>. Acesso em: 12 junho 2006

SAMUELSON, R. J. *The good life and its discontents*. New York: Random House, 1995.

SANTOS, J. A. S. Ética e “Felicidade” em Platão e Aristóteles: semelhanças, tensões e convergências. *Cadernos de Atas da ANPOF*, 1, 2001.

SANTOS, M. A.; MOURA, L.; PASIAN, S.R; & RIBEIRO, P. L. L. Caracterização da clientela de adolescentes e adultos de uma clínica-escola de Psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9 (1), p. 123 – 144, 1993.

SCHAFER, C. E.; DAVIDSON, R. J.; SARON, C. Frontal and parietal EEG asymmetries in depressed and nondepressed subjects. *Biol. Psychiat.* 18, p. 753-762, 1983.

SEGRIN, C.; & ABRAMSON, L. Y. Negative reactions to depressive behaviors: A communication theories analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 655 - 668, 1994.

SELIGMAN, M. E. P. *Helplessness: On depression, development, and death*. Nova York: Freeman, 1975.

SELIGMAN, M. E. P. *Learned optimism: how to change your mind and your life*. New York: Pocket Books, 1998.

SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, 55, p. 5 – 14, 2000.

SCHMIT, M. J.; RYAN, A. M. The Big Five in personnel selection: Factor structure in applicant and nonapplicant populations. *Journal of Applied Psychology*, 78, p. 966 – 974, 1993.

SCHIMMACK, U.; DIENER, E. Affect intensity: Separating intensity and frequency in repeatedly measured affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, p. 1313-1329, 1997.

SCHIMMACK, U.; OISHI, S.; RADHAKRISHNAN, P.; DZOKOTO, V. ; AHADI, S. Culture, Personality, and Subjective Well-Being: Integrating Process Models of Life Satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (4), p. 582 – 593, 2002.

SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Thompson, 2001.

SCHWARZ, N.; STRACK, F. Evaluating one's life: A judgment model of subjective well-being. In: STRACK, F.; ARGYLE, M.; SCHWARZ, N. *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*, p. 27-47. New York: Pergamon, 1991.

SCITOVSKY, T. *The joyless economy*. Oxford: Oxford University Press, 1976.

SEGAL, N. L. The importance of twin studies for individual differences research. *Journal of Counseling and Development*, 68 (6), p. 612 – 622, 1990.

SMITH, D. B; ELLINGSON, J. E. Substance versus Style: A new Look at Social Desirability in Motivating Contexts. *Journal of Applied Psychology*, 87 (2), p. 211 – 219, 2001.

SOLOMON, A. *O Demônio do Meio-Dia. Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

SONNENBERG, C.M.; BEEKMAN, A.T.F; DEEG, D. J.; TILBURG, W. Sex differences in late- life depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, p. 286 – 292, 2000.

SPENCE, J. T. Masculinity, femininity, and gender-related traits: A conceptual analysis and critique of current research. In: MAHER, B. A.; MAHER, W. B. *Progress in experimental personality research*, v. 13, p. 1 – 97. San Diego, CA: Academic Press, 1984.

STELLA, F.; GOBBI, S.; CORAZZA, D.; & COSTA, J. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, v. 8, p. 91 – 98, 2002.

STEPHEN, L. *The English utilitarians*. London: Lund Humphries, 1950.

STRELAU, J. *Temperament: A Psychological Perspective*. New York: Plenum, 1998.

STINGEL, A. M. *Efeitos da Psicoterapia Breve Integrada no Bem-Estar Subjetivo – Em Busca de Evidências*. Tese (Doutorado): Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

SUDMAN, S.; GREELEY, A. M; PINTO, L. J. The use of self-administered questionnaires. In: SUDMAN, S. *Reducing the cost of surveys*, p. 46 – 57. Chicago: Aldine, 1967.

SUH, E. M. Self, the hyphen between culture and subjective well-being. In: DIENER, E.; SUH, E. M. *Subjective well-being across cultures*, p. 63 – 86. Cambridge, MA: MIT Press, 2000.

SUH, E.; DIENER, E.; OISHI, S.; TRIANDIS, H. C. The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions versus norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, p. 482 – 493, 1998.

SURREY, J. L. Self – in – relation: A theory of women's development. *Advanced Development*, 5, p. 1 – 11, 1993.

TATARKIEWICZ, W. *Analysis of happiness*. The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff, 1976.

TELLEGEN, A., LYKKEN, D. T., BOUCHARD, T. J., WILCOX, K. J., SEGAL, N. L.; RICH, S. Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, p. 1031-1039, 1988.

TELLEGEN, A. Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In: TURNA, A. H., MASER, J. D. *Anxiety Disorders*, p. 681 – 706. Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1985.

THOMAS, D.; DIENER, E. Memory accuracy in the recall of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, p. 291-297, 1990.

TOMARKEN, A. J.; KEENER, A.D. Frontal brain asymmetry and depression: A self-regulatory perspective. *Cognition & Emotion*, 12, p. 387–420, 1998.

TRAVIS, C.; OFFIR, C. *The Longest War*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1977.

TRIANDIS, H. C. *Individualism – collectivism*. Boulder, CO: Westview, 1995.

TÜRKÜM, A. S. Do optimism, social network richness, and submissive behaviors predict well-being? Study with a Turkish sample. *Social Behavior and Personality*, 33 (6), p. 619 – 628, 2005.

VEENHOVEN, R. Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24, p.1 – 4, 1991.

VEENHOVEN, R. The study of life satisfaction. In: SARIS, W.; VEENHOVEN, R.; SCHERPENZEEL, A. C.; BUNTING, E. B. *A comparative study of satisfaction with life in Europe*, p. 11 – 48. Budapest, Hungary: Eotvos University Press, 1996.

VERBRUGGE, L. M. Sex differentials in morbidity and mortality in the United States. *Social Biology*, 23, p.275 – 296, 1976.

VERBRUGGE, L. M. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, p.156 – 182, 1985.

VEROFF, J., DOUVAN, E.; KULKA, R. A. *The Inner American*. New York: Basic Books, 1981.

WALEN, H. R.; LACHMAN, M. E. Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(1), p.5-30, 2000.

WARR, P.; PAYNE, R. Experience on strain and pleasure among British adults. *Social Science and Medicine*, 16, p.1691-1697, 1982.

WATERMAN, A. S. Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, p.678-691, 1993.

WATSON, D.; WALKER, L. M. The long term stability and predictive validity of trait measures of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, p.567-577, 1996.

WATSON, D. Positive Affectivity. The Disposition to Experience Pleasurable Emotional States. In: LOPEZ, S. J.; SNYDER, E. *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, 2002.

WATSON, D.; CLARK, L. A. *The PANAS – X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule – Expanded Form*. (Unpublished manuscript). Iowa city: University of Iowa, 1994.

WATSON, D.; WEBER, K.; ASSENHEIMER, J. S.; CLARK, L. A.; STRAUSS, M. E.; MCCORMICK, R. A. Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, p. 3–14, 1995.

WILSON, W. Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, p. 294–306, 1967.

WHITE, L.; EDWARDS, J. N. Emptying the nest and parental well-being: An analysis of national panel data. *American Sociological Review*, 55, p.235–242, 1990.

WOOD, W.; RHODES, N.; WHELAN, M. Sex differences in positive well-being: A consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*, 106, p. 249 – 264, 1989.

WORLD VALUES STUDY GROUP. *World Values Survey, 1981 – 1984 and 1990 – 1993* (Computer File). ICPSR version. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, 1994.

VII) ANEXOS

ANEXO A

Questionário com Informações Pessoais e Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) adaptada por Mroczek e Kolarz (1998)

DADOS PESSOAIS

IDADE: _____

GRAU DE ESCOLARIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____

TEM FILHOS, QUANTOS? _____

É SEGUIDOR (A) DE ALGUMA RELIGIÃO, QUAL E COM QUE FREQUÊNCIA?

QUAL SEU PAÍS E CIDADE DE ORIGEM? _____

ESCALA DE ATITUDES

Responda as opções da questão abaixo com as seguintes alternativas

- 1- nunca
- 2- pouco freqüentemente
- 3- algumas vezes
- 4- a maior parte do tempo
- 5- todo o tempo

DURANTE OS ÚLTIMOS 30 DIAS, COM QUAL FREQUÊNCIA VOCÊ SE SENTIU:

- Tão triste que nada o (a) deixava animado (a)? _____
- Nervoso (a) ? _____
- Incomodado (a)? _____
- Sem esperança? _____
- Que tudo era uma obrigação? _____
- Desprezível ou inútil? _____
- Alegre ou Jovial? _____
- De bem com a vida? _____
- Extremamente feliz? _____
- Calmo (a) ? _____
- Satisfeito (a) ? _____
- Cheio (a) de vida? _____

ANEXO B

Escala de Faces Esquemáticas para Avaliação de Satisfação com a Vida de Andrews e Withey (1976), adaptada por Myers (2000)

Pense nas pessoas a seguir. Assinale com um “X” a face que melhor expressa como você imagina que elas se sentem em relação à vida delas como um todo.

PESSOAS							
Xuxa							
Silvio Santos							
Fernanda Montenegro							
Jô Soares							
Romário							
Fátima Bernardes							
Guga							
Marta Suplicy							
Seu (a) melhor amigo (a)							
Você mesmo (a)							

Qual das seguintes faces expressa o que você acha da cidade em que vive? O que mais te agrada e mais te incomoda nela?

O que mais me agrada na cidade ... _____

O que mais me incomoda na cidade ... _____

O quê poderia torna- lo (a) mais feliz mediante a sua vida? _____

ANEXO C

Termo de Consentimento

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa em andamento no Instituto de Psicologia da USP sobre estados de ânimo e suas possíveis variações.

A participação é voluntária e anônima e o seus dados individuais serão mantidos em sigilo, pois o que interessa neste estudo são os dados do grupo como um todo, ou seja, a publicação dos dados não incluirá informações que permitam qualquer tipo de identificação do participante.

Respeitando o procedimento padrão ético em pesquisas, pedimos que você assine este termo de consentimento. Caso não deseje participar, sinta-se à vontade para não assinar este documento. Mesmo assinando, você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa.

Caso tenha dúvidas, você pode solicitar maiores informações no momento da coleta de dados ou através do endereço eletrônico: teixeirafiquer@ig.com.br (falar com Juliana Teixeira Fiquer - responsável pela pesquisa).

--

Eu, _____ fui informado dos procedimentos da pesquisa acima, tendo sido esclarecido em relação aos objetivos da mesma. Sei que poderei solicitar mais informações ou mudar minha decisão se assim o desejar, tendo me certificado de que os dados coletados são confidenciais e sujeitos à retirada de meu consentimento de participação em qualquer momento da pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 200 ____.

Assinatura do colaborador

ANEXO D

Fotos das Cidades de São Paulo e Socorro

São Paulo - Capital

Socorro - SP

ANEXO E

Fotos das Cidades de Salvador e João Pessoa

Salvador- BA

João Pessoa - PB

ANEXO F

Escala de Desejabilidade Social Marlowe-Crowne (CROWNE; MARLOWE, 1960), traduzida para o português¹⁷

Leia cada item a seguir e decida quando a afirmação é verdadeira (V) ou falsa (F) para expressar sua maneira de agir e reagir.

- 1- Antes de votar, eu investigo intensamente as qualificações de todos os candidatos (V)
- 2- Eu nunca hesito em deixar minhas coisas para ajudar alguém que está com problemas (V)
- 3- Às vezes tenho dificuldade para dar continuidade ao meu trabalho se não estiver estimulado (F)
- 4- Eu nunca senti grande antipatia por alguém (V)
- 5- Algumas vezes tenho dúvidas a respeito de minha capacidade para ser bem-sucedido na vida (F)
- 6- Algumas vezes me sinto ressentido(a) quando não consigo realizar as minhas coisas (F)
- 7- Sempre sou cuidadoso(a) com a maneira de me vestir (V)
- 8- As maneiras que tenho à mesa em casa são tão boas quanto as que tenho quando estou comendo em um restaurante (V)
- 9- Se eu pudesse entrar num cinema sem pagar e tivesse certeza de que não seria visto, provavelmente eu o faria (F)
- 10 - Algumas poucas vezes eu desisti de fazer alguma coisa porque achei que não tinha habilidade (F)
- 11- Algumas vezes gosto de fofocar (F)
- 12- Houve momentos em que senti vontade de me rebelar contra pessoas em posições de autoridade, mesmo sabendo que elas estavam certas (F)
- 13- Não importa com quem estou falando, sempre sou um bom ouvinte (V)
- 14- Eu consigo me lembrar de ter fingido estar doente para fugir de alguma coisa (F)

¹⁷A escala foi apresentada aqui com as respostas de Verdadeiro (V) e Falso (F) que pontuam DS para cada item.

- 15- Houve ocasiões em que tirei vantagem de alguém (F)
- 16- Sempre estou disposto(a) a admitir quando cometo um erro (V)
- 17- Sempre tento por em prática aquilo que prego (V)
- 18- Eu não encontro dificuldade para me relacionar com pessoas agressivas ou atrevidas (V)
- 19- Algumas vezes tento me vingar em vez de perdoar e esquecer (F)
- 20- Quando desconheço alguma coisa, não admito (V)
- 21- Sou sempre educado(a), mesmo com pessoas que são desagradáveis (V)
- 22- Às vezes eu realmente insisto para que as coisas saiam do meu jeito (F)
- 23- Houve ocasiões que senti vontade de quebrar as coisas (F)
- 24- Eu não conseguiria me imaginar deixando outra pessoa ser punida por coisas erradas que eu tivesse feito (V)
- 25- Eu nunca me ofendo quando me pedem para retribuir um favor que alguém tenha me feito (V)
- 26- Eu nunca fiquei entediado(a) quando as pessoas expressaram idéias muito diferentes das minhas (V)
- 27- Eu nunca faço uma viagem longa sem verificar as condições de segurança do meu carro (V)
- 28- Houve momentos em que tive um pouco de inveja da sorte dos outros (F)
- 29- Eu quase nunca senti vontade de repreender alguém (V)
- 30- Algumas vezes fico irritado(a) quando as pessoas me pedem favores (F)
- 31- Eu nunca me senti punido(a) sem motivo (V)
- 32- Algumas vezes eu penso que as pessoas tiveram o que mereceram quando têm um contratempo (F)
- 33- Eu nunca disse propositalmente algo que ferisse os sentimentos de alguém (V)

ANEXO G

Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão (HAM-D 21 itens)

Nome do paciente _____ Entrevistador: _____ Data: ____/____/____ 1) Humor depressivo (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade) 0- ausente 1- sentimentos relatados somente se perguntados 2- sentimentos relatados espontaneamente, com palavras 3- comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro 4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não-verbal 2) Sentimentos de culpa: 0- ausente 1- auto-recriminação, acha que decepcionou outras pessoas 2- idéias de culpa ou ruminções de erros ou ações pecaminosas (más) no passado 3- paciente acha que a doença atual é uma punição (castigo). Delírio de culpa 4- ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras 3) Suicídio: 0- ausente 1- acha que não vale a pena viver 2- deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si 3- idéias ou atitudes suicidas 4- tentativas de suicídio 4) Insônia inicial: 0- sem dificuldades para iniciar o sono 1- queixa de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora 2- queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites 5) Insônia intermediária: 0- sem dificuldade 1- queixa de agitação e perturbação durante a noite 2- acorda durante a noite – qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica) 6) Insônia tardia: 0- sem dificuldade 1- acorda durante a madrugada, mas volta a dormir 2- não consegue voltar a dormir se levantar da cama durante a noite 7) Trabalho e atividades: 0- sem dificuldades 1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionados a atividades, trabalho ou passatempos 2- perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho, quer relatado diretamente pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou outras atividades) 3- diminuição no tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, o paciente ocupa-se por menos de três horas por dia em atividades (trabalho hospitalar ou passatempos) com exceção das tarefas rotineiras da enfermagem

4- parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, sem atividades, com exceção das tarefas rotineiras da enfermagem, ou se não consegue realizá-las sem ajuda

8) Retardo (lentificação do pensamento e da fala, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora):

- 0 - pensamentos e fala normais
- 1 - lentificação discreta à entrevista
- 2 - lentificação óbvia durante a entrevista
- 3 - entrevista difícil
- 4 - estupor completo

9) Agitação:

- 0 - nenhuma
- 1 - inquietação
- 2 - mexe as mãos, cabelos etc.
- 3 - movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista
- 4 - retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10) Ansiedade psíquica:

- 0 - sem dificuldade
- 1 - tensão e irritabilidade subjetivas
- 2 - preocupa-se com trivialidades
- 3 - atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
- 4 - paciente expressa medo sem ser perguntado

11) Ansiedade - somática:

Concomitantes fisiológicos da ansiedade, como:

GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreias, cólicas, eructações

CV: palpitação, cefaléias

Respiratórios: hiperventilação, suspiros

Ter de urinar freqüentemente

Sudorese

0 - ausente

1 - duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados

2 - leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são acentuados ou incapacitantes

3 - moderado: mais do que 2 sintomas e com maior freqüência. São acompanhados de estresse subjetivo e prejudicam o funcionamento normal

4 - grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente

12) Sintomas gastrointestinais – somáticos:

- 0 - nenhum
- 1 - perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência
- 2 - dificuldade para comer se não insistirem

13) Sintomas somáticos gerais:

0 - nenhum

1 - peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, na cabeça ou nos músculos. Perda de energia e fadigabilidade

2 - qualquer sintoma bem caracterizado e nítido

14) Sintomas Genitais – (como perda de libido, distúrbios menstruais):

- 0 - ausentes
- 1 - leves ou infreqüentes: perda de libido, desempenho sexual prejudicado
- 2 - óbvio e graves: perda completa do interesse sexual

15) Hipocondria:

- 0 - ausente
- 1 - auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
- 2 - preocupação com a saúde

- 3 - queixas freqüentes, pedidos de ajuda etc.
- 4 - delírios hipocondríacos

16) Perda de Peso (desde o início da doença ou da última avaliação)

- 0 - sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual
- 1 - perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo
- 2 - perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

17) Crítica (Consequência da doença):

- 0 - reconhece estar deprimido e doente OU não estar deprimido no momento

1 - reconhece estar, mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descanso etc.

- 2 - nega estar doente

18) Variação Diurna:

A. Anote se os sintomas são piores de manhã ou à noite. SE NÃO HOUVER variação diurna, marque nenhuma:

- Sem variação ou não deprimido no momento
- pior pela manhã
- pior a tarde/à noite

B. Quando presente, anote a gravidade da variação:

- 0 - nenhuma
- 1 - leve
- 2 - grave

19) Despersonalização e Desrealização (como sensação de irreabilidade a idéias niilistas)

- 0 - ausentes
- 1 - leves
- 2 - moderadas
- 3 - graves
- 4 - incapacitantes

20) Sintomas Paranóides:

- 0 - nenhum
- 1 - desconfiado
- 2 - idéias de referência
- 3 - delírios de referência e perseguição

21) Sintomas Obsessivos e Compulsivos:

- 0 - nenhum
- 1 - leves
- 2 - graves

Escore total HAM-D – 21 itens: _____

Em geral, escores abaixo de 10 são considerados muito leves para a inclusão de pacientes em estudos com medicamentos. Na prática se aceita que escores acima de 25 pontos identificam pacientes gravemente deprimidos; entre 21 e 25 pontos, pacientes moderadamente deprimidos, e entre 14 e 20, pacientes levemente deprimidos